



Det helsevitenskapelige fakultet

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

Åshild Nordbotten

Masteroppgave ved profesjonsutdanningen i medisin, MED-3950 – august 2020

Hovedveileder: Anne Høye

Biveileder: Henriette Riley



Forord

Psykatri er et fagfelt jeg tidlig fattet interesse for på studiet. Når tema for masteroppgaven skulle velges var psykiatri derfor et naturlig valg, både fordi det interesserer meg, men også fordi jeg ønsket meg et større innblikk i fagfeltet enn hva medisinstudiet har gitt meg. Jeg kontaktet derfor min hovedveileder, Anne Høye, høsten 2018 hvor vi sammen ble enige om tema for denne oppgaven. Samme høst ble prosjektplanen utarbeidet, før arbeidet med datainnsamling ble utført store deler av sommeren 2019. Selve oppgaveskrivingen ble gjennomført våren og sommeren 2020, da med jevnlige møter med veiledere, både fysisk og over skype.

Jeg ønsker først og fremst å rette en stor takk til min hovedveileder Anne Høye og min biveileder Henriette Riley for svært god hjelp og støtte gjennom hele prosessen. Deres veiledning, kunnskap, raske svar på mail og gode diskusjoner har vært uvurderlig. Jeg ønsker også å rette en takk til Lisbeth Mørch for hjelp til datainnsamling og Inger Sperstad for hjelp til utarbeiding av REDCap-skjema. Videre går en spesiell takk til statistiker og venninne, Karine H. Foss, for helt nødvendig og uvurderlig hjelp med SPSS, analyser og tolkning av resultater. En takk går også til Marlene Mellum for uvurderlig støtte gjennom skriveperioden.

14. august 2020

Åshild Nordbotten

Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Regulering av tvungent psykisk helsevern i Norge.....	2
1.2 Vedtak om tvangsmiddelbruk i Norge.....	6
1.2.1 Vedtak om tvangsmiddelbruk i Helse Nord.....	8
1.3 Sivilombudsmannens rapport	9
1.4 Studiens relevans	10
1.5 Formål med studien	11
2 Materiale og metode.....	12
2.1 Studiedesign	12
2.2 Inklusjon	12
2.2.1 Eksklusjon	12
2.3 Datainnsamling.....	12
2.4 Dataregistrering i REDCap	13
2.5 Analyse	15
2.6 Rapportskrivning	16
2.7 Formelle godkjenninger	16
3 Resultater	17
3.1 Pasienter med vedtak.....	17
3.2 Vedtak i hele perioden	17
3.3 Vedtak før og etter Sivilombudsmannens rapport.....	18
3.4 Kjønnforskjeller.....	19
3.5 Aldersforskjeller	20
4 Diskusjon	21
4.1 Vedtak før og etter Sivilombudsmannens rapport.....	21
4.2 Kjønnforskjeller i begge perioder	24
4.3 Aldersforskjeller i begge perioder	25
4.4 Metodediskusjon.....	26
5 Konklusjon	28
6 Referanseliste.....	29
7 Tabeller.....	31
7.1 Tabell 1	31
7.2 Tabell 2	31
7.3 Tabell 3	32

7.4 Tabell 4	33
7.5 Tabell 5	33
7.6 Tabell 6	33
8. Veilederkontrakt.....	34
9. Sammendrag av kunnskapsevalueringer av nøkkelartikler.....	36
Vedlegg.....	40
Kodeveileder.....	40
REDCap-skjema.....	42

Sammendrag

Innledning: Pasienter innlagt i psykisk helsevern kan, på gitte juridiske vilkår, unntas det grunnleggende prinsippet om at all behandling og tiltak skal være frivillig. Dette setter strenge krav til dem som utfører helsetjenestene, og da også til kontroll av bruk av tvang. I 2016 kom det en kritisk rapport fra Sivilombudsmannen om bruk av tvang ved Psykisk Helse- og rusklinikken, UNN HF. Det ble i etterkant satt i gang flere tiltak i klinikken. Målet med denne studien er å undersøke eventuelle forskjeller i bruk av tvangsmidler mellom to ulike registreringsperioder, hhv. før og etter Sivilombudsmannens rapport, samt å kartlegge bruken av tvangsmidler ved PHRK, UNN HF.

Materiale og metode: En kvantitativ retrospektiv case-registerstudie av alle tvangsmiddelvedtak i henhold til §4-8 i Lov om psykisk helsevern fatta ved Psykisk helse- og rusklinikken ved UNN i periodene 01.01.16-30.06.16 og 01.01.18-30.06.18. Data er samlet inn ved gjennomgang av pasienters elektroniske helsejournal, med utgangspunkt i tvangsmiddelvedtak i periodene. Det er brukt kji-kvadrattest for analyser.

Resultater: Det er en signifikant forskjell i det totale antall tvangsmiddelvedtak i perioden fra 2016 (n=218) og i perioden fra 2018 (n=286). Det ses særlig en økning i bruk av mekaniske tvangsmiddel fra 2016 (n=42) til 2018 (n=99). Det er også signifikant forskjell i tvangsmiddelvedtak for kvinner (n=326) og menn (n=178) i begge periodene samlet. Forskjellene mellom kjønn er signifikante på samtlige tvangsmiddelvedtak, med unntak av isolasjon.

Konklusjon: Sivilombudsmannens rapport og tiltakene iverksatt i etterkant har ikke ført til en reduksjon av antall vedtak med tvangsmiddel ved PHRK, UNN HF. Årsaken til dette er sannsynligvis sammensatt, her kreves mer forskning. Det ses store kjønnsforskjeller i bruk av tvangsmiddel. Dette kan være et godt utgangspunkt for målrettede tiltak for reduksjon av tvangsmiddelbruk.

Nøkkelord: Psykiatri, tvangsmiddel, Sivilombudsmannens rapport, psykisk helsevernloven, kjønnsforskjeller.

1 Innledning

Tvungent psykisk helsevern er et omdiskutert tema, både i Norge og internasjonalt (1). Tvungent psykisk helsevern bryter med grunnprinsippet om at all behandling og undersøkelse skal være frivillig (2), i tillegg er autonomi og medbestemmelse forankret i pasient- og brukerrettighetsloven i Norge (3). I dag har nesten alle europeiske land lovgivning både for innleggelse mot pasientens vilje og for bruk av tvang når pasienten får behandling innenfor det psykiske helsevernet (1). Historisk sett har de etisk problematiske sidene av tvang i psykisk helsevern blitt forsvart med «velgjørenhetsprinsippet», som innebærer at man skal redde liv og lindre lidelse (4), hvorpå det anses å være i pasientens interesser og til en klar fordel for pasienten når det tas en beslutning om å bruke tvang innenfor psykisk helsevern (5).

I Norge blir bruken av tvang regulert i «*Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven (phvl))*» (6). Loven ble vedtatt i 1999 og trådte i kraft i 2001, og har siden da vært gjenstand for endring opptil flere ganger, sist 10. februar 2017. Da ble samtykkekompetanse, eller mangel på dette, innført som krav for å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Denne endringen hadde som målsetting å bedre rettsikkerhet og selvbestemmelse for pasienten, og endringen trådte i kraft 1. september 2017 (7). I 2019 leverte Østenstad-utvalget med NOU 2019:14 sitt forslag til en felles lov for all bruk av tvang i helse- og sosialsektoren (8). Høringsrunden ble avsluttet i desember 2019, og forslaget har møtt massiv kritikk. Det er per i dag uklart hvilke endringer dette forslaget eventuelt vil innebære.

Lovendringen fra 2017 og forslaget til ny lov fra 2019 gjenspeiler at man de siste tiårene har sett en økt oppmerksomhet nasjonalt og internasjonalt rettet mot tiltak som reduserer bruken av tvang, samt økt fokus på å finne alternative metoder for å hjelpe pasientene (1). Dette gjelder både generell bruk av tvang, men også tvangsmidler mer spesifikt (9). Eksempelvis foreslår Østenstad-utvalget å avvikle bruken av mekaniske tvangsmidler innen tre år (8).

