



UiT Norges arktiske universitet

Det Helsevitenskapelige fakultet

Bruk av skjerming ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF

Lisa Sørensen

MED-3950 Masteroppgave profesjonsstudiet i medisin – juni 2022, kull 2017

Hovedveileder: Anne Høye, IKM psykiatri

Biveileder: Henriette Riley, IHO paramedisin

Forord

Psykatri har alltid vært et fagfelt jeg har interessert meg for, både før og under studietiden. På andreåret av medisinstudiet skulle vi skrive en valgfri oppgave hvor jeg valgte psykiatri som tema. Jeg hadde den gang psykiater Anne Høye som veileder, og når tema for masteroppgave ønsket jeg gjerne enda et nytt dypdykk inn i psykiatrien. Det var dermed naturlig å spørre Anne Høye på nytt om å være veileder. Sammen fant vi et spennende tema, og innsamling av data startet sommeren 2021.

Ønsker å rette en stor takk til både hovedveileder Anne Høye og biveileder Henriette Riley for jevnlig kontakt og veiledning med oppgaven. En stor takk gis også til Inger Merete Sperstad som har opprettet og endret REDCap-skjemaet flere ganger i tidsrommet juli 2021 til januar 2022. Ønsker også å takke sykepleier Ingvild Hegstad Dahl for en god gjennomgang av DIPS og de ulike modulene, dette var til stor hjelp og helt essensielt for innsamling av data.

Tromsø 31. mai 2022



Lisa Sørensen

Innholdsfortegnelse

1	<i>Innledning</i>	6
1.1	Psykisk helsevernloven	6
1.1.1	Innleggelsesparagraf 2-1 – Frivillig innleggelse og samtykkekompetanse	6
1.1.2	Innleggelsesparagraf 3-2 og 3-3	7
1.1.3	Diagnoser	7
1.2	Skjerming	8
1.2.1	Skjerming vs. isolasjon	8
1.2.2	Lovendring og skjerming.....	8
1.3	Vedtak skjerming	9
1.4	Geografisk variasjon skjerming	9
1.4.1	Innenlands.....	9
1.4.2	Statistikk.....	9
1.4.3	Utenlands	10
1.5	Begrunnelse for skjerming og behandlingsplan	10
1.6	Formål med studien	11
2	<i>Materiale og metode</i>	12
2.1	Studiedesign og materiale	12
2.2	Innsamling av data	12
2.2.1	DIPS.....	12
2.2.2	REDCap	12
2.2.3	Behandlingsplan	13
2.3	Statistiske analyser	15
2.4	Formelle godkjenninger	15
3	<i>Resultater</i>	16
3.1	Pasientene	16
3.2	Vedtakene	16
3.3	Kjønnsforskjeller	17
3.4	Begrunnelse for vedtak	18
3.5	Behandlingsplan	18

3.5.1	Oppgis plan for skjerming i vedtak, eventuelt annet dokument	18
3.5.2	Er det laget behandlingsplan?	19
4	<i>Diskusjon</i>	20
4.1	Datagrunnlag	20
4.1.1	Pasient eller vedtak	20
4.2	Vedtakene	20
4.2.1	Varighet	20
4.2.2	Tid for vedtak	22
4.3	Kjønnsfordeling	22
4.3.1	Paragraf	23
4.3.2	Alder	23
4.3.3	Diagnoser	23
4.3.4	Begrunnelse for vedtak	24
4.4	Nevnes plan for skjerming i vedtak eller et annet dokument?	25
4.4.1	Metodeevaluering	25
4.4.2	Kjønn og tid	25
4.5	Behandlingsplan	26
4.5.1	Metodeevaluering	26
4.5.2	Diskusjon behandlingsplan	27
4.5.3	Varighet innleggelse	27
4.6	Styrker og svakheter	28
4.6.1	Svakheter	28
4.6.2	Styrker	28
5	<i>Konklusjon</i>	30
6	<i>Referanser</i>	31
7	<i>Tabeller</i>	34
7.1	Tabell 1	34
7.2	Tabell 2	35
7.3	Tabell 3	35
7.4	Tabell 4	36
7.5	Tabell 5	36
7.6	Tabell 6	37

7.7	Tabell 7	38
8	<i>Vedlegg</i>	39
8.1	Veilederavtale.....	39
8.2	Kodeveileder.....	41
8.3	REDCap registreringsskjema.....	43

Sammendrag

Innledning: Endringer i Psykisk helsevernloven 01.11.2017 medførte økte krav til dokumentasjon, begrunnelse og høyere terskel for å innføre tvangstiltak. Et av tvangstiltakene regulert i psykisk helsevernloven er skjerming. Formålet med studien er å undersøke vedtak for skjerming ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK), UNN HF, og forskjeller knyttet til kjønn, alder, diagnose, innleggelsesparagraf, begrunnelse og om det er tilknyttet behandlingsinnhold til vedtaket.

Materiale og metode: Retrospektiv case-registerstudie av 500 vedtak om skjerming 01.01.2018-31.12.2019 ved PHRK, UNN HF. Data er samlet inn ved gjennomgang av pasientjournaler. Kji-kvadrattest for statistiske analyser.

Resultater: 500 vedtak, 66 menn og 75 kvinner. 58.4% av vedtakene er fattet for kvinner. Signifikant kjønnsforskjell på vedtakstidspunkt for alder, innleggelsesparagraf og diagnose. Høyere andel vedtak blant kvinner i aldersgruppen under 30 år, ved frivillig innleggelse og ved F30-39 Affektive lidelser. Andel vedtak høyest for menn i aldersgruppen 40-49, høyere andel var underlagt tvungent psykisk helsevern og høyere andel hadde F20-29 Schizofrenilidelser. 73 % av vedtakene hadde maksimal tillatt gyldighet på 14 dager. 71,4 % hadde en plan for skjerming i vedtak og/eller egen behandlingsplan innen tre døgn fra vedtakstidspunkt. Det var signifikant sammenheng mellom innleggelsesvarighet og behandlingsplan. Kun 9,4 % mangler begrunnelse for skjerming, og av disse var nesten alle fattet fra januar-april 2018.

Konklusjon: Flest kvinner har vedtak om skjerming. På vedtakstidspunkt var det signifikant kjønnsforskjell for alder, innleggelsesparagraf og diagnose. Det ses overgang til økt dokumentasjon av begrunnelse for vedtak etter lovendring. Plan for skjerming er dokumentert for ¾ av vedtakene, her er det forbedringspotensial. Tid har betydning for behandlingsplan, jo lengre innleggelsestid, jo større sannsynlighet for behandlingsplan. Studien ser på vedtak ved én klinikk, det er usikkert om funn er overførbart. Det trengs mer forskning både på behandlingseffekt skjerming og skjermingspraksis på landsbasis.

Nøkkelord: Psykiatri, tvang, skjerming, psykisk helsevernloven, kjønnsforskjeller

1 Innledning

Psykisk helse og tvang er et mye diskutert tema. Det har de siste årene vært en økende vektlegging av at pasienter skal ha medbestemmelsesrett, og at helsetjenester skal utføres med mindre tvang (1). I Norge skal helsehjelp være basert på pasientenes samtykke, og pasientene har i utgangspunktet selvbestemmelsesrett over egen helse. Denne selvbestemmelsesretten kan i noen tilfeller settes til side hvis det er manglende samtykkekompetanse og/eller fare for eget liv eller andres liv eller helse, og i disse situasjonene gjelder psykisk helsevernloven (2). Psykisk helsevernloven har til formål å *«sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.»* (3).

1.1 Psykisk helsevernloven

Psykisk helsevernloven (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern) ble opprettet i 1999, og trådte i kraft 01.01.2001 (3). Til forskjell for Lov om psykisk helsevern av 1961, ble nå tvangsbestemmelser flyttet fra forskrift til lov (4). Det skulle også være mer fokus på menneskeverd, rettsikkerhet og pasientens behov, i tillegg til rett til medvirkning og gyldig samtykke (5).

1.september 2017 ble Psykisk helsevernloven endret. Endringene innebar blant annet enda større selvbestemmelsesrett når det gjelder behandling, så lenge det ikke var fare for eget liv eller andres liv og helse, og pasientene skal ha mulighet til å evaluere tvangstiltaket i ettertid. Alt i alt innebærer de nye lovendringene at det stilles økte krav til begrunnelser og høyere terskel for å utføre tvangsinngrep (6, 7). Hvis en pasient anses som samtykkekompetent, og det ikke er fare for eget liv eller andres liv og helse, kan man etter lovendringen ikke anvende tvang (5). Pasientene skal i større grad ta del i sin egen behandling, og behandlingen skal innebære mindre isolasjon og lukkede enheter (8).

1.1.1 Innleggesparagraf 2-1 – Frivillig innleggelse og samtykkekompetanse

Kapittel 2 i psykisk helsevernloven omfatter særlige samtykkebestemmelser (3). § 2-1 omfatter frivillig psykisk helsevern, og tillater at psykisk helsevern *«ytes på bakgrunn av samtykke»*. I § 4-3, Lov om pasient- og brukerrettigheter, defineres det hvem som har samtykkekompetanse (9). Her presiseres det at *«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.» På Helsedirektoratet sine sider kan en finne verktøy for å vurdere samtykkekompetanse som setter søkelys på fire områder (FARV): 1) Evne til å Forstå informasjon. 2) Evne til å Anerkjenne informasjon. 3) Evne til å Resonnere. 4) Evne til å uttrykke et Valg (10).

1.1.2 Innleggelsesparagraf 3-2 og 3-3

Kapittel 3 i psykisk helsevernloven omfatter etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern (3). § 3-2, vedtak om tvungen observasjon, og § 3-3, vedtak om tvungent psykisk helsevern, omfatter innleggelse under tvang. Et felles krav for paragrafene er at pasienten mangler samtykkekompetanse og frivillighet skal være forsøkt eller *«åpenbart formålsløst»*. Pasienten kan observeres etter § 3-2 i inntil 10 dager hvis det er overveiende sannsynlig at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. I løpet av de 10 dagene på tvungen observasjon skal det vurderes om pasienten skal overføres til § 3-3 (11). Et krav for tvungen observasjon er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse (3).

I 2017 var det flere menn enn kvinner over 18 år som ble tvangsinnlagt (12, 13). Den største aldersgruppen for tvangsinnleggelse hos begge kjønn er 30 – 39 år. Menn har generelt flere tvangsinnleggelse enn kvinner i aldersgruppen 18 – 59 år, og kvinner mest over 60 år.

1.1.3 Diagnoser

Kapittel V i ICD-10 omfatter psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, og inneholder diagnosene F00-F99 (14). Helsedirektoratet fører statistikk på hoveddiagnosene til pasientene som blir innlagt ved tvungent psykisk helsevern (13). I 2018 i Region Nord var 60 % schizofrenidiagnoser (F2), 12 % affektive lidelser (F3), 2 % personlighetsforstyrrelser (F6) og 2 % rusrelaterte lidelser (F1). 22 % hadde ikke angitt diagnose. I 2019 var de to største gruppene F2 56 % og F3 15 %.

Rusrelaterte lidelser (F1) sto for 2 % av de som ble innlagt på tvungent psykisk helsevern i 2018 og 2019 (13). Rusrelaterte lidelser og andre psykiske lidelser opptrer ofte sammen, og menn har vesentlig høyere risiko for å utvikle rusrelaterte lidelser enn kvinner (15). Menn står for 80 % av tapte leveår og helsetap når det kommer til ruslidelser.

1.2 Skjerming

Skjerming er regulert under psykisk helsevernloven § 4-3 (3), og ytterligere regulert i psykisk helsevernforskriften § 16-18 (16). Skjerming innebærer at en pasient holdes delvis eller helt atskilt fra andre pasienter og fra personell som ikke deltar i behandlingen. Skjerming skal kun benyttes som behandling av pasienten eller av hensyn til andre pasienter. Ved hensyn til andre pasienter er det ikke et krav at pasienten kan utgjøre en skade, men kan benyttes i tilfeller hvor *«pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd gjør dette nødvendig»*. Det er ikke en forutsetning for bruk av skjerming av pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern, dette betyr at vedtak om skjerming også kan fattes for pasienter som er frivillig innlagt.

