



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

Begrunnelse for innleggelse med vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern før og etter lovendring 1. september 2017

Isabell Fjelde Ivanov

MED-3950 Masteroppgave profesjonsstudiet i medisin – juni 2019, kull 2014

Hovedveileder: Anne Høye

Biveileder: Henriette Riley



Forord

Jeg har alltid syntes at psykiatri er et interessant fagfelt og visste raskt at dette var noe jeg kunne tenkt meg å skrive masteroppgave om. Jeg kontaktet min hovedveileder Anne Høye september 2017, og vi avtalte et møte hvor vi sammen kom frem til denne oppgaven. Etter det har arbeidet med rapporten foregått jevnt. Store deler av sommeren 2018 ble brukt til å registrere data, og rapportskrivning har foregått både hjemme, og ute i 5. årspraksis både i Lofoten, Målselv og Silsand. Etter endt praksis har jeg hatt ukentlige møter med veiledere for å diskutere analysemetoder og ferdigstilling av rapporten.

Først og fremst ønsker jeg og takke min hovedveileder Anne Høye og biveileder Henriette Riley. Deres hjelp og veiledning har vært uvurderlig for denne oppgaven og har gitt meg stor motivasjon til å fullføre arbeidet. Takk for at dere alltid er tilgjengelig til å svare på spørsmål og for at dere har gitt meg mersmak på forskning. Videre går en spesiell takk til Lisbeth Mørch for hjelp til datainnsamling, Inger Sperstad for hjelp til utarbeiding av REDCap-skjema og Tormod Brenn for hjelp til SPSS.

Avslutningsvis må jeg takke mamma Åse, pappa Plamen og min samboer Elias, for faglige diskusjoner og uendelig med omsorg og støtte.

22. mai 2019

Isabell Fjelde Ivanov

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	<i>Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.....</i>	<i>2</i>
1.1.1	TUD og tvungen observasjon	3
1.2	<i>Samtykkekompetanse.....</i>	<i>3</i>
1.3	<i>Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i 2017.....</i>	<i>4</i>
1.3.1	Fordeling av bruk av vilkår	5
1.4	<i>Studiens relevans.....</i>	<i>6</i>
1.5	<i>Formål med studien.....</i>	<i>6</i>
2	Materiale og metode.....	7
2.1	<i>Studiedesign.....</i>	<i>7</i>
2.2	<i>Deltagere.....</i>	<i>7</i>
2.2.1	Eksklusjon.....	7
2.3	<i>Datainnsamling.....</i>	<i>7</i>
2.4	<i>Dataregistrering i REDCap</i>	<i>8</i>
2.5	<i>Analyser.....</i>	<i>8</i>
2.6	<i>Rapportskriving</i>	<i>9</i>
2.7	<i>Formelle godkjenninger.....</i>	<i>9</i>
3	Resultater.....	10
3.1	<i>Vedtak i hele perioden</i>	<i>10</i>
3.1.1	Kjønnforskjeller	10
3.2	<i>Før og etter lovendring</i>	<i>11</i>
3.2.1	Antall vedtak.....	11
3.2.2	Bruk av vilkår	11
3.2.3	Færre på TUD i forkant av innleggelse etter lovendring	12
4	Diskusjon.....	13
4.1	<i>Metodediskusjon.....</i>	<i>15</i>
5	Konklusjon.....	17
6	Referanser.....	18

7	Tabeller.....	20
7.1	<i>Tabell 1.....</i>	<i>20</i>
7.2	<i>Tabell 2.....</i>	<i>21</i>
7.3	<i>Tabell 3.....</i>	<i>22</i>
7.4	<i>Tabell 4.....</i>	<i>23</i>
7.5	<i>Tabell 5.....</i>	<i>23</i>
8	Veilederavtale.....	24
9	Sammendrag av kunnskapsevalueringer av nøkkelartikler	26
	Vedlegg.....	27
	<i>Kodeveileder</i>	<i>27</i>
	<i>REDCap-skjema.....</i>	<i>29</i>

Sammendrag

Innledning: Bruk av tvang i psykisk helsevern er et alvorlig inngrep i pasientens autonomi og selvbestemmelse. Med formål å redusere bruk av tvang kom det 1. september 2017 en endring i Lov om psykisk helsevern. Loven medfører at en person må ha mistet sin samtykkekompetanse eller være til fare for seg selv eller andre for at vedtak på tvang skal kunne fattes. Formålet med denne studien er å undersøke om antall vedtak og bruk av vilkår om tvungent psykisk helsevern i henhold til § 3-2 og § 3-3 i Lov om psykisk helsevern endres etter lovendring.

Materiale og metode: En retrospektiv case-registerstudie av alle ikke-frivillige innleggelses i henhold til Lov om psykisk helsevern i Psykisk helse- og ruslinikken ved UNN i perioden 1. mars 2017 – 1. mars 2018. Data er samlet inn ved gjennomgang av pasienters elektroniske psykiatriske helsejournal. Det er brukt kji-kvadrattest for analyser.

Resultater: Det er ingen forskjell i antall vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern før (n = 231) og etter lovendring (n = 228). Det er imidlertid økt bruk av farevilkåret etter lovendring, 25,7% før lovendring og 38,1% etter lovendring. I tillegg ser vi en høy forekomst av vedtak uten begrunnelse, og alle disse er på vedtak om tvungen observasjon.

Konklusjon: Lovendringen har ikke ført til færre vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i studieperioden, men en endring i bruk av vilkår, hvor farevilkåret brukes mer etter lovendring. Det må forskes mer på lovendringen – særlig for å sikre at lovendringens faktiske effekt stemmer med formålet.

Nøkkelord: Psykiatri, tvang, lovendring, samtykkekompetanse, pasientautonomi, psykisk helsevernloven.

1 Innledning

Bruk av tvang i psykisk helsevern er et omstridt og alvorlig tema. Tvang påvirker pasientens selvbestemmelse og frihet, og kan betegnes som det motsatte av autonomi (1). For 2017 var det rapportert inn 7 704 vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon med døgnopphold til Norsk pasientregister (NPR). Dette tallet har vært omtrent uendret de siste årene (2). Helseminister Bent Høie mener det er for mye og feil bruk av tvang i norsk helsevesen og at dette må gjøres noe med gjennom endring av holdninger, lovverk, rapportering og lederskap (3). De siste årene har dette også vært et prioritert arbeid hos regjeringen, hvor brukerperspektivet har vært understreket (4).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (PHVL) ble besluttet endret den 10. februar 2017 og endringen trådte i kraft 1. september 2017 (5). I lovendringen vektlegges pasientens samtykkekompetanse og muligheten til å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern skal begrenses til pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Unntaket fra dette er hvis pasienten er åpenbart til fare for seg selv eller andre. Hensikten med lovendringen er å gi økt autonomi og selvbestemmelse til pasienter innenfor psykisk helsevern og PHVL har i tillegg som formål å forebygge samt begrensebruken av tvang (6).

Det er stor usikkerhet knyttet til registrering av tvangsbruk hos NPR (7, 8). Datagrunnlaget har de siste årene, etter 2014, sannsynligvis blitt bedre når det gjelder lovhjemmel for innleggelse, men vi vet lite om registreringspraksis. Datakvalitet når det gjelder vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern er enda mer usikker. Praksis og rutiner for både registrering på det enkelte sykehus og basis for innrapportering til NPR varierer både mellom sykehus og helseregioner, og det mangler gode valideringsstudier av klinisk praksis opp mot NPR.

Sammenligning av internasjonale data på psykisk helsevern er ønskelig, da man tror dette kan gi bedre helsetjenester (9). Ved å sammenligne praksis i ulike land kan man lære av hverandre samt måle effekten av tiltak. Det er utfordringer knyttet til dette, grunnet blant annet store forskjeller når det kommer til lovverk, kultur og oppbygging av helsevesenet. Dette gjør det vanskelig å sammenligne statistikk over tvangsbruk på tvers av landegrensler (10, 11). Den manglende overførbarheten viser viktigheten av å fortsette forskning på tvang, både nasjonalt og internasjonalt.

1.1 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

I Norge blir tvangsbruk regulert gjennom PHVL. Lovens § 2-1 (Hovedregelen om samtykke) regulerer psykisk helsevern på bakgrunn av samtykke, mens § 3-2 (Vilkår for vedtak om tvungen observasjon) og § 3-3 (Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern) regulerer etablering av tvungent psykisk helsevern (6). Det er et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern at frivillig psykisk helsevern skal ha vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller at det vurderes som åpenbart formålsløst å forsøke dette (§ 3-3, pkt. 1). I tillegg til at frivillighet skal ha vært forsøkt, var det frem til 1. september 2017 to tilleggsvilkår som måtte være oppfylt før det kunne gjøres vedtak etter § 3-2 eller § 3-3 (§ 3-3, pkt. 3):

Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (6).

Pkt. a) beskrives ofte som «behandlingskriteriet» eller «behandlingsvilkåret», og benevnes i videre tekst som «behandlingsvilkåret».

Pkt. b) beskrives ofte som «farekriteriet» eller «farevilkåret», og benevnes i videre tekst som «farevilkåret».

Etter lovendringen ble det innført ytterligere ett vilkår i PHVL (§ 3-3 pkt. 4): «Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse».

Endringen innebærer at det såkalte «behandlingsvilkåret» (pkt. a ovenfor) ikke kan benyttes som vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern hvis pasienten har samtykkekompetanse (gitt at det ikke foreligger fare for eget eller andres liv eller helse). Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder for vedtak om tvungen observasjon, etablering av tvungent psykisk helsevern og undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Konsekvensene av dette vil være at samtykkekompetente pasienter kan nekte å

underlegges tvungent psykisk helsevern. Likeledes kan en pasient gjenvinne sin samtykkekompetanse underveis i en tvangsinnleggelse å skrive seg selv ut.

1.1.1 TUD og tvungen observasjon

Tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres med døgnopphold og uten døgnopphold (TUD) (6). TUD gjør det mulig å gjennomføre tvungent psykisk helsevern utenfor psykiatriske sykehus. Den eneste formen for konkret tvang som kan gjennomføres er at pasienten kan hentes fra hjemmet og tilbake til en institusjon som er godkjent for behandlingsformen. Hvis en pasient underlagt TUD tvangsinnlegges i godkjent institusjon fattes et vedtak i henhold til § 4-10 i PHVL (Overføring uten samtykke). Tvungen observasjon (§ 3-2, § 3-5 PHVL) kan også gjennomføres med og uten døgnopphold og brukes ved utredning for om tvungent psykisk helsevern er berettiget. Tvungen observasjon kan normalt ikke vare utover 10 dager, men fristen kan forlenges med inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkomisjonens leder.

1.2 Samtykkekompetanse

Samtykke og samtykkekompetanse er noe vanskelig å definere, men Faden og Beauchamp sier det slik: «Et informert samtykke i helsetjenesten er en autonom persons autorisasjon av helsepersonells profesjonelle handlinger overfor personen» (12, 13). Lovendringen fra 1. september 2017 vektlegger i stor grad en vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Lov om pasient- og brukerrettigheter (PBRL) må legges til grunn for å vurdere en pasients samtykke, og her understrekes følgende: «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter,» (14)(§ 4-3, andre ledd).

Vurdering av samtykkekompetanse er strengt, og ved enhver tvil om pasienten innehar samtykkekompetanse skal det komme pasienten til gode, da det skal være åpenbart at samtykkekompetansen har bortfalt. Det vil si at pasienten skal ha rett til å kunne samtykke, eller eventuelt nekte helsehjelp. Det sies videre i PBRL at det er helsepersonellet som yter helsehjelp som skal vurdere samtykkekompetansen. Det er et krav i PHVL om at vilkårene for § 3-2 eller § 3-3 skal være oppfylt til enhver tid, det er dermed nødvendig at det gjøres fortløpende vurderinger av samtykkekompetansen.