Til tross for dette har man i Norge sett en generell økning av både antall vedtak om tvangsmiddelbruk og antall pasienter tvangsmiddel er brukt på fra 2001 til 2017 (1, 10). En mulig forklaring på dette kan være få studier, som også er av dårlig kvalitet, gjort på intervensjon og effekt av tiltak for reduksjon av tvangsbruk (5, 11). Det er også beskrevet stor usikkerhet rundt datamaterialet på bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern (10).

Sammenligning av internasjonale data for tvangsmiddelbruk er også vanskelig, fordi det er betydelige definisjonsforskjeller fra land til land, forskjell på hvilke typer tvangsmidler som blir brukt, samt at det varierer mellom jurisdiksjonene (1). «Jurisdiksjonene» er en betegnelse på myndighetenes grunnlag for å utøve tvang i sitt territorium og på sine statsborgere (12). For eksempel er det i Danmark ikke lov å isolere pasienter, i England er det ikke lov å bruke mekaniske tvangsmidler som beltelegging, mens i Norge kan man bruke begge deler (phvl §4-8) (1, 6). Ulike lovgrunnlag, praktisk gjennomføring og ulik kultur gjør derfor sammenligning mellom ulike jurisdiksjoner vanskelig (1).

1.1 Regulering av tvungent psykisk helsevern i Norge

Psykisk helsevernloven regulerer undersøkelse, etablering og behandling innenfor det psykiske helsevernet, og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. Formålet med loven er å forebygge og begrense bruken av tvang, sikre forsvarlighet i tjenestene og at pasientens verdighet, rettssikkerhet og menneskeverd blir bevart ved gjennomføring av psykisk helsevern. I tillegg skal loven sikre at pasientens rett til selvbestemmelse bevares så langt det lar seg gjøre (6). Vedtak om tvang kan bare fattes av psykiater eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning (phvl §1-4) (6). Nært alle vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner som skal sikre at den enkelte pasients rettssikkerhet blir ivaretatt, og at pasient og nærmeste pårørende har mulighet til å klage på vedtak om tvang til kontrollkommisjonen (6). Unntaket er klage på vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke, som skal behandles av Fylkesmannen (6).

Psykisk helsevernloven kapittel 1 – 4 regulerer tre hovedområder for formell tvang; tvungent psykisk helsevern (phvl §3-3), vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (phvl §4-4) og tvangsmiddelbruk (phvl §4-8) (6). Min studie omfatter sistnevnte; tvangsmiddelbruk (phvl §4-8). De andre områdene omtales kun kort nedenfor.

1.1.1 Vilkår for etablering av tvunget psykisk helsevern (phvl. §3-3)

Vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvunget psykisk helsevern forutsetter at pasienten ikke har samtykket til behandling, undersøkelse, pleie eller omsorg (phvl §1-2). Pasienten skal ha en alvorlig sinnslidelse, og i tillegg skal frivillige tiltak være prøvd eller det skal være åpenbart formålsløst å forsøke dette (phvl §3-3) (1, 6). Pasienten skal også være undersøkt av to uavhengige leger, ha fått uttale seg om egne ønsker og tidligere opplevelser med tvangsbruk, og pasienten skal mangle samtykkekompetanse. Kravet om samtykkekompetanse gjelder ikke om det er nærliggende fare for eget liv, eller andres liv og helse (6). Minst hver tredje måned skal det vurderes om kravene for tvunget psykisk helsevern fortsatt er oppfylt, og hvert år må kontrollkommisjonen i tillegg godkjenne at vedtaket forlenges (7). Dersom man er usikker på om vilkårene for bruk av tvang er oppfylt kan pasienten underlegges tvungen observasjon inntil 10 dager (phvl §3-2) (6). Tvunget psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon der dette er et bedre alternativ for pasienten. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) kan kun omfatte pålegg om frammøte til behandling og kun skje under ansvar av en godkjent institusjon for den aktuelle behandlingsformen (6).

1.1.2 Vilkår for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (phvl. §4-4)

En pasient som er underlagt tvunget psykisk helsevern kan ikke behandles uten eget samtykke uten at det er fattet et eget vedtak om behandling i samsvar med phvl §4-4 (7). Her er det også krav om at pasienten ikke er samtykkekompetent, med mindre det er nærliggende fare for eget liv, eller andres liv og helse (6). Behandling uten eget samtykke kan blant annet inkludere medikamentell behandling, samtaleterapi og gruppetiltak, og skal være i overensstemmelse med faglig anerkjente metoder og forsvarlig klinisk praksis (7). Det skal ikke gjennomføres behandling som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, med unntak av ernæring hos pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, og bruk av legemidler. Det betyr at tvungen ECT og inngripende grensesettende tiltak ikke er mulig å hjemle etter denne paragrafen. Behandlingen må gis for den aktuelle alvorlige sinnslidelsen til pasienten (7). I klinisk praksis i psykisk helsevern for voksne, innebærer vedtak etter phvl § 4-4 som oftest medikamentell behandling.

1.1.3 Bruk av tvangsmidler i institusjon med døgnopphold (phvl. §4-8)

Dersom det oppstår akutte situasjoner under døgnbehandling åpner psykisk helsevernloven for bruk av ulike tvangsmidler. Dette er hjemlet i en egen paragraf, phvl §4-8. Vedtak etter phvl §4-8 kan kun fattes i institusjon som er godkjent for bruk av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Unntaksvis kan det benyttes ved andre institusjoner, men det skal da vurderes om pasienten bør overføres til opphold i godkjent institusjon. Tvangsmidler kan både brukes på pasienter som er innlagt frivillig og på pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, da formålet med loven er å gi hjemmel for tiltak som kan benyttes i nødrettslignende situasjoner, i den hensikt å avverge en akutt situasjon (7).

Det finnes fire typer tvangsmidler (phvl §4-8) (6):

- a) mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder beltelegging og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.*
- b) kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale tilstede.*
- c) enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.*
- d) kortvarig fastholding.*

Tvangsmidlene nevnt i punkt a) om mekaniske tvangsmidler er eksempler, og ikke uttømmende (7).

For punkt a) skal tvangsmiddel brukt i åtte timer sammenhengende, så langt det går, løses opp, eller det skal sørges for at pasienten gis friere forpleining, for eksempel får på belteforlengere eller endre fra fem til tre punkts fiksering. Dersom det ikke er mulig å løse opp pasienten fra belter eller å gi friere forpleining etter åtte timer skal dette begrunnes skriftlig i journalen (7).

For punkt b) gjelder all form for fysisk lukking av dør hvor pasienten blir stengt inne uten personale tilstede, dette gjelder også dersom døren står på gløtt uten at pasienten har mulighet til å forlate rommet. Hver andre time skal man prøve mindre inngripende tiltak før

man har lov å starte en ny periode med isolasjon. Verken mekaniske tvangsmiddel eller isolasjon kan brukes på barn under 16 år (7).

Punkt c) innebærer kun bruk av medikamenter for å dempe akutt uro, og åpner ikke opp for bruk av langtidsvirkende medikament. Legemidler med depotvirkning kan derfor ikke brukes med mindre man anser det som sannsynlig at den akutte tilstanden til pasienten vil vare like lenge som virkningen til medikamentet (7). Dette, samt at tvangsmiddel ikke skal brukes som behandling, skiller phvl §4-8 c) fra phvl §4-4 om behandling uten eget samtykke.

Vedtak om fastholding, punkt d), skal fattes der formålet er skadeavverging, pasienten motsetter seg fastholdingen, eller hvis fastholdingen er svært inngripende for pasienten. Situasjoner hvor fastholdingen er lite inngripende, pasienten ikke motsetter seg fastholdingen, eller hvor formålet er omsorg og grensesetting er ikke inkludert i denne bestemmelsen (7).

Alle former for tvangsmidler skal alltid brukes kortvarig, skånsomt og så omsorgsfullt som mulig, og ser man at behovet for tvang ikke lenger er gjeldende, ikke har de forutsatte virkningene eller har uforutsette negative konsekvenser, skal man straks avslutte bruken (7).