Så langt det er mulig skal pasienten ha selvbestemmelsesrett under behandlingen. Om pasienten motsetter seg skjerming eller skjermingen vedvarer utover 24 timer for skjerming på rom eller 12 timer i skjermingsenhet, skal det fattes vedtak om skjerming (17). Hvert vedtak er gyldig i inntil 14 døgn, og det er ikke noen øvre tidsgrense på hvor lenge en pasient kan skjermes så lenge det fattes nytt vedtak hver 14. dag (17). Pasienten skal i etterkant av skjermingen tilbys en samtale (18).

1.2.1 Skjerming vs. isolasjon

Skjerming ble først omtalt som metode i 1977 og innført i 1980-årene (19). Hensikten med å introdusere skjerming som metode var et ønske om å redusere uro på avdelingene og tettere oppfølging til pasientene (20). Skjerming skal være et behandlingstiltak, og er ikke ment som isolasjon eller straff (17). Vedtak om isolering reguleres fra psykisk helsevernloven § 4-8 b *«kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede»* (3). Skjerming skiller fra isolering ved at døren ikke er låst, og personell kan være til stede (19, 21).

1.2.2 Lovendring og skjerming

Etter lovendring 1. september 2017, ble det også endring i bruk av skjerming. Nå skal vedtak om skjerming fattes fra første stund om pasienten motsetter seg det (tidligere etter 24 timer (12 timer på skjermingsenhet)), og helsepersonell skal alltid rådføre seg med andre før det fattes vedtak om skjerming (6, 7).

1.3 Vedtak skjerming

I 2018 ble det i Norge fattet 7223 vedtak om skjerming, sammenlignet med 5830 i 2017 (22). Økningen i antall vedtak var forventet etter den nye lovendringen, som innebar at det umiddelbart skulle fattes vedtak for alle som motsetter seg skjerming (2). De 7223 vedtakene i 2018 var fordelt på 2840 pasienter, hvor 49 % hadde 1 vedtak, 38 % hadde 2-4 vedtak, 10 % hadde 5-9 vedtak og 3 % hadde 10 eller flere vedtak (22). Per i dag inkluderer ikke statistikken til Helsedirektoratet varigheten på vedtakene eller fordeling av kjønn (17).

I 2019 ble det fattet 7420 vedtak (2933 pasienter), en økning med 197 fra året før. 50 % av pasientene med vedtak hadde totalt 1 vedtak, 37 % hadde 2-4 vedtak, 10 % hadde 5-9 vedtak og 33 % hadde 10 eller flere vedtak (22).

1.4 Geografisk variasjon skjerming

1.4.1 Innenlands

Anne-Grethe Terjesen, nestleder i Pårørendealliansen, påpekte i en artikkel i Sykepleien 2018 «*Hvordan man skjerner, varierer, både mellom sykehusene og mellom avdelinger*» (23). Hun forteller at skjerming er et diffust begrep, at utførelsen kan variere i ulike deler av landet med ulik kompetanse. Variasjon i psykisk helsevern understøttes i Helsedirektoratets rapport fra 2019: «Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevern», hvor det påpekes at det er større geografiske forskjeller i psykiatrien sammenlignet med somatikken (12). Det ses forskjell i bruk av tvang på ulike behandlingssteder, og noe av dette påvirkes av helsepersonellens praktisering av lovverket.

1.4.2 Statistikk

Helsedirektoratet fører statistikk over bruk av tvang og skjerming (17). I denne statistikken kan man se regionale forskjeller hvor enkelte helseforetak og institusjoner benytter skjerming i større grad enn andre. Forskjellene skyldes ikke ulikt pasientgrunnlag og har vedvart over tid. Dette understøttes av en tidligere litteraturstudie om bruk av skjerming, hvor det ble konkludert med at skjerming både var lite presisert som metode og hadde ulike tilnærminger og tiltak (19). Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) presiserte i en rapport fra utgitt juni 2020 viktigheten av at avdelingene må drøfte skjermingspraksisen jevnlig (24).

Av 7223 vedtak i 2018 var 567 i Helse Nord (22). UNN's opptaksområde hadde 300 vedtak fordelt på 109 pasienter. 47 hadde 1 vedtak (43 %), 44 hadde 2-4 vedtak (40 %), 13 hadde 5-9 vedtak (12 %) og 5 hadde 10 eller flere vedtak (5 %). Av 7240 vedtak i 2019 var 618 av disse i Helse Nord. UNN-området hadde 329 vedtak fordelt på 120 pasienter. 54 med 1 vedtak (45 %), 46 med 2-4 vedtak (38 %), 18 med 5-9 vedtak (15 %) og 2 med 10 eller flere vedtak (2 %).

1.4.3 Utenlands

De siste årene har det vært et økt fokus på å bevare menneskers rettigheter i psykisk helsehjelp i Europa og USA. Det er spesielt stort fokus på mindre bruk av tvang og isolering (25). Studier tyder på at bruk av tvang og isolasjon varierer på tvers av kulturer (26). Norge er trolig et av de eneste landene som benytter skjerming som et eget tvangstiltak, eller i hvert fall med en egen beskrivelse i lovverket. I andre land vurderes skjerming antakelig som en form for isolering. Danmark har «personlig skærmning» hvor personalet er i nærheten av pasienten i en skjermingsenhet, men dette brukes til sammenligning i mye mindre grad med 69 vedtak per år 2016/2017, sammenlignet med 5198 norske vedtak i 2016 (17). I 2017/2018 hadde Danmark totalt 43 vedtak om «skærmning» fordelt på 51 pasienter, og i 2018/2019 58 vedtak fordelt på 51 pasienter (27). Den ulike lovreguleringen i forskjellige land gjør at det er svært vanskelig å finne studier og litteratur som kan brukes sammenligningsgrunnlag.

1.5 Begrunnelse for skjerming og behandlingsplan

I Sivilombudsmannens rapport fra 2018 om skjerming kom det frem at det i mange tilfeller manglet en begrunnelse for hvorfor pasienter ble skjermet (17). Det ble i mange vedtak ikke henvist til en hendelse som begrunnelse, og heller ikke om skjermingen ble vedtatt av hensyn til pasienten selv eller av hensyn til å skjerme andre pasienter. Skjerming er en «*vanskelig blanding av tvang og behandling*». I tillegg var det ofte manglende dokumentasjon på om mindre inngripende tiltak var vurdert, og det var ofte mangelfullt dokumentert om pasienter innlagt under § 2-1 hadde fått informasjon om at de kunne skrive seg ut. Det ble også lagt vekt på at langvarig skjerming utgjør risiko for «*umenneskelig eller nedverdiggende behandling*», og at langvarig skjerming kunne ses i sammenheng med mangel på ressurser. Loven har ingen klare retningslinjer for å unngå at en pasient skjermes over lengre tid, så lenge det fattes nytt vedtak hver 14. dag. Rapporten utdyper at det generelt er svak rettssikkerhet ved bruk av skjerming, og at det i tillegg mangler dokumentasjon for behandlingseffekten til skjerming grunnet lite forskning på området.

Sivilombudsmannens rapport fra 2018 kom med flere anbefalinger knyttet til skjerming, blant annet sikre at det utarbeides en behandlingsplan for skjerming (17). Denne bør inneholde et «*terapeutisk tilbud, tilpasset aktivitet og sikre daglig opphold utendørs samt en plan for å avslutte skjermingstiltaket*». I Ukoms rapport fra 2020 om risikoforhold ved skjermingsvedtak, gjennomgås det et dødsfall på en akuttpost hos en skjermet pasient (24). Det ble etter gjennomgangen funnet ut at grenser og krav ikke ble knyttet opp mot en behandlingsplan, disse varierte fra vakt til vakt og dette, samt mye omrokking av personale, førte til manglende kontinuitet i behandlingen. Ekstravakter og nattevakter deltok ikke på avdelingens faste møter. Den manglende kontinuiteten og endringene ble vurdert som krevende for pasienten av Ukom.

1.6 Formål med studien

Hovedformålet med oppgaven er å undersøke om lovendringen i 2017 har medført at beslutning og gjennomføring av skjerming begrunnes og synliggjøres i journal, og hvilke faktorer som påvirker beslutning og gjennomføring av skjerming ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) i UNN HF. Resultater fra studien vil være et viktig bidrag til kvalitetsvurdering og -sikring av skjermingspraksis ved PHRK.

Delmål:

1. Undersøke antall vedtak for skjerming ved PHRK over to år, og undersøke forskjeller knyttet til kjønn, alder, diagnose og innleggelsesparagraf
2. Undersøke dokumentert begrunnelse for vedtak
3. Undersøke om det er dokumentert behandlingsinnhold i tilknytning til skjermingsvedtaket

2 Materiale og metode

2.1 Studiedesign og materiale

Studien er en retrospektiv case registerstudie, og data er basert på innhentede opplysninger fra journaler (DIPS). Materialet omfatter 500 vedtak om skjerming ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) i perioden 01.01.18 – 31.12.2019. Vedtakene er tilfeldig utvalgt, og omfatter ikke alle vedtak fattet ved PHRK i inklusjonsperioden. De 500 vedtakene er fordelt på 141 pasienter, og alle vedtak fattet for den enkelte pasient i inklusjonsperioden er registrert.

2.2 Innsamling av data

Det ble våren 2021 utarbeidet en kodeveileder sammen med veiledere for å kartlegge bruk av skjerming. Kodeveilederen har under prosessen blitt endret to ganger etter hvert som innsamlingen har foregått (vedlegg 1). Selve datainnsamlingen har foregått over to perioder, sommer 2021 og januar 2022. Det ble først samlet inn i underkant av 100 vedtak, før kodeveilederen ble endret for første gang. Data er innsamlet av undertegnede, men veileder har vært tilgjengelig under innsamling for råd og hjelp. Data har blitt registrert via datainnsamlingsverktøyet REDCap. Under innsamling av data ble det opprettet et Excel-dokument for å kunne notere eventuelle merknader til hvert vedtak. Dette dokumentet ble lagret på et nøkkelbeskyttet område på UNN sin forskningsserver.

2.2.1 DIPS

Alle pasientopplysningene er hentet fra journalsystemet DIPS. For hver pasient har «vedtaksmodul» i DIPS blitt benyttet for å få oversikt over antall vedtak i inklusjonsperioden, og det er gjennomgått «behandlingsplan» i tilknytning til alle vedtak. For eventuelle ekstra merknader om vedtaket har det i flere tilfeller blitt gjennomgått innkomstjournal, paragrafvurderinger og journalnotater. Diagnoser er hentet fra epikriser.

2.2.2 REDCap

Flere pasienter har flere vedtak om skjerming, og i REDCap har hvert vedtak blitt registrert med et unikt REDCap-nummer. Registreringsskjema på REDCap besto av ID-nummer (ikke personnummer), pasientens fødselsår, kjønn, innleggelse fra-til, paragraf på vedtakstidspunkt, diagnose, vedtaksdato skjerming og dato avslutning skjerming, tid på døgn vedtak fattet,

begrunnelse for vedtak, årsak til skjerming, rus som årsak til skjerming, fattet egen behandlingsplan for skjerming og om plan for skjerming nevnes i vedtak eller annet dokument (vedlegg 2).

2.2.3 Behandlingsplan

Ved første innsamlingsrunde av data sommer 2021 ble behandlingsplan sett på ved hjelp av spørsmålet «*er det dokumentert behandlingsplan i forbindelse med vedtaket*», og registrert som ja/nei. Under innsamlingen var det krevende å definere ja/nei. Det ble merket en stor differens i vedtakene, en pasient kunne ha en grundig behandlingsplan i «behandlingsmodulen» i DIPS, en annen kunne ha en kort liten plan i vedtaket. Det var vanskelig å tydeliggjøre i datasettet på hvilken måte behandlingsplan var registrert. Januar 2021 ble derfor dette spørsmålet delt i to: 1) Om det oppgis plan for skjerming i vedtak eller annet dokument og 2) om «Behandlingsplan» er opprettet/oppdatert i DIPS, og datainnsamlingen fikk en runde to. I denne omgangen ble også flere av de andre opplysningene i REDCap kontrollert for kvalitetssikring.