Vurdering av samtykkekompetanse er ikke alltid åpenbar, derfor kan det være nyttig med verktøy som kan støtte denne vurderingen. FARV er et akronym som viser hva som legges til grunn ved vurdering av samtykkekompetanse. Det står for følgende:

- evnen til å **Forstå** informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp.
- evnen til å **Anerkjenne** informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å **Resonnere** med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å uttrykke et **Valg**

Aid To Capacity Evaluation (ACE) er et annet hjelpemiddel til vurdering av beslutningskompetanse, som anbefales i forskrift til PHVL. Formålet er å hjelpe klinikere med å bedømme samtykkekompetanse hos pasienter som står ovenfor et hvilket som helst medisinsk valg, ikke bare innenfor psykiatri (15). ACE-skjemaet presenterer flere hjelpespørsmål som kan være nyttig for denne bedømmingen.

1.3 Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i 2017

NPR har i 2017 registrert totalt 7 704 vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i landet (2), hvor tvungent psykisk helsevern utgjør 3 983 (52%), tvungen observasjon med påfølgende tvungent psykisk helsevern utgjør 1 157 (15%) og tvungen observasjon uten påfølgende tvungent psykisk helsevern utgjør 2 564 (33%). Disse vedtakene er fordelt på 5 500 personer (3 710 tvungent psykisk helsevern og 1 840 tvungen observasjon), og median innleggelsesvarighet er på 13 døgn. Diagnosefordeling kan ses i oversikten under. F2 Schizofrenilignende lidelser er klart hyppigst, og 59% av vedtakene har en F2-diagnose registrert.

I 2017 hadde helseregion Nord (Nordland, Troms og Finnmark) totalt 753 vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (2). Tvungent psykisk helsevern står for 428 vedtak (57%), tvungen observasjon med påfølgende tvungent psykisk helsevern utgjør 97 vedtak (13%) og tvungen observasjon utgjør 228 vedtak (30%). Disse vedtakene er fordelt på 498 personer (305 tvungent psykisk helsevern og 182 tvungen observasjon), og median innleggelsesvarighet er på 11 døgn. F2 Schizofrenilignende lidelser er også her vanligst, og 66% av vedtakene har en F2-diagnose registrert.

Diagnose*	Nasjonalt	Region Nord
	n = 5 140	n = 525
F0	169 (3%)	13 (2%)
F1	291 (6%)	18 (3%)
F2	3 034 (59%)	345 (66%)
F3	841 (16%)	50 (10%)
F4	72 (1%)	4 (1%)
F6	87 (2%)	9 (2%)
Annet/ikke dokumentert	646 (13%)	86 (16%)

Fordeling av diagnoser i 5 140 vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i 2017, på landsbasis og for region Nord (2).

**Kategoriblokker i hht. ICD-10.*

1.3.1 Fordeling av bruk av vilkår

For å vise fordeling av tilleggsvilkår for vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon med døgnopphold er det tatt utgangspunkt i 5 140 tvangsinnleggelsener, hvor 525 av dem er fra helseregion Nord (2). Av alle vedtakene var 75% basert på behandlingstvilkåret, 4% på farevilkåret og 17% på både fare- og behandlingstvilkåret. I 4% av tvangsinnleggelsene var det ikke angitt tilleggsvilkår. I helseregion Nord var 50% av tvangsinnleggelsene basert på behandlingstvilkåret, 13% på farevilkåret og 9% på både fare- og behandlingstvilkåret. 28% av vedtakene hadde ikke angitt tilleggsvilkåret.

Vilkårfordeling	Nasjonalt n = 5 140	Region Nord n = 525
Behandling	3842 (75%)	260 (50%)
Fare	213 (4%)	70 (13%)
Behandling og fare	894 (17%)	46 (9%)
Ikke dokumentert	191 (4%)	149 (28%)

Fordeling av vilkår i hhv. 5 140 og 525 vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i 2017, på landsbasis og for region Nord (2).

1.4 Studiens relevans

Vi vet ikke hvordan lovendringen 1. september 2017 har påvirket praksis for innleggelse på tvungent psykisk helsevern i Norge. Det er derfor av interesse å undersøke om antallet tvangsinnleggelses endres, om bruken av tilleggsvilkår endres og om det blir færre tvangsinnleggelses begrunnet med behandlingsvilkåret etter lovendring 1. september 2017. Denne oppgaven vil derfor gi nyttig informasjon om registreringspraksis og samtidig være et godt utgangspunkt for å undersøke klinisk praksis opp mot registreringen i NPR.

1.5 Formål med studien

Formål med denne studien er å:

1. Undersøke antall vedtak om tvungent psykisk helsevern i henhold til § 3-2 og § 3-3 i PHVL før og etter lovendring 1. september 2017.
2. Undersøke begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern i henhold til § 3-2 og § 3-3 i PHVL seks måneder før og seks måneder etter lovendring 1. september 2017, med spesielt fokus på om det har skjedd en endring i bruk av behandlingsvilkåret og farevilkåret.

2 Materiale og metode

2.1 Studiedesign

En retrospektiv case-registerstudie av alle ikke-frivillige innleggelser i hht. PHVL i Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF).

2.2 Deltagere

I studien er alle pasienter innlagt på § 3-2 og § 3-3 i PHVL i PHRK ved UNN HF fra 1. mars 2017 – 1. mars 2018 inkludert. En pasient kan ha hatt flere vedtak om innleggelse til tvungent psykisk helsevern i løpet av inklusjonsperioden og alle vedtakene innenfor inklusjonsperioden er med. Datasettet omfatter 459 vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, fordelt på 279 pasienter. Studien dekker UNN sitt foretaksområde (UNN HF), som for psykiatri er følgende: Troms og Finnmark samt Nordlandskommunene Narvik, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen og østlige deler av Tysfjord (50%).

2.2.1 Eksklusjon

Pasienter underlagt TUD med frivillig innleggelse ble ekskludert, dersom det kom klart fram i inntakstjournal eller paragrafvurdering at innleggelsen var frivillig.

2.3 Datainnsamling

Våren 2018 ble det utarbeidet en kodeveileder før oppstart av datainnsamling.

Kodeveilederen ble laget basert på tidligere forskningsprosjekt gjennomført av biveileder Henriette Riley (vedlegg 1). Det ble også laget en logg for eget bruk, hvor det kunne noteres spesielle merknader ved hver registrering. Arbeidet med dataregistreringen er utført av undertegnende, og veiledere har hjulpet til i starten for å sikre riktig registreringspraksis.

Data har blitt registrert ved gjennomgang av pasientens elektroniske pasientjournal for de aktuelle innleggelsene. Det er spesielt brukt «Vedtaksmodulen» i DIPS, men for å minimere risiko for feilregistrering, ble inntakstjournal, paragrafvurdering og epikrise gjennomgått for hvert av vedtakene innenfor inklusjonsperioden. Der det var nødvendig ble også «Journalnotater» og «Sykepleienotat» brukt. Data ble registrert sommeren 2018, og det ble gjort en kvalitetssikring ved ny gjennomgang på de 100 første registreringene samt 20 stikkprøver høsten 2018. REDCap for Helse Nord ble brukt til registrering (vedlegg 2).

Pasientene som skulle inkluderes i oppgaven ble registrert i tre forskjellige Excel-ark for hver av avdelingene i PHRK som forvalter tvang etter PHVL. Det første som ble gjort var å samle disse til ett dokument i alfabetisk rekkefølge basert på etternavn og samtidig lage et unikt ID-nummer for hver pasient. Disse dokumentene (Excel-ark og nøkkelfil) ble lagret på et nøkkelbeskyttet område på UNN sin forskningsserver. SPSS-datafilen ble lagret separat på et annet område (også forskningsserveren) for å sikre pasientenes anonymitet.

2.4 Dataregistrering i REDCap

Hver registrering har et unikt REDCap-nummer. Variabler som er registrert er ID-nummer, kjønn, pasientens fødselsår, vedtaksdato, utskrivelsesdato, vedtaksparagraf, begrunnelse for innleggelse, om TUD var etablert før eller etter aktuelle innleggelse, akutt eller planlagt innleggelse, konvertering av innleggelse og pasientens diagnose (vedlegg 2).

Innleggesdato ble registrert som vedtaksdato, da paragrafvurdering kan være gjort opptil ett døgn etter innkomst. Hvis pasienten fortsatt var innlagt ved inklusjonsperiodens slutt, ble 1. mars 2018 registrert som datoen for utskrivelse. Ved overføring til annet sykehus, ble overføringsdato registrert som utskrivelsesdato. Vedtaksparagraf ble registrert etter vurdering av spesialist (psykiater eller psykologspesialist), og § 4-10-vedtak er registrert som § 3-3. For pasienter underlagt TUD, ble § 3-3 registrert. Hvis pasientene ikke var utskrevet ved ferdigstilling av datasett (12. september 2018), ble «Nei» registrert om overføring til TUD. Hvis begrunnelse for innleggelsen ikke kom klart fram i vedtaksbildet, innkomst eller paragrafvurdering, og pasienten er underlagt TUD, er begrunnelsen for TUD-vedtaket registrert. Hvis begrunnelse ikke kom klart fram i vedtaksbildet, innkomst eller paragrafvurdering og pasienten er mottatt på § 3-2 ble «Ikke dokumentert» registrert. Hvis konvertering fra § 3-2 eller § 3-3 til § 2-1 forekom på samme dato som utskrivelsesdato, er dette ikke registrert som konvertering, men som utskrivelse. Hvis en pasient som manglet diagnose (per 12. september 2018) ikke var utskrevet eller det var tvil rundt pasientens diagnose, ble «99» registrert, som uttrykk for missing. I enkelte tilfeller hvor det var rimelig å registrere diagnose fra tidligere innleggelser, ble dette gjort.

2.5 Analyser

Data ble analysert med IBM SPSS 25. Det er brukt kji-kvadrattest, og signifikansnivå er oppgitt i tabellene. Signifikansnivå er satt til 0,05 i alle analyser, og signifikante p-verdier er

markert med fet skrift i tabeller. P-verdier og prosentener er oppgitt i parenteser. I analyser hvor det er mange grupper som vurderes mot hverandre, er gruppene slått sammen for økt styrke. For vurdering av kjønnsforskjeller og alder ble det slått sammen til tre grupper: En gruppe under 40 år, en gruppe mellom 40 – 59 år og til slutt en gruppe over 60 år. For vurdering av kjønnsforskjeller og bruk av farevilkåret er «Fare for seg selv» en gruppe og «Fare for seg selv og andre» og «Fare for andre» slått sammen i en annen gruppe.

2.6 Rapportskriving

Oppgaven er skrevet i Microsoft Word. Tabeller er laget i Microsoft Word. Endnote X9 er brukt som referanseverktøy. I introduksjonsdelen er det valgt å ta med tabeller, da de representerer bakgrunnsinformasjon og ikke egne resultater.

2.7 Formelle godkjenninger

Prosjektet er vurdert av Regional etisk komite Nord (2018/222) til å være en kvalitetssikringsstudie. Personvernombudet ved UNN har godkjent prosjektet (2018/1199).

3 Resultater

3.1 Vedtak i hele perioden

Fra 1. mars 2017 – 1. mars 2018 var det totalt 459 vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ved PHRK (tabell 1). Disse vedtakene ble fattet på pasienter over 18 år, hvor 258 av vedtakene er på menn (56,2%) og 201 på kvinner (43,8%). Den største gruppen er menn mellom 40 – 49 år, med 78 vedtak (17%). Det er 270 vedtak om tvungent psykisk helsevern (58,8%), mot 189 vedtak om tvungen observasjon (41,2%).