1.1.4 Skjerming (phvl. §4-3)

I tillegg til tvangsmidlene som nevnt over, er det en egen paragraf som regulerer skjerming (phvl §4-3) (6), da skjerming ikke defineres som et tvangsmiddel (1). Ved bruk av skjerming holdes pasienten borte fra medpasienter, men i motsetning til isolasjon vil det være personale tilstede (1). Hovedregelen er at man skal fatte vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 24 timer. Er derimot skjermingen svært inngripende eller pasienten motsetter seg skjerming, skal det fattes vedtak etter hhv. 12 timer og før tiltaket iverksettes (7).

1.1.5 Vedtak om bruk av tvangsmidler i institusjon med døgnopphold (phvl §4-8).

Før tvangsmidler kan anvendes skal alle mer skånsomme midler være forsøkt uten at de har hatt tilstrekkelig effekt. I tillegg skal det være fare for at pasienten skader seg selv eller andre, eller gjør betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting (6). Det betyr

også at alminnelig uro, trusler eller lignende ikke oppfyller vilkårene for bruk av tvangsmiddel. Tvangsmidler skal heller aldri brukes som straff, i forebyggende hensikt eller som behandling (7). I tilfeller hvor pasienten samtykker til bruk av tvangsmidler, eller uttrykker et ønske om bruk av tvangsmidler, er vilkårene i phvl ikke oppfylt og tvangsmidler kan således ikke brukes i slike situasjoner (7).

Alle vedtak skal fattes av den faglige ansvarlige, og vedtakene skal nedtegnes umiddelbart (6). Et unntak fra dette er om faglig ansvarlig ikke er tilgjengelig når behovet for bruk av tvangsmiddel oppstår (7). Da har tilstedeværende ansvarshavende personell, eks. lege, avdelingssykepleier eller psykolog, mulighet til å fatte vedtak om mekaniske tvangsmidler, isolering eller fastholding. Bare lege har lov å beslutte bruk av legemidler. All bruk av tvang skal journalføres, uavhengig av hvem som har iverksatt bruken eller om det ikke kan fattes vedtak grunnet ulovlig bruk av tvangsmiddel (7).

Dersom tvangsbruken skjer hyppig må man gjøre en vurdering av om det trengs nye vedtak for hver gang et tvangsmiddel tas i bruk eller ikke (7). Denne vurderingen skal gjøres på bakgrunn av om det er en «ny episode» hvor vilkårene i phvl §4-8 igjen er oppfylt, om det er et kontinuerlig forløp av en akutt situasjon, eller om det bare er et midlertidig opphold av tvangsbruken for å f.eks. gå på toalettet. Dersom tiltaket anses som opphørt må det fattes nytt vedtak hvor vilkårene igjen må være oppfylt for bruken av tvangsmidler (7). Alle vedtak som fattes kan påklages til kontrollkommisjonen av både pasient og nærmeste pårørende (6, 7). Pasient skal, i den grad det er mulig, alltid få uttale seg før et vedtak treffes (6, 7). Særlig pasientens tidligere opplevelse med bruk av tvang skal vektlegges når det vurderes å gjøre vedtak (7).

1.2 Vedtak om tvangsmiddelbruk i Norge

I Norge har både antall tvangsinnleggelses (i hht. phvl §3-3 og §3-2) og antall personer som blir tvangsinnlagt holdt seg stabilt høyt de siste 12 årene, og varigheten av vedtakene har vært tilsvarende stabil (1, 13). Dette til tross for flere tiltak for å redusere tvang og øke frivillighet innen psykisk helsevern (1, 14). Bruken av tvangsmidler (phvl §4-8) har derimot økt fra 2001 til 2018 (1, 10, 14), men det er stor usikkerhet knyttet til registrering av tallene, spesielt før 2015 (14). For tvangsbehandling i hht. §4-4 i phvl er det også stor usikkerhet

knyttet til tallene, også etter 2015 (10). Man har også sett at det er forskjell i omfanget av tvangsbruk ulike steder i Norge og etter hvilken institusjon pasientene er innlagt i. Disse forskjellene kan ikke forklares fullt ut fra pasientgrunnet (2).

Det er historisk sett knyttet usikkerhet til tallene for bruk av både tvangsinnleggelse og tvangsmiddelbruk (14). En årsak kan være at det er vanskelig å definere tvang, og dermed å måle tvang (15). I epidemiologisk sammenheng har det vært vanligst å måle omfanget av tvangsbruk i antall tvangsinnleggelse, men hendelser pasienter kan oppleve som tvang inkluderer også bl.a. krenkelse, grensesetting og overtalelsesstrategier. Dette går utover observerbare handlinger og formelle vedtak (1). En annen årsak er manglende registrering og systemtekniske utfordringer (14). I en rapport fra Helsedirektoratet i år antas det likevel at tallene fra og med 2015 skal være relativt komplette for tvangsinnleggelse og tvangsmiddelbruk (14).

Tall fra Norsk Pasientregister (NPR) viser at det var 8076 tvangsinnleggelse fordelt på 5707 pasienter i 2018 (13, 16). Av disse var 32 % tvungen observasjon, 15% tvungen observasjon med påfølgende tvungent psykisk helsevern og 53 % tvungent psykisk helsevern uten forutgående tvungen observasjon (16). For tvangsmiddelbruk ble det i 2018 fattet 4047 vedtak for mekaniske tvangsmidler, 1350 vedtak for isolasjon, 1913 vedtak for korttidsvirkende legemidler og 7708 vedtak for kortvarig fastholding (13), fordelt på 2300 pasienter (14). For 13% av disse var det rapportert 10 eller flere vedtak (14). Antall tvangsmiddelvedtak er spesielt høyt i aldersgruppene 18-22 år og 30-39 år (10).

Spesielt kortvarig fastholding har vært sterkt økende fra ca. 4000 tilfeller i 2015 til 7708 i 2018. Dette kan enten skyldes reell vekst i bruk av fastholding, eller være et uttrykk for at det oftere fattes vedtak ved fastholding nå enn tidligere (17). For isolasjon og korttidsvirkende legemidler har det derimot vært en liten nedgang siden 2001 (1), og tallene har holdt seg relativt stabile i perioden 2015-2018 (13). Isolasjon har likevel hatt en betydelig økning siden 2012 hvor det var 571 tilfeller, og 2007 med kun 175 tilfeller (1). Samtidig som antall tilfeller av isolasjon har gått ned, har det vært en kraftig økning i bruk av skjerming (egen paragraf i phvl, §4-3) (1). Bruken av mekaniske tvangsmidler har hatt en økning siden 2001, men likevel gått ned siden det var på sitt høyeste med over 5000 tilfeller i 2005 (1).

Generelt har man, fra 2001 til 2017, sett at bruken av tvangsmidler har forskjøvet seg noe fra farmakologiske legemidler og mekaniske tvangsmidler, til mer bruk av isolasjon og fastholding, og i tillegg økt bruk av skjerming (1, 10). Gjennom et spørreskjema til helsemyndighetene og psykiatrigrenen til «European Union of Medical Specialists» i elleve europeiske land, undersøkte en studie fra Danmark hva myndigheter og behandlere anså som mest til minst inngripende tvangsmiddel (18). Resultater fra Norge viste at fastholding og isolasjon ble sett på som de minst inngripende tvangsformene, mens mekaniske tvangsmidler som nest mest inngripende, og medisinerer ble sett på som mest inngripende (18). Dette kan være en mulig forklaring på skiftet i bruk av tvangsmidler i Norge (1, 10).

Internasjonalt ligger Norge relativt høyt i bruk av fastholding. En studie som sammenlignet syv ulike europeiske land fant at Norge hadde en rate på 15 fastholdinger pr. 100 000 innbyggere, mens Danmark hadde høyest på 18 og Sverige lavest med 0 pr. 100 000 innbyggere. For isolasjon var tallene fra Norge derimot lave, med kun 3 pr. 100 000 innbyggere, sammenlignet med Finland hvor det var 34 tilfeller pr. 100 000, noe som må ses i sammenheng med bruken av skjerming. For mekanisk tvangsmidler var det fattet 22 vedtak pr. 100 000 innbyggere i Norge, mens det i Italia var 7 og i Sverige 70 tilfeller pr. 100 000 innbyggere (1).