1) Oppgis det plan for skjerming i vedtak eller annet dokument?

I de tilfellene det har blitt krysset av ja/annet dokument har det foreligget en klar plan på *hva* som skal gjøres under skjermingen, *hvordan* skjermingen skulle utføres eller i *hvilke situasjoner* skjermingen skulle foregå. Altså ikke bare *hvorfor* pasienten skjermes. Hvis vedtaket nevnte at det er «*nødvendig at pasienten skjermes for å begrense stimuli og skåne medpasienter*», ble det regnet som en *begrunnelse* for hvorfor vedtaket vedtas, ikke som en plan for vedtaket og dermed krysset av nei under registreringen. Et vedtak med relativ lik ordlyd «*Pas skjermes ved behov når verbalt utagerende adferd oppleves en for stor belastning av andre pasienter i avdelingsmiljøet*» ble krysset som ja, fordi denne setningen gir en plan om *når* pasienten skal skjermes og i *hvilke situasjoner*.

For å få godkjent kan det ha vært korte setninger som «*får gå ut når dusjet og skiftet klær*», «*høyst nødvendig å skjermes på eget rom med 2 personale til stede*» og «*kan være i fellesmiljø med tett oppfølging*», til lange setninger som «*Skjermings innhold vil være å henvise pasienten til opphold i sitt eget rom eller lokaler som er adskilt fra fellesareal. Kan ikke låse, eller på annen måte stenge døren til pasienten. Helsepersonell skal være til stede i den grad det er nødvendig. Skjermings varighet vil være dynamisk og vurderes ut fra episode til episode, deler av tiden kan pasienten fritt oppholde seg i avdelingen*» eller «*Skjerming skal*

kun benyttes dersom det er høyst nødvendig, vær obs på at pas kan føle seg innesteng. Ha lav terskel for å prøve pasient ute i miljøet dersom tilstand tillater dette. 2 personale skal være sammen med pas inne på rom for å trygge pasient».

2) Behandlingsplan ja/nei

I DIPS ligger det en egen «behandlingsplan»-modul som kan endres fortløpende under innleggelsen. Behandlingsplanen kan ses i egen modul til hver innleggelse, og også ses i sykepleie-notatene hvor endringsdato er synlig. Behandlingsplanene består gjerne av diagnose(r), behandlingsplanmål/forventede resultater, behandlingsplan/forordninger, og punkter under disse kategoriene. Behandlingsplan er en enkel måte for vakthavende personal å få kjennskap til pasientene, aktive vedtak og eventuelle merknader/hensyn som skal ivaretas.

For å få krysset av «ja» til behandlingsplan, ble det stilt to krav

- 1) Behandlingsplan skulle vært opprettet innen 3 døgn fra vedtaksdato. Alle sykepleie-notater 3 døgn fra vedtak ble gjennomgått for å se om behandlingsplan ble opprettet/oppdateret.
- 2) Informasjon om *plan* for skjermingen. Det holdt ikke at behandlingsplanen kun nevnte «skjerming» for at det skulle krysses «ja» for behandlingsplan. I behandlingsplanen skulle det foregå noe informasjon om situasjon, plan eller hva pasienten trenger. Figur 1 viser et eksempel på hvilke kategorier en behandlingsplan gjerne inneholder, samt et eksempel på ja til behandlingsplan sammenlignet med nei.

Behandlingsplan 1 – Ja	Behandlingsplan 2 – Nei
Diagnose(r) til pasient	Diagnose(r) til pasient
Behandlingsmål/forventede resultater	Behandlingsmål/forventede resultater
- Ro og hvilke, ønsker stabil hverdag	- Ro og hvilke, ønsker stabil hverdag
- Holde pas unna rusmidler under innleggelsen	- Holde pas unna rusmidler under innleggelsen
Behandlingsplan/forordninger	Behandlingsplan/forordninger
- Tett oppfølging, skjernes ved behov	
--> Skjernes når atferd/utsagn av truende karakter oppstår	
--> Personal skal bestandig ha pasient i synet i fellesmiljø	
--> Skjermingsvedtak til *gyldighetsdato	
Frittstående behandlingsforordninger	Frittstående behandlingsforordninger
- (skjermingsvedtak, utegang etc.)	- Skjerming gyldig til *

Figur 2.1 – Behandlingsplan ja/nei.

2.3 Statistiske analyser

For statistiske analyser har statistikkprogrammet IBM SPSS 28 blitt brukt. Det har blitt utført kjikvadrat-tester og signifikansnivå er satt til 0,05. For analysering av data har det blitt analysert to ulike datasett i SPSS; Et datasett med de 500 vedtakene, og et datasett med de 141 ulike pasientene. I tabellene er signifikante verdier markert med grønn farge.

2.4 Formelle godkjenninger

Prosjektet er godkjent som kvalitetsprosjekt av Personvernombudet ved UNN (02737).

3 Resultater

3.1 Pasientene

Tabell 1 viser en oversikt over pasientene. Det var totalt 141 pasienter i studien. 66 var menn (46,8 %), og 75 var kvinner (53,2 %). Den største aldersgruppen blant menn er 40 – 49 år (22,7 % av alle menn, 10,6 % av alle pasienter) og den største aldersgruppen blant kvinner er 30 – 39 år (21,3 % av alle kvinner, 11,3 % av alle pasienter). Størst forskjell mellom kvinner om menn er i aldersgruppen 25 – 29 år, her er 9 pasienter kvinner (81,8 %), sammenlignet med 2 menn (18,2 %).

Av de 141 pasientene hadde 90 pasienter én innleggelse med vedtak (63,8 %), fordelt på 45 menn og 45 kvinner. 30 pasienter hadde to innleggelser med vedtak (21,3 %), og 21 hadde tre eller flere innleggelser (14,9 %). 54 av pasientene hadde 1 vedtak (38,3 %), 59 hadde 2-4 vedtak (41,8 %), 17 hadde 5-9 vedtak (12,1 %) og 11 hadde 10 eller flere vedtak (7,8 %).

3.2 Vedtakene

Tabell 2 viser at totalt 365 av de 500 vedtakene hadde 14 dagers gyldighet på vedtaket (73 %). Til sammen hadde 412 vedtak gyldighet på 10 eller flere dager (82,4 %). 144 av vedtakene (28,8 %) ble fornyet fra et tidligere vedtak eller vedtatt samme dato som et gammelt vedtak utgikk. Av disse 144 hadde 117 vedtak varighet på 14 dager (81,3 %). Forlengelsen på 14 dager gjaldt 42 pasienter, hvor 19 pasienter fikk forlenget med 14 dager 1 gang, 16 pasienter 2-4 ganger, 5 pasienter 5-9 ganger og 2 pasienter forlenget med 14 dager over 10 ganger.

243 av vedtakene var vedtatt på dagtid (48,6 %), 175 på kvelden (35 %) og 82 på natten (16,4 %). 290 av vedtakene er fra 2018 (58 %) med flest vedtak i perioden mai til august (108 vedtak, 37,2 % av vedtakene i 2018). 210 av vedtakene er fra 2019 (42 %) med flest vedtak i perioden mai til august (85 vedtak, 40,4 % av vedtakene i 2019).

Tabell 3 viser at aldersfordelingen ved året der vedtak ble fattet varierte fra 48 vedtak i aldersgruppen 25 – 29 år (9,6 %), til 96 vedtak i aldersgruppen 50 – 59 år (19,2 %). Ved 341 av vedtakene (68,2 %) var pasienten innlagt på § 3-3 i Lov om psykisk helsevern ved vedtakstidspunkt, og 69 vedtak var ved frivillig innleggelse § 2-1 (13,8 %).

De to største diagnosegruppene for vedtak er F20 Schizofreni med 136 vedtak (27,2 %) og F31 Bipolar lidelse med 164 vedtak (32,8 %). Diagnosene i gruppen F20-F29 står til sammen for 218 vedtak (43,6 %). Når det gjaldt innleggelsestid var det flest vedtak ved total innleggelsestid på mellom 32 og 100 dager; totalt 194 vedtak (38,8 %). Det ble fattet 62 vedtak ved innleggelsestid 0 – 7 dager (12,4 %), 106 ved innleggelsestid på 8 – 31 dager og 101 – 365 dager (21,2 % på begge), og færrest vedtak ble fattet ved total innleggelsestid over 365 dager (32 vedtak, 6,4 %).

3.3 Kjønnforskjeller

Det var en signifikant aldersforskjell mellom kvinner og menn ($< 0,001$, **tabell 3**). Kvinner har flest vedtak i aldersgruppene under 30 år (27,8 %), hvor kvinner står for 70 % av alle vedtak i aldersgruppene, og over 50 år (49,9 %), mens menn har flest vedtak i aldersgruppen 40 – 49 år med 55 vedtak (26,4 %), hvor menn står for 73,3 % innenfor aldersgruppen. Det er ganske lik kjønnsfordeling i aldersgruppen 30-39 år (51,1 %/48,9 %). Det er en signifikant kjønnforskjell når det kommer til diagnoser. Den største diagnosegruppen for vedtak for menn er F20-F29 med 51,9 %, og for vedtak for kvinner er den største gruppen F30-F39 med 42,8 %. Det er også en signifikant kjønnforskjell for innleggingsparagraf på vedtakstidspunkt ($p=0,036$). Innenfor frivillig innleggelse, § 2-1, står kvinner for 72,5 % av vedtakene.

Når man sammenligner varighet på innleggelsen er det ingen signifikant kjønnforskjell (p -verdi 0,151, **tabell 3**). For begge kjønn er det flest vedtak som er fattet ved innleggelse på mellom 32 – 100 dager. Det er ingen signifikant kjønnforskjell når det kommer til varighet av vedtak, om vedtak er forlenget fra tidligere eller tid på døgnet vedtak er fattet (dag/kveld/natt).

Hovedtyngden av vedtak er gjort ved innleggelser på § 3-3 (68 %) (**tabell 4**), med henholdsvis 72,6 % av vedtakene for menn og 65,1 % av vedtakene for kvinner. For § 3-2 er andelen av vedtak for menn 18,3 % og for kvinner 17,8 %, mens andelen ved frivillig innleggelse § 2-1 er 9,1% for menn og 17,1 % for kvinner.

3.4 Begrunnelse for vedtak

Tabell 5 viser begrunnelse for vedtak. 254 vedtak er fattet av behandlingsmessige grunner (50,8 %) og 472 vedtak er fattet av hensyn til andre pasienter (94,4 %). Ti vedtak har annen begrunnelse for vedtak og for ett vedtak er det ikke krysset noen alternativer. Det er ingen signifikant kjønnsforskjell på dette punkt for begrunnelse til vedtak.

374 av vedtakene (74,8 %) skjer av mindre inngripende karakter på eget rom, og ved 208 av vedtakene (41,4 %) motsetter pasienten seg skjerming. Kvinner har 236 vedtak av mindre inngripende karakter på rom (80,8 %), sammenlignet med 138 vedtak hos menn (66,3 %). Denne forskjellen er signifikant ($p\text{-verdi} < 0,001$). For 69 av vedtakene skjer skjerming på egen skjermingsenhet (13,8 %), 42 av disse er menn (60,8 %), og 27 er kvinner (39,2 %). Denne kjønnsforskjellen er signifikant ($p\text{-verdi} < 0,001$). 47 av vedtakene har ikke avkrysset punktene (9,4 %), og alle er fattet i perioden januar til april 2018.

302 av vedtakene begrunnes med pasientens psykiske tilstand (60,4 %), 365 begrunnes med pasientens utagerende atferd (73 %) og for 47 av vedtakene er ikke begrunnelse krysset av (9,4 %). Av de 47 som ikke er avkrysset, er 46 i perioden januar til april 2018 (54,1 %). Det er ingen signifikant kjønnsforskjell mellom kvinner og menn når det gjelder årsak til skjerming. 36 av vedtakene oppgir rus som årsak til vedtak (7,2 %), 25 menn og 11 kvinner, og det er en signifikant kjønnsforskjell ($p\text{-verdi} < 0,001$).

3.5 Behandlingsplan

I 357 av vedtakene nevnes enten plan for skjerming i vedtak eller det er opprettet behandlingsplan (71,4 %). 143 av vedtakene har hverken behandlingsplan eller nevner plan for skjerming (28,6 %), **tabell 6**).