Behandlingsvilkåret er brukt i 275 av vedtakene (59,9%), mens farevilkåret er brukt i 59 av vedtakene (12,9%). Både fare- og behandlingsvilkåret er benyttet i 70 av vedtakene (15,3%). For 55 av vedtakene var det ikke dokumentert vilkår (12%). Farevilkåret var hyppigst begrunnet i «Fare for seg selv» med totalt 67 registreringer (51,9%). Av 459 vedtak var 58 av de planlagte innleggelsene (12,6%). TUD var etablert i forkant av innleggelsen i 169 av vedtakene (36,8%), mens i 206 av vedtakene ble pasientene overført TUD ved utskrivelse (44,9%). For konvertering av innleggelse er det gjort flest konverteringer fra § 3-2 til § 3-3 (n = 69, 15%).

Det er 279 pasienter inkludert i studien, 164 menn (58,8%) og 115 kvinner (41,2%) (tabell 2). Diagnosekoden som er hyppigst benyttet for pasientenes første vedtak er under kategoriblokk F2 i ICD-10: Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser. De fleste av pasientene hadde ett vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (72,8%), 69 av pasientene hadde to til fem vedtak (24,7%), og syv pasienter hadde mer enn fem vedtak i inklusjonsperioden (2,5%). Hos 51 av pasientene var TUD etablert i forkant av innleggelsen (18,3%), mens 81 av pasientene var utskrevet til TUD i etterkant av innleggelsen (29%).

Median innleggelsesvarighet for 459 vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern er på 12 døgn, og strekker seg fra ett døgn til 306 døgn. For vedtak med § 3-2 som første vedtak er median innleggelsesvarighet på 13 døgn (ett døgn – 278 døgn) og for § 3-3 alene er median innleggelsesvarighet 12 døgn (ett døgn – 306 døgn).

3.1.1 Kjønnforskjeller

Sammenheng mellom kjønn og alder, konvertering fra § 3-3 til § 2-1 samt bruk av farevilkår i hele materialet er vist i tabell 1. Det er 258 vedtak på menn (56,2%) og 201 vedtak på

kvinner (43,8%) i datasettet. I gruppen under 40 år er det 110 menn (52,1%) og 101 kvinner (47,9%). I gruppen 40 – 59 år er det 101 menn (65,6%) og 53 kvinner (34,4%), mens det i gruppen over 60 år er likt fordelt med 47 menn (50%) og 47 kvinner (50%). Kjønnforskjellen observert for alder er signifikant ($p=0.015$).

For konvertering fra § 3-3 til § 2-1 er det 13 menn (5%) som konverteres i hele perioden, og 245 menn (95%) som ikke konverteres. For kvinner er det 22 som konverteres (10,9%) og 179 som ikke konverteres (89,1%). Denne kjønnforskjellen er også signifikant ($p=0.018$).

Det er 129 vedtak hvor farevilkåret er benyttet, og ut av disse var fire vedtak uten begrunnelse for farevilkåret. Det er gjort 68 vedtak på menn og 57 vedtak på kvinner. «Fare for seg selv» utgjøres av 24 menn (35,8%) og 43 kvinner (64,2%). «Fare for andre» utgjøres av 44 menn (75,9%) og 14 kvinner (24,1%). Kjønnforskjellen for farevilkår er også signifikant ($p=0.000$).

Det er ingen signifikante kjønnforskjeller når det gjelder planlagt innleggelse, paragraf for vedtak eller vilkår for vedtak.

3.2 Før og etter lovendring

3.2.1 Antall vedtak

Før lovendring var det totalt 231 vedtak (tabell 3); 87 vedtak om tvungen observasjon (37,7%) og 144 om tvungent psykisk helsevern (62,3 %). Etter lovendring var det totalt 228 vedtak, der tvungen observasjon utgjorde 102 vedtak (44,7%) og tvungent psykisk helsevern utgjorde 126 vedtak (55,3%). Forskjellen mellom antall vedtak før og etter lovendring var ikke signifikant ($p=0.124$). Det observeres også en mulig tendens til hyppigere bruk av § 3-2 etter lovendring og redusert bruk av § 3-3 er redusert, men dette er heller ikke statistisk signifikant ($p=0.124$).

3.2.2 Bruk av vilkår

Behandlingsvilkåret er benyttet i 150 av vedtakene før lovendring (74,3%), mens farevilkåret er brukt i 52 av vedtakene (25,7%) (tabell 3). Etter lovendring er behandlingsvilkåret benyttet i 125 av vedtakene (61,9%) og farevilkåret er brukt i 77 av vedtakene (38,1%). Dette er statistisk signifikant ($p=0.008$).

Vi finner ingen signifikante forskjeller når det gjelder begrunnelse for bruk av farevilkår, prosentandel av vilkårene som begrunnes med «Fare for seg selv» er helt lik før og etter lovendring (59,1%). Det er nedgang i bruk av «Fare for andre» med 6%, og økning i «Fare for seg selv og andre» med 7,3% etter lovendring, men dette er ikke statistisk signifikant.

For kun § 3-2 Tvungen observasjon er det ingen signifikant forskjell før og etter lovendring, hverken når det gjelder antall vedtak eller bruk av vilkår. Det er en økning i antall vedtak med 87 vedtak (46%) før lovendring mot 102 vedtak (54%) etter lovendring ($p=0.124$). Det er i tillegg økt bruk av farevilkåret, med 30 vedtak (40,5%) før lovendring mot 44 vedtak (59,5%) etter lovendring (tabell 4). For kun § 3-3 Tvungent psykisk helsevern er det en signifikant forskjell på bruk av vilkår før og etter lovendring. Behandlingsvilkåret er benyttet i 122 vedtak (87,4%) og farevilkåret er benyttet i 22 vedtak (15,3%) før lovendring (tabell 5), mens etter lovendring er behandlingsvilkåret benyttet i 93 vedtak (73,8%), og farevilkåret er benyttet i 33 vedtak (26,2%) ($p=0.026$).

3.2.2.1 «Ikke dokumentert»

Av 459 vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern var det 55 (12%) vedtak uten tilleggsvilkår. Før lovendring var det 29 (52,7%) vedtak om tvungen observasjon som manglet tilleggsvilkår, mens etter lovendring var det 26 (47,3%) vedtak som manglet tilleggsvilkår. Alle vedtak som manglet begrunnelse var gjort på vedtak om tvungen observasjon.

3.2.3 Færre på TUD i forkant av innleggelse etter lovendring

For hele perioden var TUD etablert i forkant av innleggelse i 169 av vedtakene. Dette gjaldt 96 vedtak før lovendring (56,8%) og 73 etter lovendring (43,2%). Denne forskjellen er signifikant ($p=0.034$). Vi ser også en nedgang i hvor mange som blir overført TUD i etterkant av innleggelse ($n = 206$). Det var 108 (52,4%) som ble overført til TUD etter innleggelse før lovendring mot 98 (47,6%) overføringer etter lovendring. Denne forskjellen var ikke signifikant ($p=0.417$).

4 Diskusjon

Det er vanskelig å sammenligne datasettet med registreringene gjort hos NPR grunnet forskjeller i geografisk inndeling (2). I denne studien er det tatt utgangspunkt i UNN HFs opptaksområde – dette er ei inndeling man ikke finner igjen i statistikken til NPR.

Helseregion Nord (vist i introduksjon) inkluderer registreringer fra hele Nord-Norge. Vi ser likevel en omtrent lik fordeling av hvilken paragraf som er benyttet for vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, bruk av tilleggsvilkår for vedtak og median innleggelsesvarighet på vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i helseregion Nord og studiens resultater. Det er noe høyere bruk av vedtak om tvungent psykisk helsevern i vår studie sammenlignet med nasjonale data. Studiens resultater viser benyttelse av paragraf § 3-3 ved første kontakt i 59,9% av tilfellene, mens det nasjonalt benyttes i 52% av tilfellene. Det kan skyldes ulik registreringspraksis for landets helseregioner. Like tall er funnet i en annen studie (16) som undersøkte prediktorer for akutte innleggelser i psykisk helsevern. Her inkluderte Hustoft et al. kun akutte innleggelser, mens vår studie inkluderer både akutte og planlagte innleggelser. I 2017 ble det overført flere pasienter til TUD i etterkant av innleggelse (40%) i helseregion Nord, mens det ble gjort i 30% av tilfellene nasjonalt (17). Dette kan bidra til å forklare hyppigere benyttelse av § 3-3 i denne studien, ettersom en TUD-pasient vil bli registrert som § 3-3-vedtak ved ufrivillig innleggelse.

Det ble erfart under registrering av data at pasienter underlagt TUD oftere hadde feilregistrerte vedtak om tvungent psykisk helsevern. Det var seks vedtak som ble ekskludert fra datasettet, da de var frivillig innlagt selv om de var underlagt TUD. Det er mulig det har skjedd en registreringsfeil ved innkomst for disse pasientene, siden de var i Excel-filene som ble mottatt fra kontorpersonell. Man kan derfor mistenke at det er flere vedtak registrert hos NPR, enn hva som er reelt. På en annen side var det også flere vedtak som ikke var med i utgangspunktet (særlig hos pasienter med mange innleggelser i inklusjonsperioden), og disse ble inkludert dersom det kom tydelig frem i journalen at de ikke samtykket til innleggelse. Det kan derfor også hende at disse tallene jevnes ut, men det understreker usikkerheten rundt NPRs tall.

Formålet med denne studien var å undersøke om antall vedtak for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ble endret etter lovendringen i 2017. Våre data viser at det kun er tre vedtak mindre et halvt år etter lovendring. Dette er en såpass liten forskjell at vi må konkludere med at lovendringen ikke har hatt noen effekt på antall vedtak. Så lenge loven åpner for vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern vil det bli brukt. På en annen side kan denne differansen kan være en tendens, men at inklusjonsperioden er for kort og/eller antall inkluderte pasienter er for lavt. For en bedre evaluering av lovendringen og dens effekt på vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern bør inklusjonsperioden i senere prosjekter forlenges, slik at flere pasienter inkluderes (se metodediskusjon).

Etter lovendringen ble farevilkåret brukt oftere. Dette er et interessant funn, men også i tråd med det vi forventet. Lovendringen gjør at man ikke lenger kan fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent. En konsekvens av dette er at behandlingstvilkåret alene ikke lenger er nok til å fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og det kan tenkes at de vedtakene som nå gjøres på bakgrunn av farevilkåret tidligere ble gjort på behandlingstvilkåret alene. Det er også mulig at det har tatt tid før lovendringen ble implementert i klinikken, slik at bruk av kriterier i første periode etter lovendring kan være noe usikkert. I tillegg er det utfordrende å vurdere samtykkekompetanse, selv om man har verktøy som FARV og ACE. Hvis dette stemmer, er en mulig konsekvens av lovendring redusert rettssikkerhet. Dette kan skje hvis det er tvil om pasienten innehar samtykkekompetanse, og farevilkår benyttes for å få sikret innleggelse. Det kan også hende at en innleggelse som før lovendringen ville blitt begrunnet med behandlingstvilkåret, etter lovendringen begrunnes med farevilkåret for å unngå av pasienten skriver seg ut. Dette vil i tillegg kunne påvirke beslutningstaker-pasientforholdet negativt, ved at man som beslutningstaker pålegger pasienten det å være «farlig» når en samtykkekompetent pasient mener dette ikke stemmer. Dette er uheldig, og noe man ønsker å unngå. I tillegg er det problematisk med økt benyttelse av farekriteriet, da det i flere studier (18, 19) er vist at det er vanskelig å vurdere om en pasient er i lav eller høy farerisiko.