1.2.1 Vedtak om tvangsmiddelbruk i Helse Nord

I Helse Nord ser man at tall for bruk av tvangsmidler etter phvl §4-8 har steget fra 2015 til 2018, med den høyeste raten på 222 vedtak pr. 100 000 innbyggere over 16 år i 2017 (19). For UNN sitt opptaksområde, som i denne kilden vil inkludere både «Finnmark» og «UNN-området», var raten på det høyeste i 2018 med 419.57 vedtak pr. 100 000 innbyggere over 16 år. Tilsvarende var det 87.95 pasienter med vedtak pr. 100 000 innbyggere over 16 år. Data er beregnet ut fra pasientens bosted, uavhengig av behandlingssted. Det er sannsynlig at flertallet av pasienter med bosted i Finnmark og Troms har vært innlagt Psykiatrisk avdeling ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) når det ble fatta tvangsmiddelvedtak. Tallene viser at fastholding ble brukt mest i 2018 i opptaksområdet til PHRK, UNN HF, med 243 vedtak pr. 100 000 innbyggere over 16 år (19). For mekaniske tvangsmidler var tallet 153 vedtak pr. 100 000 innbyggere over 16 år.

Tilsvarende var det 22 vedtak for korttidsvirkende legemidler og to vedtak for isolasjon. I pasientrate var det 74 pasienter med vedtak om fastholding pr. 100 000 innbyggere over 16 år. For mekaniske tvangsmidler var dette tallet 36, for korttidsvirkende legemidler var det 13, og for isolasjon var det to pasienter med vedtak pr. 100 000 innbyggere over 16 år (19).

I Troms og Finnmark var det totalt 189 000 innbyggere over 18 år i 2016 og 193 139 innbyggere over 18 år i 2018 (20). Fordelt på kjønn var det 93 064 kvinner over 18 år i Troms og Finnmark i 2016, og 96 902 menn over 18 år. I 2018 var det 94 536 kvinner over 18 år og 98603 menn over 18 år (20).

1.3 Sivilombudsmannens rapport

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet har som mandat å avdekke og forebygge tortur og andre umenneskelige eller nedverdiggende hendelser. Forebyggingsenheten har et særskilt ansvar for å ivareta rettighetene til mennesker som er fratatt sin frihet. De foretar besøk til eksempelvis fengsler, psykiske helseinstitusjoner og barnevernsinstitusjoner (21).

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet var på besøk hos Psykiatrisk avdeling ved Psykisk helse- og rusklinikk (PHRK) ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) 26-28. april 2016. Psykiatrisk avdeling består av åtte enheter. Fem av enhetene ble besøkt; Akuttpost Nord, Akuttpost Sør, Akuttpost Tromsø, Psykose- og rusenheten (PRE) og Sikkerhetspsykiatri døgnet (21).

Besøket fra Sivilombudsmannens forebyggingsenhet var varslet, men eksakt tid for besøket var ikke gitt. Under besøket på de fem ovenfornevnte enhetene hadde forebyggingsenheten samtaler med pasientene, de ansatte og lederne ved alle enhetene, med unntak av ledelsen ved PRE. Alle tvangsprotokoller fra 2015 og frem til besøket i 2016 ble gjennomgått. Vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll for de tre siste belteleggingene på hver av de fem enhetene fra før besøket ble varslet, ble gjennomgått. Det ble også avholdt et møte med kontrollkommisjonen ved sykehuset (21). I etterkant av besøket ble det utarbeidet en rapport basert på besøket. Rapporten beskriver flere alvorlige forhold ved noen av enhetene, og det ble gitt konkrete tilbakemeldinger angående fysiske forhold, aktivisering, pasientrettigheter, vedtak om tvungent psykisk helsevern, tvangsmidler, skjerming og institusjonskultur (21).

Rapporten fra Sivilombudsmannen beskrev store interne forskjeller mellom enhetene og seksjonene på bruk av tvangsmiddel. Det ble også påpekt flere kritikkverdige forhold når det gjaldt både bruken av beltelegging og bruken av kortvarig fastholding. En pasient var blant annet beltelagt i 25 timer i strekk uten vedtak, og det ble avdekket flere episoder med kortvarig fastholding uten vedtak (21).

I etterkant av kritikken ble det, av PHRK ved UNN, utarbeidet en handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger. Her blir det fokusert på opplæring av vedtaksføring og opplæring av riktig bruk av tvangsmidler, samt hvordan pasienten kan oppleve bruken av tvangsmidler. Det er også fokus på at tvangsmidler alltid skal opphøre så snart faren for skade ikke er tilstede, at vedtak ikke skal fattes raskere på bakgrunn av tidligere erfaringer med pasienten, eller at tvangsmidler skal brukes etter pasientens eget ønske. Det er også fokus på at det alltid skal fattes vedtak ved kortvarig fastholding. Dette er blitt konkretisert ved bruk av kurs, internundervisning og fagdager for ansatte, i tema knytta til de ovenfornevnte punktene (22).

1.4 Studiens relevans

Pasienter som behandles i psykisk helsevern er en utsatt pasientgruppe som kan være frarøvet sin frihet, og ofte befinner seg på avdelinger lukket for allment innsyn (2). Pasienter, både frivillig innlagt og innlagt på tvungen psykisk helsevern, kan utsettes for bruk av tvangsmidler i akutte situasjoner (6). Dette stiller strenge krav til dem som utfører helsetjenestene, og da også til kontroll av tvangsmiddelbruken.

Flere studier viser at pasienter rapporterer negative følelser rundt bruken av mekaniske tvangsmidler og fastholding (phvl §4-8 a) og d)) (9, 23). Pasienter utsatt for de ovenfornevnte tvangsmidlene har også en lavere pasienttilfredshet (9). Flere pasienter føler at tvangsmiddelbruken kunne vært unngått (9). Litteraturstudier viser også at det er få studier, samt mange med dårlig kvalitet, på intervensjon hva gjelder reduksjon av tvangsmiddelbruk, samt intervensjon for pasienter innlagt til tvungen psykisk helsevern (5, 9, 11). Dette viser et behov for kunnskap og monitorering av tvangsmiddelbruk, både for å sikre den enkelte pasients integritet, verdighet og rettssikkerhet, men også for å redusere

tvangsmiddelbruken. Grunnet betydelige geografiske og institusjonelle forskjeller i tvangsbruk er det også et behov for detaljkunnskap om den enkelte institusjons bruk av tvangsmidler (2).

På bakgrunn av hvor inngripende bruken av tvangsmidler kan være for den enkelte pasient, og kritikken rettet mot Psykiatrisk avdeling ved UNN HF, vist i Sivilombudsmannens rapport (21), er det behov for å undersøke bruken av tvangsmidler og eventuelle forskjeller i bruk av tvangsmidler før og etter rapporten.

1.5 Formål med studien

Hovedformålet med oppgaven er:

- a) undersøke eventuelle forskjeller i bruk av tvangsmidler mellom to ulike registreringsperioder (et halvt år i 2016 og et halvt år i 2018), hhv. før og etter Sivilombudsmannens rapport i april 2016.
- b) kartlegge bruken av tvangsmidler ved PHRK, UNN HF

Tvangsmiddelbruk (jfr. phvl §4-8) som skal undersøkes er:

1. Mekaniske tvangsmidler
2. Isolasjon
3. Korttidsvirkende legemidler
4. Kortvarig tvangsholding.

2 Materiale og metode

2.1 Studiedesign

Studien er en kvantitativ retrospektiv case-registerstudie av alle tvangsmiddelvedtak (jf. phvl §4-8) i to ulike perioder. Dette er en tversnittundersøkelse der forskjeller i tvangsmiddelbruk mellom to ulike tidsperioder er undersøkt, herunder forskjeller knyttet til kjønn, alder, innleggelsesparagraf og diagnose på vedtakstidspunktet.