3.5.1 Oppgis plan for skjerming i vedtak, eventuelt annet dokument

I 246 av vedtakene nevnes plan for skjerming (49,2 %, **tabell 7**). Det er ingen signifikant forskjell mellom nevning av plan for skjerming og årstid for vedtaksdato eller kjønn. Det er en signifikant forskjell mellom nevning av skjerming og aldersgruppe ($p\text{-verdi} < 0,001$). I aldersgruppen 25 – 29 år har 79,2 % behandlingsplan, sammenlignet med 19 – 24 år hvor 40,3 % har behandlingsplan. Det er også en signifikant sammenheng om vedtaket er forlenget fra tidligere ($p\text{-verdi} 0,005$). 85 av vedtakene som er forlenget fra tidligere (59 %) inkluderer

en plan for skjerming. Av de som ikke er forlenget fra tidligere nevner 45,2 % plan for skjerming.

Det er en signifikant sammenheng mellom tid på døgn vedtak er fattet og om plan for skjerming nevnes (p-verdi < 0,001). Av vedtakene fattet på dagtid nevner 58,4 % plan for skjerming, kontra 40,6 og 40,2 % på kveld og natt. Det er ingen signifikant forskjell knyttet til kjønn, årstid, varighet på innleggelsen, dager vedtak fattet, paragraf på vedtakstidspunkt og om det nevnes rus i vedtak.

3.5.2 Er det laget behandlingsplan?

For 242 av vedtakene (48,4 %) er det opprettet en behandlingsplan som inneholder skjerming (**tabell 6**). Det ses signifikant sammenheng mellom behandlingsplan og aldersgruppe (p-verdi 0,003), varighet innleggelse (p-verdi < 0,001), varighet vedtak (p-verdi < 0,001), forlenget fra tidligere (p-verdi < 0,001), paragraf på vedtakstidspunkt (p-verdi < 0,001), rus (p-verdi 0,026) og om det nevnes plan for skjerming i vedtak/annet dokument (p-verdi < 0,001). Det ses ingen signifikant sammenheng mellom behandlingsplan og kjønn, årstid eller tid på døgnet vedtak er fattet.

62,7 % av vedtakene innenfor aldersgruppen 40 – 49 år har behandlingsplan, sammenlignet med 36,10 % i aldersgruppen 19 – 24 år. Av de med total varighet på innleggelsen over 365 dager har 71,9 % behandlingsplan, sammenlignet med 21 % av de med 0 – 7 dagers innleggelse. Prosentandelen øker med økende varighet av innleggelse. 59,6 % av de med varighet på vedtak 10-13 dager har behandlingsplan, sammenlignet med 6,9 % av de med varighet 0-1 dager.

Av de med forlengelse av vedtak fra tidligere har 66,7 % behandlingsplan, sammenlignet med de som ikke har forlengelse fra tidligere hvor 41 % har behandlingsplan. 54,8 % av de som er innlagt på § 3-3 har plan for skjerming, sammenlignet med 40,6 % av de som er innlagt på § 2-1 og 30 % på § 3-2. 30,6 % av de vedtakene som nevner rus som årsak har behandlingsplan, sammenlignet med de som ikke nevner rus hvor 49,8 % har behandlingsplan.

4 Diskusjon

4.1 Datagrunnlag

Denne oppgaven tar for seg 500 vedtak om skjerming på Psykisk helse- og rusklinikken i perioden 2018 – 2019, fordelt på 141 pasienter. Statistikk fra Helsedirektoratet viser at UNN-området hadde 629 vedtak i denne perioden, dette gir en dekning i mitt prosjekt på ca. 80 %. Sammenligner man de 141 pasientene med antall vedtak hos Helsedirektoratet per pasient (1 vedtak/2-4 vedtak/5-9 vedtak/10 eller flere vedtak) stemmer statistikken relativt greit i alle gruppene med en forskjell fra 6,7 % til 2,9 % i de ulike gruppene. Sammenligningen tyder på et godt tilfeldig utvalg.

4.1.1 Pasient eller vedtak

Det er viktig å avklare at flere av vedtakene tilhører *samme* pasient. Funnene i oppgaven vil altså i hovedsak være relatert til *skjermingsvedtaket* og ikke pasientgrunnlaget. Ca. 20 % av pasientene har flere enn fire vedtak, det kan altså være én pasient eller noen få pasienter med flere vedtak som gir signifikante utslag.

4.2 Vedtakene

4.2.1 Varighet

Et vedtak kan maksimalt være gyldig i 14 dager, noe som gjaldt 73 % av vedtakene. Det var også flere av vedtakene som var forlenget fra tidligere, hvor 81,25 % av forlengelsene hadde gyldighet på 14 dager. Når man så på forlengelse av vedtak ble det ikke sett nærmere på hvor lenge pasientene *totalt* ble skjermet, kun antall ganger de hadde fått et vedtak forlenget på 14 dager. 16 pasienter fikk forlenget vedtak 2-4 ganger, som utgjør en total skjermingstid på minimum mellom 28 – 56 dager. 20 pasienter fikk forlenget 2-7 ganger som utgjør total skjermingstid på minimum 28-78 dager, og 3 hadde minimum skjermingstid over 100 dager. Noen pasienter har altså, uavhengig om det er sammenhengende, vært skjermet over totalt sett lengre perioder.

Vi mangler i dag god dokumentasjon av behandlingseffekten ved bruk av skjerming (17). Det er derfor interessant å merke seg at noen pasienter skjermes over lengre tid, og at det i nesten $\frac{3}{4}$ av tilfellene vedtas skjerming med maksimal lovlig gyldighet. Rapporten til Sivilombudsmannen har stort søkelys på rettssikkerheten til pasientene som ble skjermet over

lengre tid, og hvordan langvarig skjerming ga risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Effekt av skjerming er generelt lite dokumentert, spesielt med tanke på at det er et ganske særnorsk tvangstiltak. Sammenlagt vil dette si at vi ikke bare skjerner pasientene over lang tid, men at vi også aktivt bruker et tvangsvedtak over lengre perioder, og ofte med maksimal lovlig gyldighet. Effekten av dette er ikke mulig å vurdere, da det mangler god dokumentasjon og forskning.

Hvorfor nesten $\frac{3}{4}$ av vedtakene har gyldighet på 14 dager kan diskuteres ytterligere ut over manglende dokumentasjon av behandlingseffekt. Sivilombudsmannens rapport la vekt på at langvarig skjerming kunne ses i sammenheng med mangel på ressurser (17). Når vedtak fattes på PHRK ved UNN brukes en standardisert mal som automatisk sier «gyldig i 2 uker fra vedtaksdato». Endres ikke malen aktivt vil pasienten automatisk få varighet 14 dager. Kanskje settes varigheten for å gjøre det enklere for personale, både ved lettere utfylling ved å spare tid via rutine, men også at man har et vedtak i bakhånd «for sikkerhets skyld» om man skulle trenge dette senere.

Et annet viktig punkt er at selv om pasienten har et aktivt skjermingsvedtak betyr ikke dette at pasienten skjermes hele døgnet, men at pasienten kan skjermes i perioder hvor dette anses som nødvendig. Det vil altså si at selv om vedtaket fattes for to uker, betyr ikke det at pasienten er skjernet to uker i strekk, men at man har et aktivt tvangsvedtak på at man *kan* skjermes pasienten i tilfeller det anses som nødvendig. I noen tilfeller vil kanskje mulighet for skjerming være nødvendig i behandlingsforløpet. Et av kravene til tvungen innleggelse § 3-3, som i dette datasettet inkluderer 68,2 % av vedtakene, er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse». Dette er lidelser som kanskje i mange tilfeller trenger mer enn noen få dager skjermingstid av hensyn til behandling eller av hensyn til andre pasienter.

Klinisk er det også en avveining av hva som er hensiktsmessig for pasienten. Det kan tenkes at det i noen tilfeller vil være klinisk uhensiktsmessig å hele tiden presentere pasienten for nytt tvangsvedtak, i motsetning til å sette søkelys på at pasienten skal bli bedre og ha fokus rundt en god behandlingsplan og en god plan for skjermingen. Hver gang det fattes et skjermingsvedtak skal det diskuteres blant de ansatte, presenteres til pasienten, evalueres i etterkant, pasienten skal tilbys samtale og pasienten skal ha mulighet til klage på hvert vedtak som fattes. Alle disse punktene krever mye av både pasient og personale. Hvis en ser i praksis at en trenger skjerming over en litt lengre periode, vil det kanskje være uhensiktsmessig å ha

kort varighet. Det vil mulig skape mye byråkrati hvor en både skal involvere pasienten og personale, og det vil kanskje gå ut over ressurser som kunne blitt brukt på behandling.

4.2.2 Tid for vedtak

Flest vedtak er fattet på dagtid (48,6 %), og færrest på natt (16,4 %). Helsedirektoratet fører ikke statistikk for når på døgnet vedtakene blir fattet, men det er interessant å se at det er fattet færrest vedtak på natt når det er minst personale på jobb. På dagtid har pasientene et fast behandlingsteam som diskuterer behandlingen til pasienten. Er det slik at pasientene ofte blir diskutert av behandlingsteamet på dagtid, og at det i tilfellene hvor det anses nødvendig fattes et vedtak på dagtid «for sikkerhets skyld»? Eller er det roligere på natt slik at det er mindre utagering/behov for dette tvangstiltaket på nattestid?

Et annet interessant funn var fordeling av vedtakene i løpet av året. Både 2018 og 2019 hadde flest vedtak i sommermånedene mai til august (37,2 % og 40,4 %). Det har blitt lagt vekt på at det er geografisk variasjon av skjerming og at utførelsen varierer ulike steder (23). Skjerming er et diffust begrep, og praktisering kan variere ut fra hvordan det tolkes av helsepersonellet. Når Ukom undersøkte risiko ved skjerming, ble det også lagt stor vekt på at avdelingene må drøfte skjermingspraksis jevnlig (24). I sommermånedene er det gjerne flere vikarer, og det kan være at de tolker skjermingspraksisen annerledes enn det faste personalet. Det kan også tenkes at det er mindre personale på jobb i ferietiden, som gir mindre ressurser, med mindre tid for faglige diskusjoner, mindre tid til den enkelte pasient og mer generell uro. Det skal bemerkes at forskjellen mellom månedene ikke var veldig stor, og at funnet kan være tilfeldig med tanke på at det i datagrunnlaget ikke omfatter alle vedtakene fattet i 2018 og 2019.

4.3 Kjønnfordeling

De 141 pasientene består av 66 menn (46,8 %) og 75 kvinner (53,2 %), hvor mennene står for 41,6 % av vedtakene og kvinner for 58,4 % av vedtakene. I dette datasettet står altså kvinnene for flest skjermingsvedtak. Helsedirektoratet fører ikke statistikk på fordeling av alder og kjønn ved skjerming, så det er vanskelig å si om det er flest kvinner som skjermes på generelt grunnlag, eller om dette er et tilfeldig funn i dette datasettet. Det er ikke lett å konkludere fra dette datasettet at flest kvinner skjermes, en må huske at dette datasettet sammenligner *skjermingsvedtak* og ikke pasienter. Det kan være noen få kvinner som har veldig mange vedtak, og derfor trekker opp statistikken. Forskjellen er likevel interessant, da man vet at flere menn enn kvinner er underlagt tvungent psykisk helsevern (13).

4.3.1 Paragraf

Helsedirektoratet fører statistikk på alder og kjønn ved tvungen innleggelse (13). Her er det som nevnt flest menn som står for tvungen innleggelse, noe som stemmer overens med funn i denne oppgaven hvor kjønnsforskjell og paragraf var statistisk signifikant. 72,5 % av menn var underlagt § 3-3, sammenlignet med 65 % av kvinner. Kvinner sto også for 72,5 % av alle vedtak fattet under en frivillig innleggelse, som igjen støtter statistikken om at flest menn tvangsinnlegges.