Godt forankret i legeetikken er uttrykket «fremfor alt, ikke skade». En studie foretatt før lovendring viser at det ofte er tvil rundt vurdering av behov for tvang (20) hos klinikere. En

kliniker vil generelt ikke ønske å volde en pasient unødvendig skade eller frarøve en pasient selvbestemmelsen uten at det er høyst nødvendig. Alle vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern er derfor basert på et grunnleggende ønske om å hjelpe. En studie gjort før lovendring (19), viser at selv om man ser et skifte hvor pasientens autonomi er mer i fokus, står paternalistisk tankegang fortsatt sterkt hos klinikere. Det etiske dilemmaet mellom paternalisme og pasientautonomi er høyst aktuelt også etter lovendring (21, 22), da det fremdeles er opp til klinikerer å vurdere behov for tvang. Det ville vært interessant å gjøre lignende studier som disse etter lovendring for å se om dette har endret seg.

Da ett av formålene med lovendring er å øke pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett, kunne andre tiltak sammen med lovendring hatt større innvirkning på dette. I andre studier (20, 21) er det trukket fram som spesielt viktig at pasienten opplevde å få sin egen mening hørt. I tillegg er det mange tiltak som kan bedre pasientens opplevelse av tvang, som for eksempel å sette av god tid, etablere kontakt med pasient og vise omsorg (20). Dette viser viktigheten av å fortsette med god opplæring av helsepersonell som tar etiske beslutninger, for å sikre at de tar en så riktig og objektiv beslutning som mulig.

I denne studien ble det observert høy forekomst av manglende begrunnelse for vedtak, noe data fra NPR også viste for helseregion Nord. Nasjonalt er det manglende begrunnelse i 4% av vedtakene (2), mens i vår studie gjelder det for 12% av vedtakene. Det interessante funnet her er at all bruk av «Ikke dokumentert» forekom i vedtak om tvungen observasjon. Årsaken til dette er noe usikkert. Det kan virke som at vedtak for tvungent psykisk helsevern er et mer alvorlig inngrep i pasientens autonomi og derfor er begrunnelsen for dette vedtaket fullstendig. I tillegg benyttes tvungen observasjon ofte for å utrede om det faktisk foreligger alvorlig psykisk sykdom og det kan ved paragrafvurdering være usikkert hvilken begrunnelse som skal benyttes. Denne studien er en kvalitetssikring av praksis ved bruk av tvang ved PHRK. Dette er noe som burde forbedres, da det er krav i PHVL (6) at vedtak skyldes enten behandlingsvilkår eller farevilkår.

4.1 Metodediskusjon

I utgangspunktet var det ønsket å ha en lengre inklusjonsperiode, 1-2 år før og etter lovendring, men dette måtte kortes ned fordi det var tidkrevende å registrere data.

Muligens hadde det også vært et bedre alternativ å forskyve inklusjonsperioden (for eksempel fra 1. januar 2014 – 1. juli 2014 og 1. januar 2018 – 1. juli 2018), for å unngå innkjøringsperioden rundt 1. september 2017 og for å få større spenn fra før og etter lovendring. Som i alle journalstudier, er det kun det som kommer frem i journalen som blir registrert. Det er forskjellig praksis ved hvor mye som blir skrevet i paragrafvurderingen. Det kan derfor være gjort en grundigere vurdering av vedtakene enn det som går frem av journalen. I tillegg er data samlet inn fra kun én institusjon som utøver tvang i Norge, noe som medfører risiko for at lokal praksis har innvirkning på resultatene. Studien kunne vært forbedret med et datasett med større geografisk omfang. En annen svakhet ved registreringen av data var at ved lik dato for konvertering til § 2-1 og utskrivelse, ble kun utskrivelsesdatoen registrert. Det ville derfor vært interessant å undersøke om flere pasienter etter lovendring skrev seg ut på samme dato som konvertering til § 2-1.

Vi er helt sikre på at alle pasienter med vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern er inkludert, da vi har fått hjelp til kvalitetssikring av kontorpersonell. Det er en av styrkene ved studien. En annen styrke ved studien er at det ble brukt logg for å sikre konsekvent registrering av data, i tillegg til at det ble gjort en systematisk kontrollsjekk av de 100 første registreringene samt ble gjort 20 stikkprøver tilfeldig i datasettet.

5 Konklusjon

Lovendringen har ikke ført til endring i antall innleggelser, men vi har observert en endring i bruk av vilkår for vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Farevilkåret brukes mer etter lovendring, og færre vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern begrunnes med behandlingsvilkåret. Dette gjelder for vedtakene samlet (både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern) og for vedtak om tvungent psykisk helsevern alene. Vi ser også en trend i retning av at vedtak om tvungen observasjon brukes oftere etter lovendring, men dette er ikke statistisk signifikant. Det er mulig man hadde sett flere forskjeller med et større datasett. Derfor bør det i framtidig forskning tas hensyn til hvis man ønsker å se på effekten av lovendringen. Det burde forskes mer på lovendringen, da det er viktig å evaluere effekten av en slik endring – særlig for å sikre at lovendringens faktiske effekt stemmer med formålet.

6 Referanser

1. Iversen KI, Hoyer G, Sexton H, Gronli OK. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nord J Psychiatry*. 2002;56(6):433-9.
2. Helsedirektoratet. Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet: 01.04.19]. Tilgjengelig fra: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/028e6f20-6846-46df-9f3b-7cf1e2c011d8?e=false&vo=viewonly>.
3. Høie B. På skraphaugen [Internett]. Oslo: Dagens Medisin; 09.04.17 [hentet 01.04.19]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/09/pa-skraphaugen/>.
4. NOU 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Oslo: Departementenes servicesenter; 2011.
5. Helsedirektoratet. Informasjon og invitasjon - Endringer i psykisk helsevernloven med ikrafttredelse 1. juli og 1. september 2017 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet: 01.04.19]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Psykisk%20helsevernloven/Informasjon%20og%20invitasjon-Endringer%20i%20psykisk%20helsevernloven-2017.pdf>.
6. Psykisk helsevernloven. 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.v. av 1999-07-07 nr. 62.
7. Bergem AK, Marstein O. Variabel registrering av tvang - hvorfor? [Internett]. Oslo: Dagens Medisin; 27.05.16 [oppdatert 27.05.16; hentet 01.04.19]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/27/variabel-registrering-av-tvang--hvorfor/>.
8. Helse Nord. Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern i Helse Nord [Internett]. Bodø: Helse Nord; 16.03.12 [hentet: 28.04.19]. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202012/20120329/Styresak%2041-2012%20Regional%20plan%20for%20redusert%20og%20riktig%20bruk%20av%20tvang%20i%20psykisk%20helsevern,%20iltaksplan%202012-2015.pdf>.
9. Helsedirektoratet. Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Oslo: Helsedirektoratet; mai 2015. Report No.: IS-2314.
10. Riley H. When coercion moves into your home [avhandling]. Tromsø: University of Tromsø - The Arctic University of Norway; 2016.
11. O'Brien A-MA, Farrell SJ. Community Treatment Orders: Profile of a Canadian Experience. *Can J Psychiatry*. 2005;50(1):27-30.
12. Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007;127(12):1644-7.
13. Faden RR, Beauchamp TL, King NM. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press; 1986.
14. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 1999-07-02 nr. 63.
15. Dahlberg J, Pedersen R. Aid To Capacity Evaluation (ACE) - Hjelpemiddel til vurdering av beslutningskompetanse [Internett]. Oslo: Senter for medisinsk etikk, UiO; 2011 [hentet:

- 01.04.19]. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/ace2012.pdf>
16. Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(2):136-43.
 17. Helsedirektoratet. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet: 13.05.19]. Tilgjengelig fra: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/8a2ef4bf-abad-4b65-847e-3ce4b1750677?e=false&vo=viewonly>.
 18. Callaghan S, Ryan CJ. Rising to the human rights challenge in compulsory treatment – new approaches to mental health law in Australia. *Aust NZ J Psychiat*. 2012;46(7):611-20.
 19. Feiring E, Ugstad KN. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:500.
 20. Berge T, Bjøntegård KS, Ekern P, Furan M, Landrø NI, Larsen GJS, et al. Bruk av tvang i psykisk helsevern - dilemmaer i beslutningsprosessen. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2018;138(12):1134-9.
 21. Falkum E, Førde R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician–patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med*. 2001;52(2):239-48.
 22. Høyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjónsdóttir M, et al. Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *Int J Law Psychiatry*. 2002;25(2):93-108.

7 Tabeller

7.1 Tabell 1

Kjønn	Mann n = 258	Kvinne n = 201	Totalt n = 459	p-verdi
Alder				0,045
18 – 22 år	27	30	57	
23 – 29 år	34	39	73	
30 – 39 år	49	32	81	
40 – 49 år	78	38	116	
50 – 59 år	23	15	38	
60 – 69 år	26	32	58	
70 – 79 år	13	10	23	
> 80 år	8	5	13	
Planlagt innleggelse				0,461
Ja	30	28	58	
Nei	228	173	401	
Konvertering av innleggelse				0,280
Fra §3-2 til § 2-1				
Ja	24	25	49	
Nei	234	176	410	
Fra § 3-2 til § 3-3				0,560
Ja	41	28	69	
Nei	217	173	390	
Fra § 3-3 til § 2-1				0,018
Ja	13	22	35	
Nei	245	179	424	
Mottatt på				0,536
§ 3-2	103	86	189	
§ 3-3	155	115	270	
Vilkår				0,136
Behandling	154	121	275	
Fare	26	33	59	
Behandling og fare	43	27	70	
Ikke dokumentert	35	20	55	
	Mann n = 69	Kvinne n = 60	Totalt n = 129	
Farevilkår				0,000
For seg selv	24	43	67	
For andre	29	11	40	
For seg selv og andre	15	3	18	
Ikke dokumentert	1	3	4	

Tabell 1. Karakteristika av 459 vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ved UNN HF 1. mars 2017 – 1. mars 2018, med utgangspunkt i kjønn.

7.2 Tabell 2

Antall vedtak	1 vedtak n = 203	2 – 5 vedtak n = 69	> 5 vedtak n = 7	Totalt n = 279
Kjønn				
Mann	123	37	4	164
Kvinne	80	32	3	115
Diagnosekode*				
F0	23	4	0	27
F1	9	3	0	12
F2	105	47	6	158
F3	33	8	0	41
F4	4	0	0	4
F6	7	5	1	13
Annet**	19	1	0	20
Missing	3	1	0	4
TUD etablert før vedtak				
Ja	22	23	6	51
Nei	181	46	1	228
Overført TUD etter vedtak				
Ja	42	34	6	82
Nei	161	35	1	197

Tabell 2. Karakteristika av 269 pasienters første vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ved UNN HF i perioden 1. mars 2017 – 1. mars 2018, med utgangspunkt i antall vedtak.

*Kategoriblokker i hht. ICD-10.