2.2 Inklusjon

Alle vedtak for pasienter innlagt Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF i to ulike 6-måneders perioder: 1) 01.01.2016 til 30.06.2016 og 2) 01.01.18-30.06.18, er inkludert i studien. En pasient kan ha flere vedtak om tvangsmiddelbruk i inklusjonsperioden.

I 2016 var det 980 personer innlagt ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF, tilsvarende var det 944 personer innlagt i 2018.

Studien omfatter 504 vedtak om tvangsmiddelbruk fordelt på 96 pasienter. Studien omfatter hele UNN sitt opptaksområde for bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. UNN er ansvarlig for bruk av tvang i opptaksområdet Troms og Finnmark, og Ofoten.

2.2.1 Eksklusjon

Ingen pasienter ble ekskludert fra studien. For resultater vedrørende innleggelsesparagraf er det likevel syv vedtak hvor det ikke er registrert innleggelsesparagraf fordi pasientene er innlagt iht. straffeprosessloven og ikke phvl. Disse vedtakene er ikke med i tallmaterialet som omfatter innleggelsesparagraf.

2.3 Datainnsamling

Våren 2019 ble det laget en kodeveileder før oppstart av datainnsamling. Kodeveilederen ble utarbeidet i samråd med veilederne. Det ble også laget en logg i Excel, «skyggeføring» for eget bruk. Her registrerte undertegnede merknader og spørsmål knytta til datainnsamlinga underveis i registreringen for å sikre konsekvent dataregistrering, samt dobbeltføring av datamaterialet. Dataene ble registrert ved hjelp av datainnsamlingsverktøyet REDCap. Det

ble opprettet en bruker for undertegnede hvor de forhåndsbestemte variablene som skulle registreres var lagt inn i programmet.

For å få oversikt over pasienter med vedtak, gjort etter phvl §4-8, ble «vedtaksmodulen» i DIPS brukt som utgangspunkt. For å minimere risiko for feil ble alle vedtak fra «vedtaksmodulen» kontrollert ved å gå gjennom pasientens elektroniske pasientjournal. I tillegg ble inkomstjournal, paragrafvurdering og epikrise gjennomgått for å finne variablene som skulle registreres i REDCap. Oversikt over antall innleggelser i DIPS ble også brukt. «Journalnotater» og «sykepleienotater» ble brukt der hvor det var nødvendig for å avklare bruken av tvangsmiddel, eller annen data som skulle registreres. Alle variablene som skulle registreres for hvert enkelt vedtak ble så registrert i REDCap, sammen med informasjonen om selve vedtaket.

Arbeidet med registreringen ble gjennomført av undertegnede sommeren 2019. Veiledere bidro i starten for å sikre riktig registrering, og har underveis i registreringen bidratt med råd ved tvilstilfeller. Tvilstilfeller rundt registreringen og andre problemer som oppstod er beskrevet under feltet «kommentarer» i REDCap. Dette har også blitt kommentert i loggen. Vedtak hvor det var knytta usikkerhet rundt registreringen ble kontrollert våren 2020.

Pasientene inkludert i studien ble også registrert i et eget Excel-ark, «kodenøkkel», hvor hver pasient fikk et eget ID-nummer (under kalt «ID-løpnummer») som er kopla opp mot pasientens personnummer. Begge Excel-filene (kodenøkkel og skyggeføring) som ble opprettet ble lagra på et nøkkelbeskytta område på UNN sin forskningsserver. Filene ble lagra separat på ulike områder i forskningsserveren for å sikre pasientens anonymitet. SPSS-filen ble lagra på samme området i forskningsserveren som «skyggeføring».

2.4 Dataregistrering i REDCap

Hver registrering har et unikt REDCap-nummer. Variabler som er registrert er:

- ID-løpnummer
- Dato for tvangsmiddelvedtak (phvl §4-8)
- Vedtaksparagraf og underpunkt (§4-8, pkt. a-d)
- Innleggelsesparagraf på tidspunkt for vedtak om §4-8.
- Diagnose ved utskrivelse

- Fødselsår
- Kjønn
- Enhet
- Innleggingsnummer

Løpenummer-ID for pasient ble generert på bakgrunn av kodenøkkelen der person-ID i DIPS (personnummer) er koblet med løpenummer-ID. Dato for tvangsmiddelvedtak ble registrert etter det mest sannsynlige tidspunktet for hendelsen, vurdert ut fra tidspunkt og dato for vedtaksmodul, journalvedtak og journalnotater. Ved usikkerhet rundt dato ble datoen fra vedtaksmodulen registrert. Innleggingsparagraf ble registrert etter paragrafvurderingen. Der hvor tvangsmiddelvedtak var fatta før paragrafvurderingen var gjort, ble vedtaket fra paragrafvurderingen notert som innleggingsparagraf. Om pasienten ble innlagt på phvl §3-2, men endret til phvl §3-3 eller §2-1 etterhvert, ble paragrafen som var gjeldende på datoen for tvangsmiddelvedtaket registrert. Der hvor pasienten var innlagt etter paragraf i straffeprosessloven ble dette registrert som kommentar i REDCap, og ingen paragraf ble registrert under innleggingsparagraf.

For vedtak tatt på pasienter med flere diagnoser ble diagnosen som var rangert først i epikrisen (hoveddiagnose) registrert på vedtaket i REDCap. Diagnosene er registrert i hht. kodeverket ICD-10 (24). Enhet ble registrert etter hvilken avdeling pasienten befant seg på når tvangsmiddelet ble tatt i bruk. Antall innleggelser, «innleggingsnummer», ble registrert ut fra DIPS-oversikt over alle innleggelser pasienten har hatt i Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF. I tilfeller hvor det framkom i journalen at pasienten tidligere hadde flere innleggelser i andre land eller fra andre institusjoner i Norge, ble kun antall innleggelser ved Psykisk helse- og rusklinikken UNN HF talt som gjeldende for registrering av innleggingsnummer. Innleggelser ved DPS er ikke regnet med i antall innleggelser. Overføring mellom enheter innad i Psykisk helse- og rusklinikken UNN HF ble regnet som en innleggelse.

Tvangsmiddelvedtak som er registret i vedtaksmodulen, men ikke kunne verifiseres i journal ble ikke tatt med i datamaterialet. I tilfeller hvor det er beskrevet tvangsmiddelbruk i journal, men ikke registrert som tvangsmiddelvedtak, er det heller ikke tatt med i datamaterialet. Tvangsmiddelvedtak som er registret i vedtaksmodul, verifiseres i journal, men ikke har

vedtak i journal, er inkludert i datamaterialet. Der hvor det bare er registrert som tvangsmiddelvedtak i journal, men ikke registrert i vedtaksmodulen, er vedtaket inkludert i datamaterialet. I tilfeller hvor det er registrert ulikt underpunkt til tvangsmiddelvedtaket (phvl §4-8 a) b) c) og d)) i vedtak og journal, brukes underpunktet beskrevet i journal.

2.5 Analyse

Data er analysert med IBM SPSS 26, samt utregning for hånd der det ikke var mulig å analysere med SPSS. Kji-kvadrattest, hovedsakelig «test of homogeneity» og «goodness of fit», er brukt. «Test of homogeneity» er brukt for analysering av hvert enkelt tvangsmiddel (hvv. § 4-8 a, c og d) opp mot ulike variabler. Analysene som er utført med denne testen er forskjell mellom 2016 og 2018, forskjeller for hhv. menn og kvinner i 2016 og 2018, forskjell mellom menn og kvinner i hele registreringsperioden, og forskjell i alder for hele registreringsperioden. Testen er også brukt til å analysere forskjell i andel pasienter med tvangsmiddelvedtak i 2016 og 2018, og forskjell i antall tvangsmiddelvedtak pr. innlagt pasient i 2016 og 2018. «Goodness of fit» er brukt til testing av totalt antall tvangsmidler opp mot ulike variabler. Analysene som er utført med denne testen er forskjell i totalt antall vedtak i 2016 sammenlignet med 2018, forskjell i totalt antall vedtak mellom kvinner og menn, og forskjell i antall innlagte kvinner og menn (§ 2-1, § 3-2 og § 3-3) med vedtak i registreringsperioden min. Isolasjon er utelatt fra analyseresultater på enkeltvedtakene grunnet for få vedtak. For øvrige analyser i studien er deskriptiv analyse i SPSS brukt. Signifikansnivå er satt til 0.05 i alle analyser, og signifikante p-verdier er markert med fet skrift i tabeller. P-verdier og prosenter er oppgitt i parenteser.