Ser man bort fra frivillige innleggelse hos begge kjønn, er det fremdeles flest vedtak blant kvinner, 242 vedtak blant kvinner sammenlignet med 189 vedtak blant menn. Det betyr at det kanskje ikke er de frivillige innleggelsene som gjør at datasettet inneholder flere skjermingsvedtak blant kvinner. Er det slik at kvinner skjermes mest, eller er det et tilfeldig funn? Eventuelt er det noen få kvinner som står for veldig mange vedtak i dette datasettet?

4.3.2 Alder

Det var en statistisk signifikant kjønnsforskjell mellom de ulike aldersgruppene. For 27,8 % av vedtakene fattet hos kvinner var kvinnene under 30 år, og kvinner sto for nesten 70 % av alle vedtak i denne aldersgruppen. Knyttet til § 2-1 sto vedtak blant kvinner for 90,4 % i denne aldersgruppen, og litt over 60 % ved § 3-2 og § 3-3. Sammenligner man aldersgruppen med antall menn ved § 3-3, er det 12,5 % av de 208 vedtakene for menn, og 27,7 % av de 292 vedtakene for kvinner. Det er altså større andel av vedtakene for kvinner som fattes når alder på vedtakstidspunktet er under 30 år, uavhengig av om vedtaket er fattet ved en frivillig eller tvungen innleggelse, og dette er interessant når man ser på statistikk til Helsedirektoratet (13). Denne viser at det er det flest menn under 30 år som tvangsinnlegges. Ut fra datasettet i dette prosjektet kan det se ut som om skjerming representerer en litt annen demografi enn vi ser ved tvungent psykisk helsevern, ved at det er flere unge kvinner enn unge menn, og generelt flere kvinner som har skjermingsvedtak.

4.3.3 Diagnoser

De to største diagnosegruppene på vedtakstidspunktet er schizofrenidiagnoser (F2 i ICD-10 (14)) med 43,6 % og affektive lidelser (F3) med 35,8 %. Sammenligner man med Helsedirektoratets statistikk for tvungen innleggelse er dette de to største diagnosegruppene også her, med 56-60 % F2 og 12-15 % F3 i 2018 og 2019 (13). Selv om statistikken til Helsedirektoratet mangler diagnosegruppe hos ca. 20 %, vil det fremdeles utgjøre de to største

diagnosegruppene. Diagnosene vi ser mest av ved tvungen innleggelse ser vi altså også mest av ved bruk av skjerming.

I datasettet vårt er det ca. 20 % færre med schizofrenidiagnoser og ca. 20 % flere med affektive lidelser sammenlignet med Helsedirektoratets statistikk (13). Vi vet at menn står for flest innleggelser på tvungent psykisk helsevern, og dette datasettet med skjerming omfatter både frivillig og tvungen innleggelse. I tillegg står kvinner totalt for flest av vedtakene, og det var statistisk signifikant kjønnsforskjell mellom diagnose og kjønn. Kvinner sto for ca 70 % av de affektive lidelsene. Vi ser altså en forskjell i diagnoser fordi flere vedtak er blant kvinner i dette datasettet, og demografi blant skjerming varierer fra demografi ved tvungen innleggelse.

4.3.4 Begrunnelse for vedtak

99,8 % av vedtakene inneholder en begrunnelse, enten av behandlingsmessige grunner (50,8 %) eller av hensyn til andre pasienter (94,4 %). Sivilombudsmannens temarapport 2018 la mye vekt på at skjerming var en vanskelig blanding mellom tvang og behandling (17). Når det begrunnes i hensyn til andre, kan en tenke seg at det er et større element av tvang enn det som er nødvendig i behandlingen til den enkelte pasient som skjermes.

60,4 % ble skjermet grunnet pasientens psykiske tilstand, og 73 % grunnet utagerende atferd. Disse punktene fylles ut på en mal, og 9,4 % av vedtakene fulgte ikke denne malen. Av disse var 98 % fattet i perioden januar til mai 2018. Dette tyder på bedring i dokumentasjon for årsak, og at vi på starten ser en glidende overgang i retning av strengere krav til dokumentasjon og begrunnelse etter lovgivningen i 2017. I starten hang litt gammel praksis igjen, men etter hvert som ny praksis ble innført, med bruk av fast mal, har man blitt mer nøye med begrunnelse.

Det var en signifikant kjønnsforskjell i forhold til det å være skjermet av mindre inngripende karakter på rom, hvor det var flest kvinner, og det å være skjermet på skjermingsenhet, hvor det var flest menn. Dette kan være et uttrykk for at menn trenger mer aktiv skjerming enn kvinner, og at man trenger strengere rammer rundt menn. Det er usikkert hvor mye dette kan legges vekt på. Datasettet inneholder alle avdelingene ved Psykisk helse og rusklinikken ved UNN, og lokalene har i inklusjonsperioden hatt ulik utforming av skjermingsmuligheter.

Det er også en statistisk signifikant kjønnsforskjell når det kommer til rus, vi ser at flere menn har tilknyttet rus som en årsak til vedtaket («*sove ut rusen, kan komme ut når avruset*»). Dette gjaldt kun 36 av vedtakene, og en må huske at flere av de vedtakene kan stamme fra samme person. Tross lite datagrunnlag er det kjent at flere menn enn kvinner har en ruslidelse, de står for 80 % av tapte leveår og helsetap når det kommer til ruslidelser, slik at det ikke er usannsynlig at flere menn har rus som årsak til skjerming enn kvinner (15).

4.4 Nevnes plan for skjerming i vedtak eller et annet dokument?

4.4.1 Metodeevaluering

Før en kan oppsummere om vedtakene nevner plan for skjerming, er det viktig å diskutere litt rundt dette punktet. Det er et egendefinert punkt, slik at datasettet påvirkes av hvordan det har blitt definert. Dette var et ja/nei-spørsmål, og for å få «ja» var kravet at det skulle inneholde noen informasjon om *hva/hvordan/i hvilke* situasjoner skjermingen skal utføres. Det skulle gi noen informasjon til personale, men det ble ikke stilt ytterligere kvalitetskrav til en god eller lang og utfyllende plan. Det er derfor en veldig stor differens i de ulike «ja»-avkryssningene, noen hadde flere setninger med plan, både om når, i hvilke situasjoner, hvordan skjermingen skal utføres, antall personale pasient trenger på rom og i fellesmiljøet, mens andre kunne ha en liten setning med «*får gå ut når skiftet klær*», som ble godkjent fordi det var en plan for hvordan skjermingen skulle utføres. At flere av vedtakene har fått «ja», gjenspeiler altså ikke nødvendigvis lange gode planer. Punktet heter derfor «nevnes plan for skjerming», med vekt på *nevner*, ikke vekt på kvalitet i innhold.

4.4.2 Kjønn og tid

246 av vedtakene nevner plan for skjerming (49,2 %), som er rett under halvparten. Det var ca. 50/50 kvinner og menn for vedtak der plan for skjerming ble nevnt, og det var ingen signifikant kjønnsforskjell. Det var heller ingen signifikant sammenheng med årstid for skjerming. Det er altså ikke bekreftet at det er mindre nevning av plan for skjerming når det er minst personale på jobb og flere vikarer.

Det var heller ingen forskjell i at en større andel av vedtakene nevnte skjerming på slutten av 2019 sammenlignet med 2018, hvis man tenker på et mulig forbedringspotensial. Angående lovendring så å skal det understrekes at det ikke er lovpålagt å nevne en plan, og at dette punktet er egendefinert. Det kan likevel tenkes at det er hensiktsmessig for både pasient og

personale at det foreligger en plan i vedtaket/annet dokument, slik at personalet har en forståelse for hvordan tvangsvedtaket skal brukes.

Hvis vedtaket var forlenget fra tidligere var det flere som nevnte plan for skjerming enn ikke, dette var signifikant. Når data ble innsamlet ble det brukt maler, og det ble bemerket at pasienter som hadde flere forlengelser fikk kopiert plan for skjerming fra forrige vedtak. At flere vedtak som er forlenget har en plan kan også komme av at det har blitt diskutert rundt skjerming og behandlingsplan for den enkelte pasient, slik at når vedtak fattes så foreligger det en klar plan på hvorfor vedtaket forlenges og hvordan vedtaket skal brukes. Det var også flest vedtak som ble fattet på dagtid som nevnte en plan for skjerming (60 %), mulig grunnet behandlingsteamet til pasienten som går gjennom for å diskutere skjermingsvedtaket.

4.5 Behandlingsplan

4.5.1 Metodeevaluering

Som ved «nevnes plan for skjerming» er også behandlingsplan egendefinert, slik at det er viktig å diskutere hva dette punktet inneholder. Det ble stilt to krav; Behandlingsplan skulle være opprettet innen 3 døgn fra vedtak, og det skulle være noe informasjon om *plan* til skjermingen: situasjon, hva pasienten trenger eller når pasienten trenger det. Dette betyr at om behandlingsplanen i DIPS *kun* nevnte at det forelå et aktivt skjermingsvedtak, men ikke ga uttrykk for en plan, ble det ikke krysset av som «ja». Det betyr altså at noen av de avkryssete «nei» kan nevne skjerming i behandlingsplan, men likevel være «nei». Hvorfor det ble gjort på denne måten begrunnes i kvalitet, det var viktig å undersøke om behandlingsplanen faktisk uttrykker en *plan* for hva som skal gjøres med vedtaket, slik at den kan brukes i et behandlingsforløp. Ordet «skjerming» vil ikke tilføre noe til personalet eller til pasienten, det vil ikke påvirke behandlingen i en retning og det vil ikke gjøre at skjermingen, uavhengig av personale, utføres likt. Skjerming er et tvangsvedtak, og vi tenker det er rimelig at det stilles noen krav til en behandlingsplan.

En annen ting å legge merke til er at det ble satt en frist på 3 døgn for opprettelse av behandlingsplan. Det vil si at flere kan ha hatt en behandlingsplan, men hvis den ble laget på dag 4 er den ikke registrert i datasettet. Hvor raskt en behandlingsplan bør opprettes kan diskuteres, det er tidkrevende å lage en, og den skal gjerne lages i samsvar med andre. Det kan tenkes at en frist på 3 dager er litt i minste laget. Samtidig er skjerming et tvangsvedtak,

og personale som kommer på dag 2 eller 3 bør ha like god forutsetning for å behandle pasienten som på dag 4.

4.5.2 Diskusjon behandlingsplan

Sivilombudsmannens rapport kom med anbefalinger om at det utarbeides en behandlingsplan for skjerming, og at denne bør inneholde terapeutisk tilbud, aktivitet tilpasset pasienten og plan for å avslutte skjermingsvedtaket (17). I dette datasettet stilles det krav til innholdet i behandlingsplanen, noe som samsvarer med anbefalingene i rapporten. 48,4 % av vedtakene har behandlingsplan innen 3 døgn fra vedtak er fattet. Det vil si at 48,3 % av pasientene sikres kontinuitet i behandlingen, og får lik behandling uavhengig av personalet, noe vi vet er viktig for pasientene (24).

Det er vanskelig å sammenligne datasettet med data før lovendringen grunnet manglende data. I dette datasettet er det minimal forskjell mellom 2018 og 2019 med tanke på ytterligere forbedring etter lovendringen i 2017. Vi vet lite om effekt av skjerming, men vi vet at manglende kontinuitet og ulike krav og grensesetting ikke er til det beste for pasienten (24), noe som vil si at for pasientene er det kanskje viktig at det opprettes en behandlingsplan. Bør det vurderes å lovfeste behandlingsplan slik at alle pasientene får lik behandling uavhengig av personale? Bør det settes klarere retningslinjer for når behandlingsplanen skal lages og hva den skal inneholde, og ikke bare som en anbefaling? Hvem skal ha ansvaret for at denne blir laget?

4.5.3 Varighet innleggelse

Det var statistisk signifikans mellom behandlingsplan og varighet av innleggelse. Jo lengre pasienten var inne, jo større sannsynlighet for behandlingsplan, det samme gjelder hvis vedtaket var forlenget fra tidligere. Hvis vedtaket ble vedtatt for kort tid, 0-1 dager, var det mindre sannsynlighet for behandlingsplan med så lite som 6,9 % av vedtakene i denne gruppen. Alt dette tyder på at tidsaspekt er en faktor i å opprette en behandlingsplan, som igjen kan tyde på at det kanskje hadde vært flere «ja» om fristen hadde vært satt lengre enn tre dager.