** F50, F53, F70, F71, F72, F84, G04, R45.

7.3 Tabell 3

Lovendring 1. september 2017	Før lovendring n = 231	Etter lovendring n = 228	Totalt n = 459	p-verdi
Vedtaksparagraf				0,124
§ 3-2 – Tvungen observasjon	87 (37,7 %)	102 (44,7 %)	189	
§ 3-3 – Tvungent psykisk helsevern	144 (62,3 %)	126 (55,3 %)	270	
	Før lovendring n = 202	Etter lovendring n = 202	Totalt n = 404	p-verdi
Vilkår				0,008
Behandling	150 (74,3 %)	125 (61,9 %)	275	
Fare	52 (25,7 %)	77 (38,1 %)	129	
	Før lovendring n = 52	Etter lovendring n = 77	Totalt n = 129	p-verdi
Farevilkår				0,638
Fare for seg selv	27 (51,9 %)	40 (51,9%)	67	
Fare for andre	18 (34,6 %)	22 (28,6 %)	40	
Fare for seg selv og andre	5 (9,6 %)	13 (16,9%)	18	
Ikke dokumentert	2 (3,8 %)	2 (2,6 %)	4	

Tabell 3. Forskjell på bruk av paragraf og vilkår med utgangspunkt i før eller etter lovendring 1. september 2017.

7.4 Tabell 4

Lovendring 1. september 2017	Før lovendring n = 58	Etter lovendring n = 76	Totalt n = 134	p-verdi
Vilkår				0,477
Behandling	28 (48,3 %)	32 (42,1 %)	60	
Fare	30 (51,7 %)	44 (57,9 %)	74	
	Før lovendring n = 30	Etter lovendring n = 44	Totalt n = 74	p-verdi
Farevilkår				0,691
Fare for seg selv	18 (60,0 %)	26 (59,1 %)	44	
Fare for andre	8 (26,7 %)	8 (18,2 %)	16	
Fare for seg selv og andre	3 (10,0 %)	8 (18,2 %)	11	
Ikke dokumentert	1 (3,3 %)	2 (4,5 %)	3	

Tabell 4. Vilkårfordeling kun for § 3-2. «Ikke dokumentert» for vilkår er utelatt (n = 55) og «Fare» og «Fare og behandling» fra tabell 1 samlet under «fare» i aktuelle tabell.

7.5 Tabell 5

Lovendring 1. september 2017	Før lovendring n = 144	Etter lovendring n = 126	Totalt n = 270	p-verdi
Vilkår				0,026
Behandling	122 (84,7 %)	93 (73,8 %)	215	
Fare	22 (15,3 %)	33 (26,2 %)	55	
	Før lovendring n = 22	Etter lovendring n = 33	Totalt n = 55	p-verdi
Farevilkår				0,590
Fare for seg selv	9 (40,9 %)	14 (42,4 %)	23	
Fare for andre	10 (45,5 %)	14 (42,4 %)	24	
Fare for seg selv og andre	2 (9,1 %)	5 (15,2 %)	7	
Ikke dokumentert	1 (4,5 %)	0	1	

Tabell 5. Vilkårfordeling kun for § 3-3. «Fare» og «Fare og behandling» fra tabell 1 er samlet under «Fare» i aktuelle tabell.

8 Veilederavtale



Vedlegg 1: VEILEDNINGSKONTRAKT FOR MASTEROPPGAVE MEDISIN

VED DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

Kontrakten leveres Seksjon for utdanningstjenester, Det helsevitenskapelige fakultet.

1 STUDENTENS PERSONALIA

Etternavn: Venoy
Fornavn: Isabell Fjelde
Fødselsnummer (11 siffer):
Studieadresse:
Postnummer/-sted: 9009 Tromsø
Telefon:

2 AVTALEPERIODE

Avtalen gjelder fra 01.01.18 til 01.09.19

3 VEILEDNING

Angi hovedveileder og biveileder(e). En av veilederne må være fast vitenskapelig ansatt ved Det helsevitenskapelige fakultet. Hvis veileder planlegger å ha forskningstermin i kontraktsperioden, skal studenten informeres om dette når prosjektbeskrivelsen utarbeides. Veileder er i samarbeid med enheten ansvarlig for å sikre studenten veiledning i hele kontraktsperioden.

Veileders navn og kontoradresse: Anne Høy, PHRx UNN / UIT
Biveileders navn og kontoradresse: Henriette Riley, PHRx UNN
Biveileders navn og kontoradresse:
Veileder skal ha forskningstermin i perioden: n.e.i.

Veilederen skal:

- gi råd om formulering og avgrensning av tema og problemstilling
- drøfte og vurdere hypoteser og metoder

- gi hjelp til orientering i faglitteratur og datagrunnlag (bibliotek, arkiv, etc.)
- drøfte opplegg og gjennomføring av fremstillingen (disposisjon, språklig form, dokumentasjon etc.)
- holde seg orientert om progresjonen i masterstudentens arbeid, og vurdere den i forhold til prosjektplanen, drøfte resultater og tolkningen av disse
- gi studenten veiledning i forskningsetiske spørsmål knyttet til forskningsprosjektet

Studenten forplikter seg til å legge fram rapporter eller utkast til deler av oppgaven for veileder, samt i sitt arbeid å etterleve forskningsetiske prinsipper som gjelder for fagområdet.

Begge parter har krav på jevnlig kontakt og orientering under arbeidets gang.

4 MASTEROPPGAVEN

Tittel: *Endres begrunnelse for ~~trans~~ innleggelse på Trans i psykisk helsevern etter lovendring 01.09.17*

5 RESSURSBRUK

Enhet prosjektet skal utføres ved: *PHRK, UNN HF*
Samarbeidspartnere av teknisk eller vitenskapelig art: *U.I.T*

6 ENDRINGER/BRUDD PÅ KONTRAKTEN

Alle endringer i veiledningskontrakten underveis i studiet (endring av prosjekt, veileder, forlengelse av kontraktsperiode og lignende) skal informeres om til Seksjon for forskningstjenester ved Det helsevitenskapelige fakultet.

Brudd på kontrakten skal behandles av Konfliktrådet ved det Helsevitenskapelige fakultet.

7 UNDERSKRIFTER

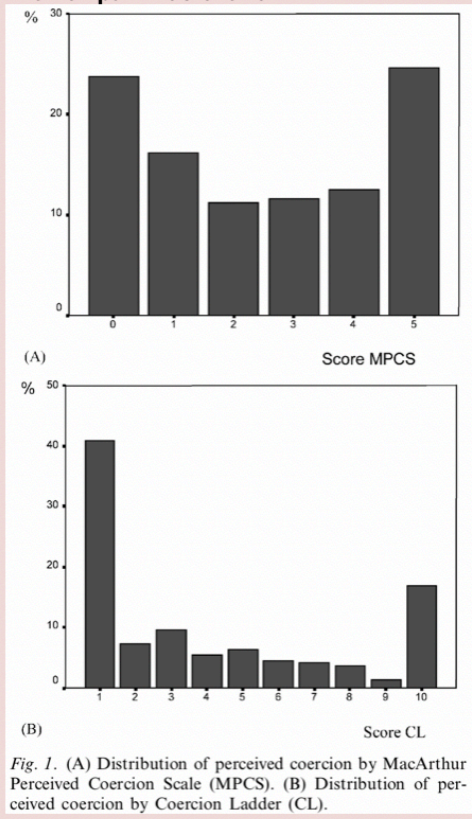
Undertegnede er kjent med ovenstående retningslinjer som legges til grunn for samarbeidet i den faglige veiledning. Det er både veileders og studentens ansvar at planen blir fulgt, både innholds- og framdriftsmessig.

Sted/dato: *Trondheim, 27.2.18* Underskrift:
Veileder: *A. Anj*
Biveileder: *Hennette Rikoy*
(Biveileder):
Student: *Isabell F. Ivanov*

9 Sammendrag av kunnskapsevalueringer av nøkkelartikler

Referanse: Bruk av tvang i psykisk helsevern – dilemmaer i beslutningsprosessen. Berge T, Bjøntegård KS, Ekern P, Furan M, Landrø NI, Larsen GJS, Osnes K, Selvaag I, Vedlog AH. Tidsskriftet Den norske legeforening, 2018.			Design: Kvalitativ studie																																				
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer																																				
Belyse hvilke faktorer som har betydning for øyeblikkelig hjelp-ansvarliges beslutning om mulig bruk av tvang.	Analyse av 37 øyeblikkelig hjelp-samtaler ved tre poliklinikker (dekker vestlige og østlige bydeler i Oslo) i psykisk helsevern der tvungent psykisk helsevern ble vurdert. De intervjuede var 18 psykiatere, fem psykologspesialister, 12 LIS og to psykologer. I intervjuet ble det brukt et spørreskjema med utsagn og kvantitative svaralternativer (ordinal skala), samt mulighet for utdypning av svarene.	Studien inkluderer samtaler som resulterte i tvangsinnleggelse (n = 15), tvungen observasjon (n = 2), frivillig innleggelse (n = 14) og poliklinisk oppfølging (n = 6). Viktige faktorer i vurdering av bruk av tvang var alvorligheten av psykotiske symptomer, suicidalfare og fare for andre samt vanskelige sosiale forhold. ¾ av de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige var i tvil i større eller mindre grad, og 16/37 opplevde ubehag under vurderingen. Med tanke på om pasienten opplevde å ha blitt møtt med respekt, vektla de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige om pasientens mening ble hørt. Der de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige var i tvil, ble det pekt på en rekke faglige og etiske problemstillinger frem til beslutning ble tatt.	<ul style="list-style-type: none"> • Mangler metodologi ved analysing av intervjuer. • Mangler begrunning for hvorfor de har valgt ut deltakerne. • Overalt en dårlig beskrevet methodedel. Forfatterens påpekte begrensninger ved studien: <ul style="list-style-type: none"> • Ikke brukt standardiserte metoder for kvalitativ analyse av transkriberte intervjuer. De involverte poliklinikkene var fra et begrenset geografisk område. Styrke: <ul style="list-style-type: none"> • Erfarne psykiatere/psykologspesialister som utfører intervjuene. Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja.																																				
Konklusjon	Kendalls rang korrelasjonskoeffisient er benyttet for å beregne korrelasjon.																																						
Det er krevende å gjøre øyeblikkelig hjelp-vurdering, spesielt når beslutningstaker er i tvil. Det bør gis rom for etisk og faglig refleksjon rundt slike vurderinger også i en klinisk hverdag.	Tabell 1. Eksempel på 5 av spørsmålene i spørreskjemaet. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Spørsmål</th> <th>Ikke i det hele tatt</th> <th>Litt</th> <th>Noe</th> <th>Mye</th> <th>Svært mye</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Var du i tvil om beslutningen? (n = 37)</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>I hvilken grad tror du at pasienten opplevde å få komme med sine synspunkter i øyeblikkelig hjelp-samtalen? (n = 35)</td> <td>3</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>I hvilken grad opplevde du at pasientens synspunkter fikk innvirkning på beslutningen som ble tatt? (n = 24)</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>I hvilken grad tror du pasienten opplevde å bli møtt med respekt under øyeblikkelig hjelp-samtalen? (n = 36)</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> <td>16</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>I hvilken grad opplevde du at pasienten hadde en forståelse av situasjonen (sykdomsinnsikt/beslutningskompetanse)? (n = 37)</td> <td>8</td> <td>13</td> <td>10</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Spørsmål	Ikke i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Svært mye	Var du i tvil om beslutningen? (n = 37)	9	16	10	2	0	I hvilken grad tror du at pasienten opplevde å få komme med sine synspunkter i øyeblikkelig hjelp-samtalen? (n = 35)	3	6	5	11	10	I hvilken grad opplevde du at pasientens synspunkter fikk innvirkning på beslutningen som ble tatt? (n = 24)	4	4	2	9	5	I hvilken grad tror du pasienten opplevde å bli møtt med respekt under øyeblikkelig hjelp-samtalen? (n = 36)	0	3	10	16	7	I hvilken grad opplevde du at pasienten hadde en forståelse av situasjonen (sykdomsinnsikt/beslutningskompetanse)? (n = 37)	8	13	10	6	0		
Spørsmål	Ikke i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Svært mye																																		
Var du i tvil om beslutningen? (n = 37)	9	16	10	2	0																																		
I hvilken grad tror du at pasienten opplevde å få komme med sine synspunkter i øyeblikkelig hjelp-samtalen? (n = 35)	3	6	5	11	10																																		
I hvilken grad opplevde du at pasientens synspunkter fikk innvirkning på beslutningen som ble tatt? (n = 24)	4	4	2	9	5																																		
I hvilken grad tror du pasienten opplevde å bli møtt med respekt under øyeblikkelig hjelp-samtalen? (n = 36)	0	3	10	16	7																																		
I hvilken grad opplevde du at pasienten hadde en forståelse av situasjonen (sykdomsinnsikt/beslutningskompetanse)? (n = 37)	8	13	10	6	0																																		
Land	Norge.																																						
Ar datainnsamling	Ikke oppgitt.																																						