Det er også regnet ut rate for vedtak pr. innlagte pasient, gjennomsnitt for antall vedtak pr. kjønn, gjennomsnitt for vedtak pr. innleggelsesparagraf totalt og pr. kjønn, samt rate for antall vedtak pr. 100 000 innbyggere i Troms og Finnmark for 2016 og 2018, samt for kjønn i 2016 og 2018. Dette er regnet ut for hånd ved hjelp av data fra SSB (20).

For økt styrke i analysene er noen grupper slått sammen når flere grupper skal vurderes mot hverandre. For vurdering av tvangsmidler knytta til alder, ble alder slått sammen til tre grupper: en gruppe fra 18-39 år, en gruppe fra 40-59 år og en gruppe over 60 år. For analysering av diagnoser ble diagnosene som er registrert under samme hovedkapittel i ICD-

10 (24), hhv. F10, F20, F30, F40, F60 slått sammen. Diagnosene under øvrige kapitler ble slått sammen til «annet».

2.6 Rapportskrivning

Oppgaven er skrevet i Microsoft Word. Tabeller er laget i Microsoft Word.
Endnote X9 er brukt som referanseverktøy.

2.7 Formelle godkjenninger

Prosjektet anses som kvalitetssikring og ikke fremleggingspliktig for REK.
Personvernombudet ved UNN har godkjent prosjektet (2019/3393).

3 Resultater

3.1 Pasienter med vedtak

I inklusjonsperioden var det totalt 1851 personer innlagt på paragraf §2-1, §3-2 og §3-3 ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF, fordelt på 939 personer i perioden 01.01.16 til 30.06.16 og 912 personer i perioden 01.01.18 til 20.06.18. Firehundre og førtifire kvinner og 495 menn var innlagt i inklusjonsperioden i 2016, tilsvarende tall i 2018 var 434 kvinner og 478 menn (**Tabell 1**). I 2016 var det 46 personer som fikk vedtak om tvangsmiddel i hht. phvl § 4-8 (4,7%). I 2018 var det tilsvarende 55 personer som fikk vedtak (5,8%) (**Tabell 2**). Fem personer hadde vedtak i begge periodene. Andelen pasienter med vedtak innlagt ved PHRK, UNN HF, er ikke signifikant økt ($p=0.413$). Av de 96 personene er 49 kvinner (51%) og 47 menn (49%). Dette tilsvarer at det for begge perioder samlet er brukt tvangsmidler på 5.4% av de innlagte kvinnene, og på 4.6% av de innlagte mennene. Her tas det ikke høyde for at enkeltpasienter kan ha hatt flere vedtak.

3.2 Vedtak i hele perioden

Fra 01.01.16 til 30.06.16 og 01.01.18 til 30.06.18 var det totalt 504 vedtak om tvangsmiddelbruk etter phvl §4-8 ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF (**Tabell 3**). Samtlige vedtak ble fattet på pasienter over 18 år. Totalt var det altså 0.2 vedtak pr. innlagt pasient i 2016, og 0.3 vedtak pr. innlagt pasient i 2018. Denne forskjellen er signifikant ($p=\ll 0.001$).

Det ble totalt fatta 326 vedtak for kvinner (64.7%) og 178 vedtak for menn (35.3%). Gjennomsnittlig var det fatta 6,7 vedtak pr. kvinne med tvangsmiddelvedtak og 3,8 vedtak pr. mann med tvangsmiddelvedtak. Flest vedtak var det i aldersgruppen 18-39 år, hvor det var 326 vedtak (64.7%). I aldersgruppen 40-59 år var det 145 vedtak (28.8%) og i aldersgruppen 60 år eller eldre var det 33 vedtak (6.5%). Det var totalt 141 vedtak med mekaniske tvangsmidler (28%), to vedtak med isolasjon (0.4%), 75 vedtak med korttidsvirkende legemidler (14.9%) og 286 vedtak med kortvarig fastholding (56.7%).

De fleste vedtakene var fatta på pasienter innlagt seks eller flere ganger på tidspunktet for tvangsmiddelbruk (77.2%). Trettifire vedtak ble fattet for pasienter som var førstegangsinnlagte (6.8%), og 83 vedtak for pasienter med 2-5 innleggelses (16.5%).

Flertallet av vedtakene var fatta på pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern (51%). Hundreogsyttien vedtak var fatta hos pasienter innlagt på tvungen observasjon (23.2%), 66 vedtak hos pasienter innlagt frivillig (13.1%) og 57 vedtak hos pasienter med overføring fra TUD (11.3%). I inklusjonsperioden var det 15 personer hvor det var fatta 10 eller flere vedtak om bruk av tvangsmidler. Dette utgjorde 15.6% av antall pasienter med tvangsmiddelvedtak.

Hyppest brukte diagnosekode hos pasienter med tvangsmiddelvedtak var F20-F29 *Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser* (174 vedtak), fulgt av F60-F69 *Personlighet- og atferdsforstyrrelser hos voksne* (171 vedtak) og deretter F30-F39 *Affektive lidelser og stemningslidelser* (115 vedtak). Fordelingen av diagnoser var ulik i 2016 og 2018. I 2016 var diagnose F20-29 brukt ved 31.2 % av vedtakene (n=68), F60-69 ved 49.1 % (n=107) og F30-39 ved 11.9 % (n=26). I 2018 hadde pasienten diagnose F20-29 ved 38.5% av vedtakene (n=110), F60-69 ved 21 % (n=60) og F 30-39 ved 31.1 % (n=89).

3.3 Vedtak før og etter Sivilombudsmannens rapport

I første halvår av 2016 var det 218 vedtak (43.3%), og i første halvår av 2018 var det 286 vedtak (56.7%) (**Tabell 4**). Forskjellen var signifikant ($p=0.002$). For mekaniske tvangsmidler var det 42 vedtak i 2016 (29.8%) og 99 vedtak i 2018 (70.2%). Forskjellen i andel vedtak for mekaniske tvangsmidler i 2016 og 2018 er signifikant ($P\ll 0.001$). Det var 54 vedtak med korttidsvirkende legemidler i 2016 (72%) og 21 vedtak i 2018 (28%). Også her er forskjellen i andel vedtak signifikant ($P\ll 0.001$). For fastholding var det 121 vedtak i 2016 (42.3%) og 165 vedtak i 2018 (57.7%). Andelen av vedtak med fastholding er ikke signifikant forskjellig i 2016 og 2018 ($P=0.623$).

Det er gjort en tilleggsanalyse av tvangsmiddelbruk beregnet som rate pr. 100 000 innbyggere over 18 år. Det var totalt 189 966 innbyggere over 18 år i Troms og Finnmark i 2016, og 193 139 innbyggere over 18 år i 2018. Dette gir en rate på 114.7 vedtak pr. 100 000 innbyggere over 18 år i første halvår av 2016 og en rate på 148.1 vedtak pr. 100 000 innbyggere over 18 år i første halvår av 2018.

3.4 Kjønnsforskjeller

I datasettet var det totalt 326 vedtak om bruk av tvangsmidler for kvinner (64.7%) og 178 vedtak for menn (35.3%) (**Tabell 5**). Sannsynlighet for vedtak er signifikant forskjellig mellom kjønnene ($P \ll 0.001$). Hundreogseksstire vedtak for kvinner ble fatta i 2016 (50.3%) og 162 i 2018 (49.7%), altså ingen signifikant forskjell i sannsynlighet for vedtak mellom 2016 og 2018 ($p=0.913$). Femtifire vedtak ble fatta for menn i 2016 (30.3%) og 124 i 2018 (69.7%), denne forskjellen er statistisk signifikant ($p \ll 0.001$).