4.6 Styrker og svakheter

4.6.1 Svakheter

Det var tidkrevende å samle inn data, og det ble derfor laget en cut-off på 500 vedtak. Det vil si at datasettet ikke inneholder 100 % av vedtakene i inklusjonsperioden. Selv om dekningsgraden er 80 % er dette likevel en svakhet ved oppgaven. Det er også en svakhet at det ble satt en tre dagers frist på behandlingsplan ja/nei, mulig kunne man fanget opp flere og fått et sterkere grunnlag til hva som gjør at man får en behandlingsplan eller ikke. Kanskje kunne man registret antall dager før behandlingsplan som et eget punkt.

Datasettet ser på vedtak etter lovgivningen i 2017, og ser på årene 2018 og 2019. Det kunne vært interessant å se på 2019 sammenlignet med for eksempel 2017, da kunne man fått et tydeligere sammenligningsgrunnlag. Kanskje hadde man sett *tydelig* forbedringspotensial etter lovendringen trådte i kraft. På noen punkter kunne vi se forbedring fra de første månedene i 2018, som tydet på en glidende overgang, men det hadde blitt enda tydeligere ved å sammenligne før og etter lovendringen.

Datasettet er også samlet inn på kun én institusjon, og teorien utdyper at det er geografiske forskjeller mellom de ulike sykehusene, og at helsepersonellens tolkning har innvirkning på bruk av skjerming. Det vil si at datagrunnlaget og funnene i denne oppgaven ikke nødvendigvis representerer skjerming i landet generelt, men kun skjerming ved denne klinikken.

4.6.2 Styrker

En av styrkene er en grundig gjennomgang av datasettet. Det ble først samlet inn i underkant av 100 vedtak før kodeveilederen ble endret ettersom vi fant ut hva som fungerte og hva som manglet av data. De 100 vedtakene ble så gjennomgått på nytt for kvalitetskontroll med de nye punktene. Når alle 500 vedtakene var samlet inn, ble det besluttet at punktet med behandlingsplan skulle deles opp i to spørsmål. Dette er en styrke av to grunner. Den første styrken er at det styrket datagrunnlaget angående behandlingsplan. Det stilte krav til at det skulle være opprettet en egen behandlingsplan, og ikke bare nevnes en plan for skjermingen i vedtaket/annet dokument.

Den andre styrken ved å dele spørsmålet i to er at de 500 vedtakene ble alle gjennomgått på nytt, og flere av punktene dobbeltsjekket for kvalitetskontroll. Dette ble utført i januar 2022,

fire måneder etter datainnsamlingen først var ferdig. At det ble gjennomgått så lenge sikret at man ikke så seg «blind» på de samme vedtakene, noe man kunne gjort hvis det hadde blitt kontrollert like etter innsamling.

5 Konklusjon

Etter lovendringen 1. september 2017 kan man i 2018 se en glidende overgang til strengere krav for dokumentasjon til hvorfor pasientene skjerms. Etter april 2018 har 99,8 % av vedtakene begrunnelse, som støtter opp om krav til dokumentasjon og synliggjøring i journal etter lovendringen. For vedtakene var det på vedtakstidspunkt signifikant kjønnsforskjell for alder, innleggelsesparagraf og diagnose. En større andel av vedtakene for kvinner ble fattet på de under 30 år, andel vedtak ved frivillig innleggelse var større for kvinner, og andel vedtak ved diagnose F30-39 Stemningslidelser var høyere for kvinner.

Omtrent $\frac{3}{4}$ av vedtakene hadde enten plan for skjerming i vedtak og/eller opprettet egen behandlingsplan for skjerming innen tre døgn etter vedtakstidspunkt, som tilsier at ved de fleste vedtakene diskuteres behandling før vedtak og/eller de første dagene av behandling. Det er ikke lovpålagt med en plan, men studier viser at faste rammer og rutiner er gunstig for pasientene, så at halvparten av pasientene får opprettet behandlingsplan innen tre døgn er positivt. En vil likevel kunne tenke seg at dette er et punkt for forbedring i fremtiden, slik at vi sikrer at alle pasienter underlagt tvangstiltak får lik behandling og like rammer uavhengig av skiftende personal gjennom døgnet.

Denne studien ser på et lite utvalg vedtak på én klinikk, og vi vet at skjermingspraksis kan variere ved ulike institusjoner. Det er dermed usikkert om de signifikante funnene er gjeldende kun ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF, eller om de kan representere skjerming på landsbasis. Det trengs mer forskning på bruk av skjerming på tvers av ulike klinikker, både når det gjelder faktisk behandlingseffekt av skjerming og praksisulikheter.

6 Referanser

1. W. Haugom E, Ruud T, Hynnekleiv T. Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: a qualitative study of the experiences of Norwegian mental health professionals. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):879-12.
2. Bremnes R, Skui H. Tvang i psykisk helsevern: Status etter lovendringene i 2017. Rapport IS-2888. Helsedirektoratet; 2020.
3. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-2019-06-21-48 (1999).
4. Sandsberg H-J. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Tidsskrift for den norske legeforening 2001;121:502-3.
5. Øvregard M-TDS, Lie AK. Kriterier for tvangsinnleggelse – endringer fra 1848 til i dag: Tidsskrift for Den norske legeforening; 2020 [oppdatert 30 mars 2020; hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2020/03/medisinsk-historie/kriterier-tvangsinnleggelse-endringer-fra-1848-til-i-dag>.
6. Aslak S. 1. Store endringer i psykisk helsevernloven. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2018(2-03):236-43.
7. Høie B. Styrket rettssikkerhet til pasienter ved skjerming. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2017;55(8):765.
8. Lindgren BM, Ringnér A, Molin J, Graneheim UH. Patients' experiences of isolation in psychiatric inpatient care: Insights from a meta - ethnographic study. Int J Ment Health Nurs. 2019;28(1):7-21.
9. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-2021-05-07-31 (2001).
10. Helsedirektoratet. § 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse [Nettdokument]. 2004 [oppdatert 01. januar 2018; hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse#d159f7e0-eb99-4c0b-9362-99b1c75f7d96>.
11. Lehn H, Skui H. Kontroll av tvangsbruk 2020 Rapport IS-3018. Helsedirektoratet 2021
12. Helsedirektoratet. Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet. Rapport IS-2807. Helsedirektoratet; 2019.

13. Helsedirektoratet. Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold 2017-2019 [hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/028e6f20-6846-46df-9f3b-7cf1e2c011d8?e=false&vo=viewonly>.
14. Komplette Blåbok ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser - Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer Direktoratet for e-helse Sosial- og helsedirektoratet, Gyldendal akademisk [hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11#Bl%C3%A5boka>.
15. Skogen JC. Rusbrukslidelser i Norge FHI 2014 [oppdatert 6 desember 2019; hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>.
16. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften), FOR-2017-05-11-562 (2011).
17. Skjerming i psykisk helsevern: Risiko for umenneskelig behandling [Temarapport 2018]. Sivilombudsmannen; [Tilgjengelig fra: https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf].
18. Birgitte K, Bremnes R, Mjøs M. Kontroll av tvangsbruk 2018. Rapport IS-2875. Helsedirektoratet; 2019.
19. Norvoll R, Ruud T, Hynnekleiv T. Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2015;135(1):35-9.
20. Gaulin G. Etterlyser mer bevissthet. Psykisk Helse. 2017 [hentet 20 desember 2021]. Tilgjengelig fra: <https://psykiskhelse.no/bladet/2017/reidun-norvoll>.
21. Fonn M. 1.De kaller det skjerming, men noen pasienter kommer ikke ut på mange uker 2018 22. juni [hentet 14. oktober 2021]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2018/06/de-kaller-det-skjerming-men-noen-pasienter-kommer-ikke-ut-pa-mange-uker>.
22. Helsedirektoratet. Tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern 2015-2018 [hentet 15. oktober 2020]. Tilgjengelig fra: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonly>.
23. Fonn M. De kaller det skjerming, men noen pasienter kommer ikke ut på mange uker: Sykepleien; 2018 [oppdatert 22 juni 2018; hentet 14. oktober 2020]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2018/06/de-kaller-det-skjerming-men-noen-pasienter-kommer-ikke-ut-pa-mange-uker>.
24. UKOM. Dødsfall på en akuttpsykiatrik sengepost: Risikoforhold ved skjerming Rapport 1-2020. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten 2020.

25. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;45(9):889-97.
26. Al-Maraira OA, Hayajneh FA. 1. Use of Restraint and Seclusion in Psychiatric Settings: A Literature Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2019;57(4):32-9.
27. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af tvang i psykiatrien - Opgørelse for perioden 1. januar - 31 december 2020 2021 [opdatert 29 november 2021; hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Psykiatri/Monitorering-af-tvang-20-21/Sundhedsstyrelsens-monitorering-af-tvang-i-psykiatrien-010620-300621.ashx?sc_lang=da&hash=E73FE063AA054DB9623B40692BBAB08B.

7 Tabeller

7.1 Tabell 1 - Kjønnsforskjeller for innlagte pasienter med skjermingsvedtak, fordelt på aldersgruppe, antall innleggelser med vedtak og antall vedtak

	Mann	Kvinne	Totalt	p-verdi (kjønn)
Antall pasienter	66 (46,8 %)	75 (53,2 %)	141	
Alder*				0,063
- 19 – 24 år	13	12	25 (17,7 %)	
- 25 – 29 år	2	9	11 (7,8 %)	
- 30 – 39 år	13	16	29 (20,6 %)	
- 40 – 49 år	15	8	23 (16,3 %)	
- 50 – 59 år	13	15	28 (19,9 %)	
- 60 – 69 år	3	11	14 (9,9 %)	
- 70 +	7	4	11 (7,8 %)	
Antall innleggelser med vedtak**				0,562
- 1 innleggelse	45	45	90 (63,8 %)	
- 2 innleggelser	13	17	30 (21,3 %)	
- 3 eller flere innleggelser	8	13	21 (14,9 %)	
Antall vedtak**				0,415
- 1 vedtak	29	25	54 (38,3 %)	
- 2 vedtak	8	16	24 (17,0 %)	
- 3 vedtak	11	9	20 (14,2 %)	
- 4 vedtak	7	8	15 (10,6 %)	
- (2 – 4 vedtak)	(26)	(33)	(59 (41,8 %))	
- 5 – 9 vedtak	8	9	17 (12,1 %)	
- 10 eller flere vedtak	3	8	11 (7,8 %)	

* Alder fylt i år 2018. ** I perioden 2018-2019

7.2 Tabell 2 - Varighet av skjermingsvedtak, beskrivelse av om vedtaket er forlenget, når på døgnet vedtak er fattet og på hvilken årstid, fordelt på menn og kvinner

Antall vedtak	Totalt n = 500	Total %	Mann n = 208	% av menn	% av variabel	Kvinne n = 292	% av kvinner	% av variabel	p-verdi (mot kjønn)
Varighet vedtak									0,777
- 0 – 1 dager	29	5,8 %	15	7,2 %	51,7 %	14	4,8 %	48,3 %	
- 2 – 5 dager	27	5,4 %	12	5,8 %	44,4 %	15	5,1 %	55,6 %	
- 6 – 9 dager	32	6,4 %	13	6,3 %	40,6 %	19	6,5 %	59,4 %	
- 10 – 13 dager	47	9,4 %	21	10,1 %	44,7 %	26	8,9 %	55,3 %	
- 14 dager	365	73 %	147	70,7 %	40,3 %	218	74,7 %	59,7 %	
Forlenget fra tidligere?*									0,535
- Nei	356	71,2 %	145	69,7 %	40,7 %	211	72,3 %	59,3 %	
- Ja	144	28,8 %	63	30,3 %	43,8 %	81	27,7 %	56,3 %	
- Varighet 14 dager**	(117)	81,3 %	(51)	81 %	43,6 %	(66)	81,5 %	45,8 %	
Tid på døgnet vedtak fattet									0,6
- Dag	243	48,6 %	98	47,1 %	40,3 %	145	49,7 %	59,7 %	
- Kveld	175	35 %	78	37,5 %	44,6 %	97	33,2 %	55,4 %	
- Nat	82	16,4 %	32	15,4 %	39 %	50	17,1 %	61 %	
Årstid for vedtak fattet									0,039
- Jan – april 2018	85	17 %	38	18,3 %	44,7 %	47	16,1 %	55,3 %	
- Mai – aug 2018	108	21,6 %	40	19,2 %	37 %	68	23,3 %	63 %	
- Sep – des 2018	97	19,4 %	39	18,8 %	40,2 %	58	19,9 %	59,8 %	
- Jan – april 2019	64	12,8 %	28	13,5 %	43,8 %	36	12,3 %	56,3 %	
- Mai – aug 2019	85	17 %	46	22,1 %	54,1 %	39	13,4 %	45,9 %	
- Sep – des 2019	61	12,2 %	17	8,2 %	27,9 %	44	15,1 %	72,1 %	
- Totalt 2018	290	58 %							
- Totalt 2019	210	42 %							

* Nytt vedtak for forrige ugdår, eller nytt vedtak samme dato som vedtak slutt **Totalt 42 pasienter, 19 pasienter fikk forlenget med 14 dager 1 gang, 16 pasienter 2-4 ganger, 4 pasienter 5-7 ganger og 3 pasienter over 8 ganger.