Referanse: Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. Iversen KI, Høyer G, Sexton H, Grønli OK. Nordic Journal of Psychiatry, 2002.		Design:	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Å beskrive pasienters faktiske opplevelse av mottatt tvang i akuttpsykiatriske avdelinger i Norge.</p>	<p>Alle pasienter mellom 18 – 60 år innlagt i 4 forskjellige akuttpsykiatriske avdelinger i Nord-Norge, uavhengig av deres juridiske status, ble inkludert i studien.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Dårlige norskkunnskaper, klinisk tilstand, rusmisbruk som primærdiagnose.</p> <p>Til slutt var det 223 pasienter som ble intervjuet (173 fra UNN, 50 fra NLSH). Intervjuet forekom innen 5 dager etter innleggelse av erfarne klinikere som var opplærte i bruk av studieinstrumentene.</p> <p>Metoden er semistrukturert intervju. The Nordic Admission Interview ble brukt, spesielt designet for denne studien samt to forskjellige instrumenter for å måle opplevd tvang (MacArthur Admission Experience Scale, (AES) Coercion Ladder (CL)). I tillegg ble ICD-10 diagnoser, lengde på innleggelse, og juridisk status registrert.</p> <p>Kji-kvadrattest, independent-samples t-test, bivariat korrelasjon og multipel lineær regresjonsanalyse ble brukt for statistikk.</p>	<p>Mange pasienter rapporterte om høye nivå av opplevd tvang, med de ufrivillig innlagte med det høyeste nivået. Likevel var det 32% av de som var frivillig innlagt (score > 2 «tvungne frivillige») som rapporterte høye nivåer av opplevd tvang, og 41% av de ufrivillig innlagte (< 2 «frivillig tvungne») som rapporterte lave nivåer av opplevd tvang.</p> <p>Juridisk status kunne ikke signifikant predikere opplevd tvang hverken på MPCS eller CL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke at intervjueren var blindet for pasientens juridiske status, og ikke involvert i behandlingen. • Forklarer metoden godt – semistrukturert intervju med spørreskjema. • Har mange deltagere. <p>Hva diskuterer forfatterne som: Svakhet: Reflekterer rundt validiteten til testene brukt.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja, begrunner dette godt.</p>
Konklusjon			
<p>Mange pasienter innlagt i disse fire akuttpsykiatriske avdelingene rapporterte om høye nivåer av opplevd tvang. Juridisk status var ikke en prediktor for opplevd tvang. CL er et mindre besværlig verktøy for å måle opplevd tvang, som fint kan brukes som et alternativ til MPCS.</p>			
Land			
Norge			
År data innsamling			
Oktober 1998 – november 1999			



Referanse: Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. Feiring E, Ugstad KN. BMC Health Services Research, 2014.		Design: Kvalitativ studie																																																	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer																																																
<p>Undersøke hvilke valg klinikere gjør ved beslutning om ufrivillig innleggelse i psykisk helsevern, særlig med tanke på hvordan Psykisk helsevernloven tolkes i praksis.</p>	<p>Deduktiv tematisk analyse ble brukt, hvor 3 forskjellige «holdninger til tvang» ble utviklet. Disse tre typene var: paternalistisk holdning, deliberativ holdning og fortolkende holdning. Intervjuet var gjennomført på 60-90 min, og var basert på en intervjuguide som var tematisk organisert.</p> <table border="1"> <caption>Table 1 Comparing the attitudes- to- coercion dimensions</caption> <thead> <tr> <th></th> <th>Paternalistic</th> <th>Deliberative</th> <th>Interpretive</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Patient autonomy</td> <td>Assenting to objective values</td> <td>Self-development relevant to care</td> <td>Self-understanding relevant to care</td> </tr> <tr> <td>Paternal preferences</td> <td>Objective and shared</td> <td>Open to revision</td> <td>Requiring elucidation</td> </tr> <tr> <td>Serious mental disorder</td> <td>Lack of insight</td> <td>Some insight</td> <td>Some insight</td> </tr> <tr> <td>Voluntary care</td> <td>Not relevant</td> <td>Should try</td> <td>Should try</td> </tr> <tr> <td>Coercive care</td> <td>Best intervention</td> <td>Provide care and security</td> <td>Offensive intervention</td> </tr> <tr> <td>Treatability</td> <td>Effective</td> <td>Uncertain effects</td> <td>More harm than good</td> </tr> <tr> <td>Harm to one-self</td> <td>Individual protection</td> <td>Individual care and security</td> <td>Individual care and security</td> </tr> <tr> <td>Harm to others</td> <td>Individual protection</td> <td>Individual protection/Social protection</td> <td>Not relevant</td> </tr> <tr> <td>Overall assessment</td> <td>Balance benefits and burdens of intervention.</td> <td>Balance benefits and burdens of intervention, including prevention, safety, follow-up</td> <td>Balance benefits and burdens of intervention, including costs of integrity loss and distrust.</td> </tr> <tr> <td>Professional obligations</td> <td>Promote well-being</td> <td>Through dialogue, persuade the patient of the best option</td> <td>Educate and interpret patient values</td> </tr> <tr> <td>Professional obligations vs legal criteria</td> <td>Professional obligations trump legal criteria</td> <td>Professional obligations should balance legal criteria</td> <td>Critical attitude towards coercion in mental care</td> </tr> </tbody> </table> <p>Det ble gjort semi-strukturert «i-dybden»-intervju med 10 norske klinikere (psykiatere/psykologspesialister) med bred erfaring innen vurdering om innleggelse i psykisk helsevern. Disse jobbet på tre forskjellige helseforetak i forskjellige deler av Norge. Deltakerne ble spurt om deres refleksjoner vedrørende flere temaer. Alle intervjuer ble tatt opp, så ble de mest relevante delene transkribert og oversatt til engelsk. De var så delt inn i to grupper og videre i flere subgrupper. 1. gruppe: Refleksjoner på juridiske kriterier for tvangsinnleggelse (sinnslidelse, frivillighet, nødvendig behandling, fare for seg selv, fare for andre, klart beste løsning). 2. gruppe: Refleksjoner på profesjonell rolle og integritet (institusjonsfaktorer, eksternt press).</p>		Paternalistic	Deliberative	Interpretive	Patient autonomy	Assenting to objective values	Self-development relevant to care	Self-understanding relevant to care	Paternal preferences	Objective and shared	Open to revision	Requiring elucidation	Serious mental disorder	Lack of insight	Some insight	Some insight	Voluntary care	Not relevant	Should try	Should try	Coercive care	Best intervention	Provide care and security	Offensive intervention	Treatability	Effective	Uncertain effects	More harm than good	Harm to one-self	Individual protection	Individual care and security	Individual care and security	Harm to others	Individual protection	Individual protection/Social protection	Not relevant	Overall assessment	Balance benefits and burdens of intervention.	Balance benefits and burdens of intervention, including prevention, safety, follow-up	Balance benefits and burdens of intervention, including costs of integrity loss and distrust.	Professional obligations	Promote well-being	Through dialogue, persuade the patient of the best option	Educate and interpret patient values	Professional obligations vs legal criteria	Professional obligations trump legal criteria	Professional obligations should balance legal criteria	Critical attitude towards coercion in mental care	<p>Vurdering av juridiske kriteriet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deltakerne hadde lik oppfatning om at alvorlige sinnslidelse måtte være tilstede hos pasient. De fleste deltakerne synes ikke «frivillighetsvilkåret» å være nyttig i deres beslutning. Noen deltakere rapporterte at de ofte brukte «behandlingsvilkåret» til grunn for deres beslutning. Andre synes dette vilkåret er vanskelig å vurdere og bruke. Alle deltakerne anså «fare for seg selv» å være oppfylt ved selvmordsfare. Mange deltakere synes at helseforetaket fremmet ufrivillig innleggelse, selv når «sinnslidelsesvilkåret» ikke var møtt. «Fare for andre» var vanskelig å bruke for mange, fordi det var vanskelig å forutse hva som kunne være en fare for andre, og fordi vilkåret ikke er tilstrekkelig spesifisert. «Klart beste løsning»: Forstått som en uformell beslutningsregel hos deltakerne, de brukte ikke en sjekkliste ved vurdering av denne. Noen vurderte flere aspekter, andre kun noen få. Forventet funksjon utenfor institusjon var det som ble vurdert mest. <p>Forståelse av profesjonell rolle og integritet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle deltakerne rapporterte at institusjonsfaktorer (kultur på institusjon) hadde noe å si. Deltakerne tar ikke med politikk inn i vurderingen av tvang. 	<ul style="list-style-type: none"> Grundig og god metodedel. Forklarer metodologien. Forklarer og begrunner de «typene» de har valgt seg ut. Forklarer settingen rundt intervjuet. De sier noe om «data saturation». De har forklart hvorfor de har valgt deltakerne (fordi de var erfarne og godt kjent). De forklarer hvorfor de har brukt metoden de har brukt, og forteller grunnen til at de gjorde som de gjorde. <p>Hva diskuterer forfatterne som: Styrke – grundige intervju. Svakheter – få deltakere. At de har utviklet disse tre «typene».</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja.</p>
	Paternalistic	Deliberative	Interpretive																																																
Patient autonomy	Assenting to objective values	Self-development relevant to care	Self-understanding relevant to care																																																
Paternal preferences	Objective and shared	Open to revision	Requiring elucidation																																																
Serious mental disorder	Lack of insight	Some insight	Some insight																																																
Voluntary care	Not relevant	Should try	Should try																																																
Coercive care	Best intervention	Provide care and security	Offensive intervention																																																
Treatability	Effective	Uncertain effects	More harm than good																																																
Harm to one-self	Individual protection	Individual care and security	Individual care and security																																																
Harm to others	Individual protection	Individual protection/Social protection	Not relevant																																																
Overall assessment	Balance benefits and burdens of intervention.	Balance benefits and burdens of intervention, including prevention, safety, follow-up	Balance benefits and burdens of intervention, including costs of integrity loss and distrust.																																																
Professional obligations	Promote well-being	Through dialogue, persuade the patient of the best option	Educate and interpret patient values																																																
Professional obligations vs legal criteria	Professional obligations trump legal criteria	Professional obligations should balance legal criteria	Critical attitude towards coercion in mental care																																																
Konklusjon																																																			
<p><i>Det er den beslutningstakende legen som bestemmer juridisk kriterie for ufrivillig innleggelse, og det varierer hvordan man loven er forstått, tolket og operert.</i></p>																																																			
Land																																																			
Norge																																																			
År data innsamling																																																			
2013																																																			