For kvinner utgjorde tvangsmiddelvedtakene i første halvdel av 2016 en rate på 176.2 vedtak pr. 100 000 kvinner over 18 år i Troms og Finnmark, mot 171.4 vedtak pr. 100 000 kvinner over 18 år i 2018. For menn var det tilsvarende en rate i første halvdel av 2016 på 55.7 vedtak pr. 100 000 menn over 18 år i Troms og Finnmark, mot 125.8 vedtak pr. 100 000 menn over 18 år i 2018.

Det er totalt 141 vedtak med mekaniske tvangsmidler i hele datasettet. Nitti av vedtakene var fatta for menn (63.8%) og 51 for kvinner (36.2%), andelen vedtak med mekaniske tvangsmidler er signifikant forskjellig mellom menn og kvinner ($p \ll 0.001$). For korttidsvirkende legemidler var det fatta 75 vedtak i inklusjonsperioden, 7 vedtak var på menn (9.3%) og 68 på kvinner (90.7%). Andelen vedtak med legemidler er også signifikant forskjellig for mellom menn og kvinner ($P \ll 0.001$), men i motsetning til mekaniske tvangsmidler er det flere vedtak på kvinner. Av kortvarig fastholding var det fatta totalt 286 vedtak, hvor 80 av vedtakene var for menn (28%) og 206 av vedtakene var for kvinner (72%). Andelen vedtak med fastholding var signifikant forskjellig for menn og kvinner, også her med overvekt av vedtak for kvinner ($P \ll 0.001$).

Med utgangspunkt i innleggelsesparagraf var det for pasienter innlagt frivillig (§ 2-1) 0.04 vedtak pr. person, hhv 0.06 vedtak pr. person for kvinner og 0.03 vedtak pr. person for menn. For pasienter innlagt til tvungen observasjon (§ 3-2) var det 0.63 vedtak pr. person; 0.87 vedtak pr. person for kvinner og 0.46 vedtak pr. person for menn. For pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) var det 1.54 vedtak pr. person; 2.31 vedtak pr. person for kvinner og 0.83 vedtak pr. person for menn. Andelen pasienter med vedtak

innlagt på §2-1, §3-2 og §3-3 samlet er ikke signifikant forskjellig for kvinner og menn ($P=0.708$).

Tjuetre vedtak om mekaniske tvangsmidler i 2016 og 28 vedtak i 2018 ble fattet for kvinner. Dette var ikke signifikant ulikt i 2016 og 2018 ($p=0.411$). Nitten vedtak om mekaniske tvangsmidler i 2016 og 71 vedtak i 2018 ble fattet for menn, dette var signifikant høyere i 2018 enn i 2016 ($p=0.007$). For vedtak med korttidsvirkende legemidler hos kvinner var det 52 vedtak i 2016 og 16 i 2018 ($p\ll 0.001$). For menn var det for få vedtak med korttidsvirkende legemidler til at det ble analysert. For vedtak med fastholding var det for kvinner 89 vedtak i 2016 og 117 vedtak i 2018 ($p=0.001$). For menn var det tilsvarende 32 vedtak med fastholding i 2016 og 48 vedtak i 2018 ($p=0.011$).

I 2016 var det 54 vedtak på menn (24.8%) og 164 vedtak for kvinner (75.2%), og i 2018 var det 124 vedtak på menn (43.4%) og 162 vedtak på kvinner (56.6%). Her angis prosentandel ut fra totalt antall vedtak i hhv. 2016 og 2018.

3.5 Aldersforskjeller

Det var 326 vedtak i aldergruppen 18-39 (64.7%), 145 vedtak i aldergruppen 40-59 (28.8%) og 33 vedtak i aldersgruppen på 60 år eller eldre (6.5%) (**Tabell 6**). For mekaniske tvangsmidler var det 69 vedtak i den yngste gruppen, 71 vedtak i den midterste og ett vedtak i den eldste gruppen. Andelen vedtak med mekaniske tvangsmidler er signifikant forskjellig i de ulike aldersgruppene ($P\ll 0.001$). For korttidsvirkende legemidler var det 66 vedtak i den yngste gruppen, syv vedtak i den midterste og to vedtak i den eldste gruppen. Andelen vedtak med korttidsvirkende legemidler er signifikant forskjellig i de ulike aldersgruppene ($P\ll 0.001$). For fastholding var det 190 vedtak hos den yngste gruppen, 67 vedtak hos de midterste og 29 vedtak i den eldste gruppen. Andelen vedtak med fastholding er signifikant forskjellig i de ulike aldersgruppene ($P\ll 0.001$).

4 Diskusjon

4.1 Vedtak før og etter Sivilombudsmannens rapport

Denne studien viser at det er en signifikant større sannsynlighet for vedtak i første halvår i 2018 sammenligna med første halvår i 2016. Da det ikke har vært økning i antall innlagte pasienter, men heller en liten nedgang mellom de to registreringsperiodene, kan denne forskjellen ikke forklares av økt antall innlagte pasienter. Andelen innlagte pasienter med vedtak har også økt, fra 4.9 % til 5.8 %, men denne forskjellen er ikke signifikant. Antall vedtak pr. innlagte pasient er signifikant høyere i 2018 enn i 2016.

Det kan diskuteres om økningen er reell, og konklusjonen vil avhenge av hvilken indikator som benyttes. Den nasjonale kvalitetsindikatoren for tvangsinnleggelser tar for eksempel utgangspunkt i andel tvangsinnleggelser i forhold til totalt antall innleggelser (25).

Dersom jeg i min studie skulle ha benyttet andel av innlagte pasienter som har fått vedtak om tvangsmiddel, ville konklusjonen ha blitt at det ikke har vært en signifikant økning i tvangsmiddelvedtak fra 2016 til 2018. I en artikkel fra 2019 argumenteres det imidlertid for at den nasjonale kvalitetsindikatoren for tvangsinnleggelser er misvisende, og ikke tar hensyn til blant annet endring i befolkningsgrunnlag (25). Forfatterne argumenterer for at man bør bruke antall innleggelser i forhold til befolkningen som kvalitetsindikator.

Når antall vedtak i de to periodene brukes som mål, forutsettes det at datasettet mitt består av to i utgangspunktet like populasjoner, og at det dermed skulle vært lik sannsynlighet for vedtak i 2016 og 2018. Dette forutsetter igjen at grunnlagspopulasjonen er omtrent lik.

Jeg har funnet at befolkningsstørrelsen i Tromsø og Finnmark er omtrent lik i de to periodene, og gjort tilleggsanalyser for rate pr. innbyggere basert på argumentasjonen i ovennevnte artikkel (28). Disse viser også en tydelig økning i antall tvangsmiddelvedtak pr. 100 000 innbyggere over 18 år fra 2016 til 2018, noe som styrker funnet om at totalt antall vedtak er en mer presis indikator. Det er liten grunn til å tro at sykeligheten i befolkningen har økt i denne perioden. Dette styrker konklusjonen om at det faktisk er en reell økning i antall tvangsmiddelvedtak, noe som i lys av Sivilombudsmannens rapport (21) og fokuset på reduksjon av tvangsmiddelbruk generelt i Norge (7, 8), vil være en uheldig utvikling ved

PHRK, UNN HF. Likevel kan ikke dette sies med sikkerhet, da det er andre faktorer som kan ha påvirket funnene, som for eksempel pasientsammensetning eller alder (se nedenfor). Funnene mine bør derfor følges opp med mer forskning.

Ut fra mine resultater kan det tyde på at økningen i antall tvangsmiddelvedtak i hovedsak gjelder vedtak for menn, da vedtak for kvinner ikke er signifikant endra fra 2016 til 2018, mens antall vedtak for menn er det. Dette bekreftes også i rate pr. 100 000 innbyggere, hvor raten for kvinner er tilnærma uendra, mens den for menn er tydelig økt fra 55 pr 100 000 innbyggere over 18 år til 125 pr. 100 000 innbyggere over 18 år (signifikans er ikke beregnet). Dette kan også bidra til å forklare økningen i bruk av mekaniske tvangsmiddel fra 2016 til 2018, da det er signifikant flere menn totalt som har vedtak med dette tvangsmiddelet.