7.3 Tabell 3 – Alder ved vedtaksår, innleggingsparagraf, diagnose under innleggelse og varighet innleggelse, fordelt på menn og kvinner

Antall vedtak	Totalt n = 500	Total %	Mann n = 208	Exp.*	% av menn	% av variabel	Kvinne n = 292	Exp.*	% av kvinner	% av variabel	p-verdi
Alder ved vedtaksår											< 0,001
- 19 – 24 år	72	14,4 %	23	30	11,1 %	31,9 %	49	42	16,8 %	68,1 %	
- 25 – 29 år	48	9,6 %	16	20	7,7 %	33,3 %	32	28	11,0 %	66,7 %	
- 30 – 39 år	92	18,4 %	47	38,3	22,6 %	51,1 %	45	53,7	15,4 %	48,9 %	
- 40 – 49 år	75	15 %	55	31,2	26,4 %	73,3 %	20	43,8	6,8 %	26,7 %	
- 50 – 59 år	96	19,2 %	34	39,9	16,3 %	35,4 %	62	56,1	21,2 %	64,6 %	
- 60 – 69 år	60	12 %	12	25	5,8 %	20 %	48	35	16,4 %	80 %	
- Over 70 år	57	11,4 %	21	23,7	10,1 %	36,8 %	36	33,3	12,3 %	63,2 %	
Paragraf											0,036
- § 2-1	69	13,8 %	19	28,7	9,1 %	27,5 %	50	40,3	17,1 %	72,5 %	
- § 3-2	90	18 %	38	37,4	18,3 %	42 %	52	52,6	17,8 %	57,8 %	
- § 3-3	341	68,2 %	151	141,9	72,6 %	44,3 %	190	199,1	65,1 %	55,7 %	
Diagnose under innleggelse											<0,001
- F00 – F09	30	6 %	25	12,5	12 %	83,3 %	5	17,5	1,7 %	16,7 %	
- F10 – F19	20	4 %	13	8,3	6,3 %	65 %	7	11,7	2,4 %	35 %	
- F20 – F29	218	43,6 %	108	90,7	51,9 %	49,5 %	110	127,3	37,7 %	50,5 %	
- F20	(136)	27,2 %	(58)	56,6	27,9 %	42,6 %	(78)	79,4	26,7 %	57,4 %	
- F30 – F39	179	35,8 %	54	74,5	26 %	30,2 %	125	104,5	42,8 %	69,8 %	
- F31	(164)	32,8 %	(50)	68,2	24 %	30,5 %	(114)	95,8	39 %	69,5 %	
- F60 – F69	32	6,4 %	3	13,3	1,4 %	9,4 %	29	18,7	9,9 %	90,6 %	
- Annet	21	4,2 %	5	8,7	2,4 %	23,8 %	16	12,3	5,5 %	76,2 %	
Varighet innleggelse**											0,151
- 0 – 7 dager	62	12,4 %	20	25,8	9,6 %	32,3 %	42	36,2	14,4 %	67,7 %	
- 8 – 31 dager	106	21,2 %	42	44,1	20,2 %	39,6 %	64	61,9	21,9 %	60,4 %	
- 32 – 100 dager	194	38,8 %	78	80,7	37,5 %	40,2 %	116	113,3	39,7 %	59,8 %	
- 101 – 365 dager	106	21,2 %	50	44,1	47,2 %	24 %	56	61,9	19,2 %	52,8 %	
- Over 365 dager	32	6,4 %	18	13,3	56,3 %	56,3 %	14	18,7	4,8 %	43,7 %	

* Expected/Forventet tall ved lik kjønnsfordeling. ** I vedtaksperioden 01.01.2018-01.01.2020

7.4 Tabell 4 – Innleggelsesparagraf, aldersgruppe og kjønn

		19-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 +	Total	% kjønn
§ 2-1	Mann	2	2	6	7	0	2	19	9,1
	Kvinne	19	6	1	17	6	1	50	17,1
	Totalt	21	8	7	24	6	3	69	13,8
§ 3-2	Mann	11	9	7	5	1	5	38	18,3
	Kvinne	17	16	5	7	4	3	52	17,8
	Totalt	28	25	12	12	5	8	90	18
§ 3-3	Mann	26	36	42	22	11	14	151	72,6
	Kvinne	45	23	14	38	38	32	190	65,1
	Totalt	71	59	56	60	49	46	341	68,2
Total	Mann	39	47	55	34	12	21	208	41,6
	Kvinne	81	45	20	62	48	36	292	58,4
	Totalt	120	92	75	96	60	57	500	100

7.5 Tabell 5 – Begrunnelse for vedtak

	Total n = 500	Total %	Mann n = 208	Exp.	% menn	Kvinne n = 292	Exp.	% kvinner	p-verdi (kjønn)
Begrunnelse for vedtak - Avkrysning 1									
- Behandlingsmessige grunner	254	50,8 %	105	105,7	50,5 %	149	148,3	51 %	0,904
- Hensyn til andre pasienter	472	94,4 %	198	196,4	95,2 %	274	275,6	93,8 %	0,515
- Annet*	10	2 %	7	4,2	3,4 %	3	5,8	1 %	0,066**
- Ikke avkrysset	1	0,2 %	0	0,4	0 %	1	0,6	0,3 %	0,398
Begrunnelse for vedtak- Avkrysning 2									
- Mindre inngripende karakter på rom (1*)	374	74,8 %	138	155,6	66,3 %	236	218,4	80,8 %	<0,001
- Skjerming på skjermingsenhet (2*)	69	13,8 %	42	28,7	20,2 %	27	40,3	9,2 %	<0,001
- Motsetter seg skjerming (3*)	207	41,4 %	91	86,1	43,8 %	116	120,9	39,7 %	0,368
- Motsetter seg ikke skjerming 24 t (4*)	17	3,4 %	10	7,1	4,8 %	7	9,9	2,4 %	0,143
- Motsetter seg ikke skjerming 12 t (5*)	7	1,4 %	1	2,9	0,5 %	6	4,1	2,1 %	0,140**
- Ikke avkrysset	47	9,4 %	24	19,6	11,5 %	23	27,4	7,9 %	0,167
- Årstid ikke avkrysset:									
o Jan – april 2018	46	54,1 %	23			23			
o Mai – aug 2018									
o Sep – des 2018			1						
o Jan – april 2019									
o Mai – aug 2019									
o Sep – des 2019									
Skjerming på grunn av:									
- Pasientens psykiske tilstand	302	60,4 %	123	125,6	59,1 %	179	176,4	61,3 %	0,625
- Pasientens utagerende atferd	365	73 %	161	151,8	77,4 %	204	213,2	69,9 %	0,061
- Ikke avkrysset	47	9,4 %	23	19,6	11,1 %	24	27,4	8,2 %	0,284
- Årstid ikke avkrysset:									
o Jan – april 2018	46	54,1 %	23						
o Mai – aug 2018									
o Sep – des 2018									
o Jan – april 2019									
o Mai – aug 2019									
o Sep – des 2019						1			
Nevnes rus som årsak									
- Ja	36	7,2 %	25	15	12 %	11	21	3,8 %	<0,001

*Smitte, hygiene. **For lite grunnlag 1*) Skjerming av mindre inngripende karakter på rom. 2*) Skjerming på egen skjermingsenhet. 3*) Pasienten motsetter seg skjerming (4-3 annet ledd første punktum). 4*) Pasienten motsetter seg ikke skjerming av mindre inngripende karakter (4-3 annet ledd første punktum, 24 timer). 5*) Pasienten motsetter seg ikke skjerming av mindre inngripende karakter (4-3 annet ledd annet punktum, 12 timer)

7.6 Tabell 6 – Er det laget behandlingsplan?

Er det laget behandlingsplan?							
	Nei	% av variabel	Ja	% av variabel	Totalt	Totalt %	P-verdi
Totalt	258		242		500	100	
Kjønn							0,183
- Mann	100	48,1 %	108	51,9 %			
- Kvinne	158	54,1 %	134	45,9 %			
Årstid							0,142
- Jan – April 2018	36	42,40 %	49	57,60 %	85	17,00 %	
- Mai – August 2018	56	51,90 %	52	48,10 %	108	21,60 %	
- Sept – Des 2018	59	60,80 %	38	39,20 %	97	19,40 %	
- Jan – April 2019	28	43,80 %	36	56,30 %	64	12,80 %	
- Mai – August 2019	45	52,90 %	40	47,10 %	85	17,00 %	
- Sept – Des 2019	34	55,70 %	27	44,30 %	61	12,20 %	
Aldersgruppe							0,003
- 19 - 24 år	46	63,90 %	26	36,10 %	72	14,40 %	
- 25 - 29 år	21	43,80 %	27	56,30 %	48	9,60 %	
- 30 - 39 år	59	64,10 %	33	35,90 %	92	18,40 %	
- 40 - 49 år	28	37,30 %	47	62,70 %	75	15,00 %	
- 50 - 59 år	43	44,80 %	53	55,20 %	96	19,20 %	
- 60 - 69 år	30	50,00 %	30	50,00 %	60	12,00 %	
- Over 70 år	31	54,40 %	26	45,60 %	57	11,40 %	
Varighet innleggelse							< 0,001
- 0 - 7 dager	49	79,00 %	13	21,00 %	62	12,40 %	
- 8 - 31 dager	64	60,40 %	42	39,60 %	106	21,20 %	
- 32 - 100 dager	96	49,50 %	98	50,50 %	194	38,80 %	
- 101 - 365 dager	40	37,70 %	66	62,30 %	106	21,20 %	
- Over 365 dager	9	28,10 %	23	71,90 %	32	6,40 %	
Dager vedtak							< 0,001
- 0 - 1 dager	27	93,10 %	2	6,90 %	29	5,80 %	
- 2 - 5 dager	13	48,10 %	14	51,90 %	27	5,40 %	
- 6 - 9 dager	14	43,80 %	18	56,30 %	32	6,40 %	
- 10 - 13 dager	19	40,40 %	28	59,60 %	47	9,40 %	
- 14 dager	185	50,70 %	180	49,30 %	365	73,00 %	
Forlenget fra tidligere							< 0,001
- Nei	210	59,00 %	146	41,00 %	356	71,20 %	
- Ja	48	33,30 %	96	66,70 %	144	28,80 %	
Paragraf							< 0,001
- § 2-1	41	59,40 %	28	40,60 %	69	13,80 %	
- § 3.2	63	70,00 %	27	30,00 %	90	18,00 %	
- § 3-3	154	45,20 %	187	54,80 %	341	68,20 %	
Tid på døgnet							0,609
- Dag	121	49,80 %	122	50,20 %	243	48,60 %	
- Kveld	91	52,00 %	84	48,00 %	175	35,00 %	
- Natt	46	56,10 %	36	43,90 %	82	16,40 %	
Rus							0,026
- Nei	233	50,20 %	231	49,80 %	464	92,80 %	
- Ja	25	69,40 %	11	30,60 %	36	7,20 %	
Nevnes plan for skjerming?							< 0,001
- Nei	143	56,30 %	111	43,70 %	254	50,80 %	
- Ja	92	42,60 %	124	57,40 %	216	43,20 %	
- Annet dokument	23	76,70 %	7	23,30 %	30	6,00 %	