Referanse: Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. Falkum E, Førde R. Social science & medicine, 2001.		Design:																																																																																																																								
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer																																																																																																																							
<p>Å beskrive legers oppfatning av forskjellige modeller for lege-pasientforholdet.</p>	<p>Spørreskjema ble sendt til 1476 norske leger, hvor man fikk svar fra 990 (67%). Spørreskjemaet inneholdt 16 forskjellige utsagn om holdninger til paternalisme, pasientautonomi og moral, som legene var bedt om å rangere fra 1 (fullstendig uenig) til 5 (helt enig). Spesialiseringer ble slått sammen til seks forskjellige grupper, allmennmedisin, diagnostikk, indremedisin, kirurgi, psykiatri og sosialmedisin. Det ble i tillegg registrert legens egen sykdomserfaring og arbeidsplass.</p> <p>Det ble brukt principal component analyse for de 16 forskjellige utsagnene. Det ble brukt ANOVA for å finne forskjeller mellom kjønn, alder og spesialitet. Til slutt var målene dikotomisert og kombinert i alle mulige måter for å finne en typologi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiserer 5 ulike legetyper: klassisk paternalist, moderne paternalist, autonomist, «deliberationist» og en ambivalist. • 37% av legene var i den ambivalente gruppen, mens de andre gruppene hadde mellom 12-19%. I «klassisk paternalist», scorte kirurger og diagnostikkgruppen signifikant høyere på «klassisk paternalist». <p>Table 1 Norwegian physicians' responses to 16 statements describing the physician-patient relationship. Percent. N=990</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Statement</th> <th>Completely agree</th> <th>Partly agree</th> <th>Uncertain</th> <th>Partly disagree</th> <th>Completely disagree</th> <th>Unanswered</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. The physician is the expert and should decide for the patient in most clinical situations</td> <td>15.2</td> <td>34.3</td> <td>6.6</td> <td>21.1</td> <td>21.3</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>2. As a rule, the patient should be informed in a way that encourages him to consent to the doctor's opinion about what should be done</td> <td>36.6</td> <td>17.4</td> <td>6.5</td> <td>16.6</td> <td>21.6</td> <td>1.4</td> </tr> <tr> <td>3. To be involved in decisions about treatment is most often an additional burden for the patient</td> <td>6.2</td> <td>32.8</td> <td>11.3</td> <td>24.6</td> <td>23.9</td> <td>1.1</td> </tr> <tr> <td>4. Even though the patient may initially disagree with the physician's decision, she will later on be grateful that the doctor stood firm on his clinical judgment</td> <td>8.4</td> <td>28.7</td> <td>32.9</td> <td>17.0</td> <td>11.3</td> <td>1.7</td> </tr> <tr> <td>5. Because the patient knows too little, his right of self-determination is a threat to his health in many situations</td> <td>5.3</td> <td>26.9</td> <td>11.9</td> <td>27.6</td> <td>27.3</td> <td>1.1</td> </tr> <tr> <td>6. The patient is a 'customer' who should receive all relevant information about the different therapeutic alternatives from the physician</td> <td>49.6</td> <td>32.9</td> <td>4.1</td> <td>8.7</td> <td>3.5</td> <td>1.1</td> </tr> <tr> <td>7. Having been thoroughly informed by the doctor, the patient should have the right to choose the treatment that accords most with her own values</td> <td>33.1</td> <td>37.6</td> <td>8.1</td> <td>15.1</td> <td>5.1</td> <td>1.1</td> </tr> <tr> <td>8. The physician should refrain from judging about the patient's values, even when she considers them to jeopardize the patient's health</td> <td>7.5</td> <td>16.3</td> <td>16.2</td> <td>31.4</td> <td>27.2</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>9. The doctor's own values related to health and disease should not be exposed to the patient</td> <td>16.7</td> <td>24.8</td> <td>12.3</td> <td>30.5</td> <td>14.2</td> <td>1.4</td> </tr> <tr> <td>10. The patient should have the right to control important medical decisions, given the actual economic and health political limits</td> <td>26.7</td> <td>32.0</td> <td>11.9</td> <td>15.5</td> <td>12.8</td> <td>1.1</td> </tr> <tr> <td>11. The patient often needs the doctor's help to clarify his own values related to health and disease</td> <td>27.4</td> <td>50.5</td> <td>14.1</td> <td>5.2</td> <td>2.0</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>12. When talking with the patient, the physician should not attempt to hide that he considers some choices to be better than others, for instance when it comes to lifestyle</td> <td>66.1</td> <td>27.3</td> <td>1.9</td> <td>2.2</td> <td>1.7</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>13. Patient information and patient consent should be central principles in modern medical treatment</td> <td>85.5</td> <td>12.0</td> <td>0.7</td> <td>0.6</td> <td>0.5</td> <td>0.7</td> </tr> <tr> <td>14. In some situations the doctor should withhold information out of consideration for the patient</td> <td>19.1</td> <td>37.9</td> <td>12.6</td> <td>16.7</td> <td>12.7</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>15. The physician should try to persuade the patient to choose a healthy lifestyle</td> <td>42.7</td> <td>39.9</td> <td>7.0</td> <td>6.3</td> <td>3.2</td> <td>0.9</td> </tr> <tr> <td>16. The growing demands for information and patient consent have made the doctors' work more complicated than before</td> <td>39.6</td> <td>35.2</td> <td>6.6</td> <td>9.0</td> <td>8.9</td> <td>0.8</td> </tr> </tbody> </table>	Statement	Completely agree	Partly agree	Uncertain	Partly disagree	Completely disagree	Unanswered	1. The physician is the expert and should decide for the patient in most clinical situations	15.2	34.3	6.6	21.1	21.3	1.5	2. As a rule, the patient should be informed in a way that encourages him to consent to the doctor's opinion about what should be done	36.6	17.4	6.5	16.6	21.6	1.4	3. To be involved in decisions about treatment is most often an additional burden for the patient	6.2	32.8	11.3	24.6	23.9	1.1	4. Even though the patient may initially disagree with the physician's decision, she will later on be grateful that the doctor stood firm on his clinical judgment	8.4	28.7	32.9	17.0	11.3	1.7	5. Because the patient knows too little, his right of self-determination is a threat to his health in many situations	5.3	26.9	11.9	27.6	27.3	1.1	6. The patient is a 'customer' who should receive all relevant information about the different therapeutic alternatives from the physician	49.6	32.9	4.1	8.7	3.5	1.1	7. Having been thoroughly informed by the doctor, the patient should have the right to choose the treatment that accords most with her own values	33.1	37.6	8.1	15.1	5.1	1.1	8. The physician should refrain from judging about the patient's values, even when she considers them to jeopardize the patient's health	7.5	16.3	16.2	31.4	27.2	1.5	9. The doctor's own values related to health and disease should not be exposed to the patient	16.7	24.8	12.3	30.5	14.2	1.4	10. The patient should have the right to control important medical decisions, given the actual economic and health political limits	26.7	32.0	11.9	15.5	12.8	1.1	11. The patient often needs the doctor's help to clarify his own values related to health and disease	27.4	50.5	14.1	5.2	2.0	0.8	12. When talking with the patient, the physician should not attempt to hide that he considers some choices to be better than others, for instance when it comes to lifestyle	66.1	27.3	1.9	2.2	1.7	0.8	13. Patient information and patient consent should be central principles in modern medical treatment	85.5	12.0	0.7	0.6	0.5	0.7	14. In some situations the doctor should withhold information out of consideration for the patient	19.1	37.9	12.6	16.7	12.7	1.0	15. The physician should try to persuade the patient to choose a healthy lifestyle	42.7	39.9	7.0	6.3	3.2	0.9	16. The growing demands for information and patient consent have made the doctors' work more complicated than before	39.6	35.2	6.6	9.0	8.9	0.8	<ul style="list-style-type: none"> • Generell spørreundersøkelse med god svarprosent. • Bra spredning av spesialiteter. • Overrepresentert svar fra kvinner, noe som er en mulig svakhet, men de reflekterer over det og konkluderer med at det var representativt. • Diskuterer ikke styrker og svakheter ved studien. <p>Hva diskuterer forfatterne som. Styrke: Ikke med. De har en god spredning av spesialiteter. Svakhet: Ikke med.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja.</p>
Statement	Completely agree	Partly agree	Uncertain	Partly disagree	Completely disagree	Unanswered																																																																																																																				
1. The physician is the expert and should decide for the patient in most clinical situations	15.2	34.3	6.6	21.1	21.3	1.5																																																																																																																				
2. As a rule, the patient should be informed in a way that encourages him to consent to the doctor's opinion about what should be done	36.6	17.4	6.5	16.6	21.6	1.4																																																																																																																				
3. To be involved in decisions about treatment is most often an additional burden for the patient	6.2	32.8	11.3	24.6	23.9	1.1																																																																																																																				
4. Even though the patient may initially disagree with the physician's decision, she will later on be grateful that the doctor stood firm on his clinical judgment	8.4	28.7	32.9	17.0	11.3	1.7																																																																																																																				
5. Because the patient knows too little, his right of self-determination is a threat to his health in many situations	5.3	26.9	11.9	27.6	27.3	1.1																																																																																																																				
6. The patient is a 'customer' who should receive all relevant information about the different therapeutic alternatives from the physician	49.6	32.9	4.1	8.7	3.5	1.1																																																																																																																				
7. Having been thoroughly informed by the doctor, the patient should have the right to choose the treatment that accords most with her own values	33.1	37.6	8.1	15.1	5.1	1.1																																																																																																																				
8. The physician should refrain from judging about the patient's values, even when she considers them to jeopardize the patient's health	7.5	16.3	16.2	31.4	27.2	1.5																																																																																																																				
9. The doctor's own values related to health and disease should not be exposed to the patient	16.7	24.8	12.3	30.5	14.2	1.4																																																																																																																				
10. The patient should have the right to control important medical decisions, given the actual economic and health political limits	26.7	32.0	11.9	15.5	12.8	1.1																																																																																																																				
11. The patient often needs the doctor's help to clarify his own values related to health and disease	27.4	50.5	14.1	5.2	2.0	0.8																																																																																																																				
12. When talking with the patient, the physician should not attempt to hide that he considers some choices to be better than others, for instance when it comes to lifestyle	66.1	27.3	1.9	2.2	1.7	0.8																																																																																																																				
13. Patient information and patient consent should be central principles in modern medical treatment	85.5	12.0	0.7	0.6	0.5	0.7																																																																																																																				
14. In some situations the doctor should withhold information out of consideration for the patient	19.1	37.9	12.6	16.7	12.7	1.0																																																																																																																				
15. The physician should try to persuade the patient to choose a healthy lifestyle	42.7	39.9	7.0	6.3	3.2	0.9																																																																																																																				
16. The growing demands for information and patient consent have made the doctors' work more complicated than before	39.6	35.2	6.6	9.0	8.9	0.8																																																																																																																				
Konklusjon																																																																																																																										
<p><i>Ulike modeller passer til ulike kliniske situasjoner, da alle pasienter er svært forskjellige (både mtp. diagnose og deres verdier etc.). Det er viktig at legen seg kunnskap fra alle de forskjellige modellene, i stedet for å følge kun 1 modell.</i></p>																																																																																																																										
Land																																																																																																																										
Norge																																																																																																																										
År data innsamling																																																																																																																										
1993																																																																																																																										