7.7 Tabell 7 - Oppgis det plan for skjerming i vedtak eller annet dokument

Nevnes plan for skjerming?							
Totalt	Nei n =254	% variabel	Ja N =246	% variabel	Totalt	% av vedtak	P-verdi
Kjønn							0,763
- Mann	104	50 %	104	50 %			
- Kvinne	150	51,4 %	142	48,6 %			
Årstid							0,37
- Jan – April 2018	37	43,50 %	48	56,50 %	85	17,00 %	
- Mai – August 2018	53	49,10 %	55	50,90 %	108	21,60 %	
- Sept – Des 2018	57	58,80 %	40	41,20 %	97	19,40 %	
- Jan – April 2019	35	54,70 %	29	45,30 %	64	12,80 %	
- Mai – August 2019	44	51,80 %	41	48,20 %	85	17,00 %	
- Sept – Des 2019	28	45,90 %	33	54,10 %	61	12,20 %	
Aldersgruppe							<0,001
- 19 - 24 år	43	59,70 %	29	40,30 %	72	14,40 %	
- 25 - 29 år	10	20,80 %	38	79,20 %	48	9,60 %	
- 30 - 39 år	57	62,00 %	35	38,00 %	92	18,40 %	
- 40 - 49 år	36	48,00 %	39	52,00 %	75	15,00 %	
- 50 - 59 år	57	59,40 %	39	40,60 %	96	19,20 %	
- 60 - 69 år	28	46,70 %	32	53,30 %	60	12,00 %	
- Over 70 år	23	40,40 %	34	59,60 %	57	11,40 %	
Varighet innleggelse							0,67
- 0 - 7 dager	34	54,80 %	28	45,20 %	62	12,40 %	
- 8 - 31 dager	58	54,70 %	48	43,50 %	106	21,20 %	
- 32 - 100 dager	89	50,50 %	96	49,50 %	185	38,80 %	
- 101 - 365 dager	48	45,30 %	58	54,70 %	106	21,20 %	
- Over 365 dager	16	50,00 %	16	50,00 %	32	6,40 %	
Dager vedtak							0,151
- 0 - 1 dager	14	48,30 %	15	51,70 %	29	5,80 %	
- 2 - 5 dager	15	55,60 %	12	44,40 %	27	5,40 %	
- 6 - 9 dager	16	50,00 %	16	50,00 %	32	6,40 %	
- 10 - 13 dager	32	68,10 %	15	31,90 %	47	9,40 %	
- 14 dager	177	48,50 %	188	51,50 %	365	73,00 %	
Forlenget fra tidligere							0,005
- Nei	195	54,80 %	161	45,20 %	356	71,20 %	
- Ja	59	41,00 %	85	59,00 %	144	28,80 %	
Paragraf							0,469
- § 2-1	34	49,30 %	35	50,70 %	69	13,80 %	
- § 3.2	51	56,70 %	39	43,30 %	90	18,00 %	
- § 3-3	169	49,60 %	172	50,40 %	341	68,20 %	
Tid på døgnet							<0,001
- Dag	101	41,60 %	142	58,40 %	243	48,60 %	
- Kveld	104	59,40 %	71	40,60 %	175	35,00 %	
- Natt	49	59,80 %	33	40,20 %	82	16,40 %	
Rus							0,554
- Nei	234	50,40 %	230	49,60 %	464	92,80 %	
- Ja	20	55,60 %	16	44,40 %	36	7,2	

8 Vedlegg

8.1 Veilederavtale



Vedlegg 1: VEILEDNINGSKONTRAKT FOR MASTEROPPGAVE MEDISIN

VED DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

Kontrakten leveres Enhet for legeutdanning, Det helsevitenskapelige fakultet.

1 STUDENTENS PERSONALIA

Etternavn: ~~Lisa~~ Sørensen
Fornavn: Lisa
Studieadresse: Conrad Holmboes Veg 31
Postnummer/-sted: 9011 Tromsø
Telefon: 466 98 935

2 AVTALEPERIODE

Avtalen gjelder fra 01.09.2020 til 10.06.2022

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 kontraksperioden, skal studenten informeres om dette når prosjektbeskrivelsen utarbeides. Veileder er i samarbeid med enheten ansvarlig for å sikre studenten veiledning i hele kontraksperioden.

Veileders navn og institutt: Anne Høye, IKM psykiatri
Biveileders navn og institutt: Henriette Riley, IHO paramedisin
Veileder skal ha forskningstermin i perioden: Nei.

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 Bruk av skjerming ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF

5 RESSURSBRUK

Enhet prosjektet skal utføres ved: Psykisk helse- og rusklinikken UNN HF
Samarbeidspartnere av teknisk eller vitenskapelig art: Ingen

6 ENDRINGER/BRUDD PÅ KONTRAKTEN

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

Brudd på kontrakten skal behandles av Enhet for legeutdanning.

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: Tromsø 22.10.2020

Veileder: Anne Høye

Biveileder: Henriette Riley

Student: Lisa Sørensen

8.2 Kodeveileder

Kodeveileder for Lisa

Kodeveiledningen gir instruksjoner om hvorledes de ulike spørsmålene skal forstås og kodes. Parallelt med registreringen skal det skrives under feltet, «kommentarer» for å fange opp eventuelle problemer som oppstår og hvordan man har valgt å kode i tilstiltfeller.

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.

Løpenummer-ID pasient:

Hver pasient får *ett* ID-nummer. Løpenummer-ID for pasient genereres på bakgrunn av kodeliste der person-ID i DIPS (personnummer) er koblet med løpenummer-ID. Kodeliste med personnummer (kolonne 1) og egenlaget løpenummer-ID (kolonne 2) oppbevares på sikkert område på forskningsserver (O:).

Dette betyr at det kan være flere vedtak på samme løpenummer-ID. Ved flere vedtak på samme pasient skal altså pasienten ha samme løpenummer-ID, men ulikt vedtaksnummer i REDCap.

Fødselsår:

Årstall for fødselsår. Finnes som siffer **0**, 5 og 6 i personnummeret.

Kjønn:

- Kvinne
- Mann

Vedtaksnummer:

Nummer på vedtak etter hvert som de registreres inn, ett nummer pr vedtak.

Inndato for innleggelsen:

Inndato for den innleggelsen der vedtaket ble fattet. Finnes i epikrisen.

Utdato for innleggelsen:

Utdato for den innleggelsen der vedtaket ble fattet. Finnes også i epikrisen. Utdato t.o.m. 31.12.19 registreres, hvis pasienten fortsatt er innlagt når inklusjonstiden er avsluttet skrives 01.01.20.

Mottatt på:

Paragraf på tidspunkt ved vedtaksdato. Avkrysning for:

- §2-1
- §3-2
- §3-3

Diagnose

Finnes i epikrise. Hvis pasienten fortsatt er innlagt kan evt tidligere innleggelses sjekkes, eller diagnose kan stå som missing (registrert som 99).

Diagnose registreres som F med to nummer (for eksempel F20).

Dato for skjermingsvedtak:

Dato for vedtak finnes i vedtaksmodulen.

Dato avslutning skjerming:

Dato for skjermingsavslutning finnes i vedtaket, beregnes ut fra beskrivelse av varighet.

Tid på døgnet for vedtak:

Beregnes ut fra tidspunkt for vedtak, dette finnes i vedtaksmodulen. Registreres ut fra vakter

- Dag (08-15)
- Kveld (15- 23)
- Natt (23 – 08)

Begrunnelse for vedtak – Avkrysning 1

Begrunnelse for vedtak om skjerming finnes i vedtaket. Kan ha flere avkryssninger.

- Behandlingsmessige grunner
- Hensyn til andre pasienter
- Annet
- Ikke avkrysset

Begrunnelse for vedtak – Avkrysning 2

Finnes i vedtaket. Kan ha flere avkryssninger.

- Skjerming av mindre inngripende karakter på rom.
- Skjerming på egen skjermingsenhet.
- Pasienten motsetter seg skjerming (§ 4-3 annet ledd første punktum).
- Pasienten motsetter seg ikke skjerming av mindre inngripende karakter (§ 4-3 annet ledd første punktum, 24 timer).
- Pasienten motsetter seg ikke skjerming av mindre inngripende karakter (§ 4-3 annet ledd annet punktum, 12 timer)
- Ikke avkrysset

Rus

Beskrivelse av rus som begrunnelse for vedtak finnes i vedtaket.

- Ja
- Nei

Fattes plan for skjerming i behandlingsplanen:

Informasjon finnes i pasientens behandlingsplan. Behandlingsplan skal si noe om når/hvordan/hvilke situasjoner skjermingen skal foregå, og skal maks være opprettet 3 dager etter vedtakstidspunkt for å krysse ja. Ved manglende skjermingsplan kodes nei.

- Ja
- Nei

Nevnes plan for skjerming i vedtak, evt annet dokument?

Hvis det beskrives noe om når/hvordan/hvilke situasjoner skjermingen skal foregå i vedtaket krysses ja. Hvis ikke se gjennom innkomst og andre journalnotater for å se om plan for skjerming nevnes og kryss evt annet dokument. Ved manglende plan krysses nei.

- Ja
- Nei
- Annet dokument

Kommentarer til hver registrering:

Fylles bare ut der det er strengt nødvendig.

8.3 REDCap registrerings skjema

Registrerings skjema

Adding new Record ID 501.

Record ID	501
1. Pasient ID (samme hele veien for hvert vedtak): <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
2. Fødselsår: <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
3. Kjønn: <small>* must provide value</small>	<input type="radio"/> Mann <input type="radio"/> Kvinne <small>reset</small>
4. Innleggelse	
Inn dato:	<input type="text"/> Today D-M-Y
Ut dato:	<input type="text"/> Today D-M-Y
5. Paragraf på vedtakstidspunktet: <small>* must provide value</small>	<input type="radio"/> § 2-1 <input type="radio"/> § 3-2 <input type="radio"/> § 3-3 <small>reset</small>
6. Diagnose (F + 2-sifret, ICD-10): <small>* must provide value</small>	<input type="text"/> <small>F + 2-sifret</small>
7. Vedtaksdato skjerming: <small>* must provide value</small>	<input type="text"/> Today D-M-Y
8. Dato avslutning skjerming: <small>* must provide value</small>	<input type="text"/> Today D-M-Y
9. Tid på døgnet vedtak fattet: <small>* must provide value</small>	<input type="radio"/> Dag <input type="radio"/> Kveld <input type="radio"/> Natt <small>reset</small>
10. Begrunnelse for vedtak (kan være flere): <small>* must provide value</small>	<input type="checkbox"/> Behandlingsmessige grunner <input type="checkbox"/> Hensyn til andre pasienter <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Ikke dokumentert
11. Rus: <small>* must provide value</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <small>reset</small>
12. Fattet egen plan for skjerming i behandlingsplan: <small>* must provide value</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <small>reset</small>
13. Begrunnelse for vedtak	<input type="checkbox"/> Skjerming av mindre inngripende karakter på rom <input type="checkbox"/> Skjerming på egen skjermingsenhet <input type="checkbox"/> Pasienten motsetter seg skjerming (4-3 annet ledd første punktum) <input type="checkbox"/> Pasienten motsetter seg ikke skjerming av mindre inngripende karakter (4-3 annet ledd første punktum, 24 timer) <input type="checkbox"/> Pasienten motsetter seg ikke skjerming av mindre inngripende karakter (4-3 annet ledd annet punktum, 12 timer) <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt
14. Skjerming på bakgrunn av:	<input type="checkbox"/> Pasientens psykiske tilstand <input type="checkbox"/> Pasientens utagerende atferd <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt
15. Nevnes plan i vedtak for skjerming, evt annet dokument?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Annet dokument <small>reset</small>
Form Status	
Complete?	<input type="text" value="Incomplete"/>
<input type="button" value="Save & Exit Form"/> <input type="button" value="Save & Stay"/>	
<input type="button" value="- Cancel -"/>	