Referanse: Patients on outpatient commitment orders in Northern Norway. Riley H, Straume B, Høyer G. BMC Psychiatry,		Design: Retrospektiv case-registerstudie																																																							
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer																																																						
<p>1. Å produsere troverdig insidens- og prevalensdata på TUD i opptaksområdet.</p> <p>2. Å undersøke hvordan TUD er praktisert i en region i Nord-Norge.</p> <p>3. Om TUD øker bruken av innleggelse.</p>	<p>En retrospektiv case-registerstudie kombinert med en ukontrollert før/etter design for forbruken av helsetjenester hos pasienter på TUD i Troms og Finnmark.</p> <p>Alle pasienter på TUD i starten av 2008 var inkludert. I tillegg ble alle nye på TUD fra 1. januar 2008 til 31. desember 2012 inkludert.</p> <p>Totalt var det 286 pasienter, med 345 TUD-vedtak. Det ble gjort bredere dataregistrering på pasienter med sitt første TUD-vedtak mellom 1. januar 2008 – 31. desember 2009 (n = 54). Data ble registrert ved gjennomgang av journaler, som så ble gjennomgått av to personer en gang, mens alle variabler ble gjennomgått 2 ganger. I tillegg ble</p> <p>Eksklusjonskriterier: bosted utenfor opptaksområde, vedtak om TUD kun med formål om å gjennomføre korttidsopphold på somatisk sykehus eller for transport.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Totalt var 345 TUD-vedtak fordelt på 286 personer identifisert i perioden 2008-2012. Mellom 22,1-33,2 nye tilfeller av TUD per 100 000 innbygger over 18 år (insidensrate). Mellom 59,8-72,1 per 100 000 innbygger over 18 år som var underlagt TUD per 1. januar 2008-2012 (prevalensrate). Prevalensraten økte de tre første studieårene, men ble redusert de to siste. Av de inkluderte var det 54 som fikk sitt første TUD-vedtak i 2008-2009. Det var dobbelt så mange menn som kvinner. 39 hadde en diagnose i schizofrenispekteret og alle 54 ble behandlet med nevroleptika. Gjennomsnittlig varighet for disse vedtakene var på 370 dager (begge kjønn). Bruk av depotmedikasjon og at vedtaksansvarlig var psykiater predikerte lenger varighet. Gjennomsnitt antall døgn per innleggelse gikk ned fra 26 dager til 15 dager i de tre årene etter første TUD-vedtak sammenlignet med de tre årene før. Ni av de 54 pasientene hadde ikke sykehusinnleggelse i tre års perioden etter deres første TUD-vedtak. <p>Table 1 Incidence and prevalence of OC in absolute numbers and rates, and proportion (%) of OC patients of all discharged involuntarily admitted patients as of January 1st 2008–2013 in Northern Norway. Rates are per 100,000 population above 18 years of age. Based on 345 OC orders for 286 patients in the period 2008–2012</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Incidence</td> </tr> <tr> <td>New OC orders, absolute numbers</td> <td>57</td> <td>60</td> <td>57</td> <td>49</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Incidence rates</td> <td>31.5</td> <td>33.2</td> <td>31.5</td> <td>27.1</td> <td>22.1</td> </tr> <tr> <td>Number of involuntary inpatient admissions</td> <td>608</td> <td>643</td> <td>695</td> <td>692</td> <td>553</td> </tr> <tr> <td>Percentage discharged with an OC order</td> <td>9.4</td> <td>9.3</td> <td>8.2</td> <td>7.1</td> <td>7.2</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Prevalence</td> </tr> <tr> <td>Point prevalence; number of persons</td> <td>108</td> <td>118</td> <td>130</td> <td>123</td> <td>109</td> </tr> <tr> <td>Point prevalence rates</td> <td>59.8</td> <td>65.4</td> <td>72.1</td> <td>68.1</td> <td>60.4</td> </tr> </tbody> </table>		2008	2009	2010	2011	2012	Incidence						New OC orders, absolute numbers	57	60	57	49	40	Incidence rates	31.5	33.2	31.5	27.1	22.1	Number of involuntary inpatient admissions	608	643	695	692	553	Percentage discharged with an OC order	9.4	9.3	8.2	7.1	7.2	Prevalence						Point prevalence; number of persons	108	118	130	123	109	Point prevalence rates	59.8	65.4	72.1	68.1	60.4	<ul style="list-style-type: none"> En styrke at de har alle pasientene i en hel region (Troms og Finnmark). Styrke at det er 2 personer som har gått gjennom data, og at det ble «proof-read» flere ganger. Svarer godt på forskningsspørsmålene. <p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er formålet klart formulert? Ja. <p>Hva diskuterer forfatterne som.</p> <p>Svakhet – Ingen annen data til å sammenligne med. Få deltakere. Uvanlig opptaksområder med lange avstander.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja.</p>
	2008	2009	2010	2011	2012																																																				
Incidence																																																									
New OC orders, absolute numbers	57	60	57	49	40																																																				
Incidence rates	31.5	33.2	31.5	27.1	22.1																																																				
Number of involuntary inpatient admissions	608	643	695	692	553																																																				
Percentage discharged with an OC order	9.4	9.3	8.2	7.1	7.2																																																				
Prevalence																																																									
Point prevalence; number of persons	108	118	130	123	109																																																				
Point prevalence rates	59.8	65.4	72.1	68.1	60.4																																																				
Konklusjon																																																									
<p><i>Arlig insidens- og prevalensrate var relativt stabil fra 2008-2012. TUD var etablert i 8% av alle ufrivillige innleggelse i samme periode. Den typiske TUD-pasienten var en middelaldrende mann med diagnose i schizofrenispekteret. I alle utenom et tilfelle, var behandling tilleggsvilkår, mens farevilkåret gjaldt for kun 7.</i></p>																																																									
Land																																																									
Norge	Analysen som ble benyttet var kji-kvadrattest, T-test og en sample Kolmogorov-Smirnov non-parametric test.																																																								
År data innsamling																																																									

Vedlegg

Kodeveileder

Kodeveileder for Isabell

Prosjektnummer: 02030

Innledning

Kodeveiledningen gir instruksjoner om hvorledes de ulike spørsmålene skal forstås og kodes. Parallelt med registreringen skal det skrives i registreringsloggen for å fange opp eventuelle problemer som oppstår og hvordan man har valgt å kode i tvilstilfeller.

Når data registreres kan vedtaksmodulen i DIPS (hurtigtast ctrl + y) kontrolleres opp mot journalnotat i pasientens løpende journal. Det er ikke tilstrekkelig å bare bruke vedtaksmodulen, da det kan være feilregistreringer.

REDCap nr.:

Hvert vedtak må ha et unikt REDCap nummer selv om samme pasient har flere vedtak.

Vedtaksdato:

Den datoen vedtaket er fattet. Dette kan være opptil ett døgn etter innleggelsesdato, men det er vedtaksdato som skal registreres i REDCap.

Utdato:

Utskrivelsesdato. Finnes i epikrisen. Utdato t.o.m. 28.02.18 registreres, hvis pasienten fortsatt er innlagt når inklusjonstiden er avsluttet skrives 01.03.18. Hvis pasienten overføres til annet sykehus, registreres overføringsdatoen.

Unikt pasientløpenummer ID:

Dette er pasientens unike løpenummer som skal være identisk på alle vedtak studieperioden.

Løpenummer-ID for pasient genereres på bakgrunn av kodeliste der person-ID i DIPS (personnummer) er koblet med løpenummer-ID. Denne kodelisten ligger på sikkert område under UNN/O:. Ved flere innleggelser på samme pasient skal altså pasienten ha samme løpenummer-ID, men ulikt registreringsnummer i REDCap.

Fødselsår:

Årstallet pasienten er født.

Kjønn:

Pasientens kjønn.

Mottatt på:

Den paragraf pasienten er mottatt på etter vurdering av spesialist. Finnes i vedtaksmodulen. Pasienter underlagt TUD hvor det er blitt gjort § 4-10-vedtaket, registreres som § 3-3.

Planlagt innleggelse:

Om pasientens innleggelse var planlagt eller akutt. Finnes i inkomstjournal.

TUD etablert før innleggelse:

Når pasientene innlegges til døgnopphold gjøres det et overføringsvedtak, § 4-10 vedtak. Pasienter med § 4-10 vedtak skal altså registreres med «Ja» på dette punktet. Pasienten kan også innlegges frivillig til døgnbehandling når de er under TUD. Disse pasientene registreres ikke i dette prosjektet.

Overført TUD etter innleggelse:

Om pasientene overflyttes til TUD etter innleggelsen. Hvis pasientene ikke er utskrevet da datasettet ferdigstilles (12.09.18) vil «nei» registreres.

Begrunnelse:

Begrunnelse for vedtak om innleggelse på tvang. Hvis «Farekriteriet» eller «Både farekriteriet og behandlingskriteriet» krysses kommer det ny mulighet, der hvilken type fare krysses av.

Hvis begrunnelse ikke kommer klart fram i vedtaksbildet, innkost eller paragrafvurdering, og pasienten er underlagt TUD, er begrunnelsen for TUD-vedtaket registrert.

Hvis begrunnelse ikke kommer klart fram i vedtaksbildet, innkost eller paragrafvurdering og pasienten er mottatt på § 3-2 vil «Ikke dokumentert» registreres.

Konvertering i løpet av innleggelsen:

Observasjonstiden på § 3-2 er maks 10 dager (med mulighet for unntak, men dette brukes sjelden). Under dette punktet skal endring fra § 3-2 registreres. §3-2 kan endres til §3-3 eller § 2-1. Hvis pasienten overføres § 2-1 samme dag som utdato, registreres ikke dette som en konvertering, men som en utskrivelse.

Diagnose:

Finnes i epikrisen. Hvis pasienten ikke er utskrevet, eller det ikke foreligger diagnose, kan det vurderes ut fra tidligere innleggelser om det er rimelig å sette tilsvarende diagnose ved den aktuelle innleggelsen. Er det tvil om registrert diagnose, for eksempel hvis pasienten ikke har vært innlagt tidligere, det er mange ulike diagnoser ved tidligere innleggelser eller pasienten ikke er utskrevet på registreringstidspunktet, settes diagnose 99 (som uttrykk for missing). Etter avsluttet prosjekt gjøres en sjekk på nye utskrivelser.

Vedlegg 1. Skjerm bilde av kodeveileder som ble brukt ved registrering av data i REDCap.

REDCap-skjema

Data fra pasientjournal

Adding new Record ID (innleggelse) 500	
Record ID (innleggelse)	500
Vedtaksdato: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="text"/> Today D-M-Y
Ut dato: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="text"/> Today D-M-Y
Pasient ID: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="text"/>
Fødselsår: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="text"/>
Kjønn: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> Mann <input type="radio"/> Kvinne tilbakestill
Mottatt på: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> § 3-2 <input type="radio"/> § 3-3 tilbakestill
Planlagt innleggelse: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei tilbakestill
TUD etablert før innleggelse: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei tilbakestill
Overført TUD etter innleggelse: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei tilbakestill
Begrunnelse: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> Behandlingskriteriet <input type="radio"/> Farekriteriet <input type="radio"/> Både fare- og behandlingskriteriet <input type="radio"/> Ikke dokumentert tilbakestill
Konvertering i løpet av innleggelsen:	
Fra § 3-2 til § 2-1: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei tilbakestill
Fra § 3-2 til § 3-3: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei tilbakestill
Fra § 3-3 til § 2-1: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei tilbakestill
Diagnose: <small>* svar kreves for å gå videre</small>	<input type="text"/> F + 2-sifret, ICD-10
Form Status	
Complete?	<input type="text" value="Incomplete"/>
<input type="button" value="Save & Exit Form"/> <input type="button" value="Save & Go To Next Record"/> <input type="button" value="-- Cancel --"/>	

Vedlegg 2. Skjerm bilde av REDCap-skjemaet som ble brukt for å registrere data. REDCap-nr. 500 er fiktivt.