Det kan tenkes at en økning fra 2016 til 2018 i antall tvangsmiddelvedtak skyldes generelt bedre rutiner for å fatte vedtak (22). For eksempel påpekes det i Sivilombudsmannens rapport at det var flere hendelser med fastholding hvor det ikke fantes tvangsmiddelvedtak (22). Her er det også viktig å påpeke at situasjoner hvor det er beskrevet tvangsmiddelbruk i journal, men ikke registrert som tvangsmiddelvedtak, ikke er tatt med i datamaterialet. I hvor utstrakt grad dette har skjedd, og i hvilken grad det har forbedret seg fra 2016 til 2018, kan jeg derfor ikke si noe om. Også endringen i lov om psykisk helsevern fra 2017 (7) kan ha ført til generelt økt oppmerksomhet rundt lovverket og bruk av tvang, noe som kan ha påvirket oppmerksomheten rundt registreringspraksis, selv om lovendringen ikke gikk spesielt på tvangsmiddelvedtak.

Som nevnt ovenfor kan det også tenkes at sammensetningen av de to pasientgruppene i første halvår av 2016 og 2018 er grunnleggende ulike, noe som gjør en konklusjon om hvorvidt bruk av tvangsmiddelvedtak har endret seg eller ikke, vanskelig. Vi ser blant annet at det i 2018 er flere av vedtakene som fattes hvor menn har en høyere alder enn for vedtakene i 2016. Da menn ifølge mine resultater har flest vedtak i aldersgruppen 40-59 år, kan det tenkes at en økning i alder kan utgjøre en forskjell for totalt antall tvangsmiddelvedtak fra 2016 til 2018, og at gruppesammensetningen slik kan ha påvirket resultatet. Det kan også tenkes at enkeltpasienter med mange vedtak om tvangsmiddelbruk har vært innlagt i større grad i 2018 enn i 2016, noe som kan utgjøre en vesentlig forskjell i

antall tvangsmiddelvedtak totalt. En studie fant at 9,1% av pasientene som var utsatt for mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler hadde opplevd dette seks eller flere ganger, og at dette utgjorde 39,2 % av alle vedtakene (9).

En annen faktor som har vist seg å være karakteristisk for tvangsmiddelbruk er at pasientene med vedtak oftere er underlagt tvungent psykisk helsevern (26). Mine resultater viser dog liten endring i antall pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern fra 2016 til 2018, og det er mindre sannsynlig at dette er forklaringen på en mulig økning i antall tvangsmiddelvedtak. En annen studie har også funnet høyere bruk av mekaniske tvangsmidler i større byer enn i mindre byer og rurale strøk (27). Dette kan forklare at mekaniske tvangsmidler brukes nest mest, etter fastholding, men det forklarer ikke endringen fra 2016 til 2018.

Antall vedtak hvor pasienten hadde diagnosekoden F20-29 var økt i 2018 sammenlignet med 2016. Antall vedtak hvor pasienten hadde diagnosekode F60-69 var redusert i 2018, og antall vedtak hvor pasienten hadde diagnosekode F30-39 økte betraktelig fra 2016 til 2018. Dette viser et skifte hvor flere av vedtakene i 2018 var fatta hos pasienter med diagnoser som har en høyere risiko for bruk av tvangsmiddelbruk ifølge studier (Schizofreni og bipolar lidelse) (26, 28). Det kan derfor ikke utelukkes at det har vært flere pasienter med høyere risiko for tvangsmiddelbruk innlagt ved PHRK i 2018 sammenlignet med 2016 og at antall tvangsmiddelvedtak derfor har økt. En annen forklaring kan være at diagnostisk praksis kan ha endret seg, med større oppmerksomhet knytta til affektive lidelser og da mer bruk av disse diagnosene hvor hovedkategorien F60-69 tidligere ville blitt brukt. En studie har også vist at ikke-psykotiske pasienter oftere var utsatt for mekaniske tvangsmidler og fastholding (9), noe som tyder på at pasienters diagnose ikke nødvendigvis er styrende som indikasjon på tvangsmiddelbruk.

En annen endring vi ser i studien min er at antall vedtak med mekaniske tvangsmiddel har gått signifikant opp fra 2016 til 2018, mens vedtak med korttidsvirkende legemidler har gått signifikant ned. Dette kan tyde på en forskyvning av typen tvangsmiddelvedtak man bruker, fra legemidler til mekaniske tvangsmiddel. For korttidsvirkende legemidler stemmer dette overens med tall på landsbasis som har holdt seg stabilt siden 2015 (13), men med en liten nedgang fra 2001 (1, 10). For mekaniske tvangsmiddel går dette derimot i motsatt retning av

nasjonale funn, der det er observert en forskyvning fra farmakologiske legemidler og mekaniske tvangsmidler til at isolasjon, skjerming og fastholding brukes mer (1, 10). En mulig forklaring på mine funn kan være at det er registrert en høyere andel menn som er utsatt for bruk av tvangsmiddel i 2018 sammenlignet med 2016.

Studien min viser at isolasjon er svært lite brukt, med kun to tilfeller i hele registreringsperioden. Dette er svært lavt sett i sammenheng med den totale bruken av isolasjon på landsbasis, hvor det var 1350 vedtak for isolasjon i 2018 (13). Nasjonalt er det påpekt at vedtak med skjerming har økt i samme periode som antall vedtak med isolasjon har gått ned (1), men da vedtak med skjerming ikke er registrert i studien min kan jeg ikke si med sikkerhet at dette gjelder ved PHRK, UNN HF. En annen, viktig årsak er sannsynligvis mangel på fasiliteter for bruk av isolasjon.

4.2 Kjønnsforskjeller i begge perioder

Jeg finner generelt flere signifikante forskjeller mellom kjønn i begge observasjonsperioder samlet. Ett av mine hovedfunn er at det er signifikant større sannsynlighet for vedtak med tvangsmidler hos kvinner enn menn. En doktorgrad fra 2004 beskriver at litteraturen er sprikende hva gjelder viktigheten av kjønn for bruk av tvangsmiddel, likevel spesifiseres det at flest studier viser at tvangsmiddel oftere er brukt på menn enn på kvinner (29). Dette vises også i andre studier (9, 26). Dette står i sterk kontrast til mine resultater. En mulig forklaring kan være at det er mange vedtak med fastholding i min studie, og jeg finner også signifikant større sannsynlighet for at denne tvangsmiddelformen brukes på kvinner sammenlignet med menn. En av studiene som påviste at det var signifikant flere menn med vedtak om tvangsmiddel inkluderte ikke fastholding (26).

Usikkerhet knyttet til tall for tvangsmiddelbruk (10), samt endringer i registreringspraksis, gjør det vanskelig å sammenligne eldre og nyere studier (9). Det er derfor vanskelig å si i hvilken grad min studie kan sammenlignes med øvrig litteratur. Likevel kan det tyde på at overvekten av kvinner med tvangsmiddelvedtak ved PHRK, UNN HF, er noe oppsiktsvekkende.

Ved analyser er det ikke signifikant forskjell mellom kvinner og menn i andel personer med vedtak innlagt på §2-1, §3-2 og §3-3 samlet. Dette betyr at forskjellen i antall tvangsmiddelvedtak mellom kjønn ikke kan forklares av forskjeller i innleggelsesparagraf for kvinner og menn med tvangsmiddelvedtak i registreringsperioden min. Dersom man derimot ser på tallene for innleggelse på §3-3 og §3-2 hos kvinner og menn med tvangsmiddelvedtak ser man at det var 252 kvinner innlagt på disse paragrafene i min registreringsperiode, mot 122 menn. En annen studie har vist at det var signifikant flere pasienter med tvangsmiddelvedtak innlagt på tvungent psykisk helsevern (26). Den store andelen kvinner med tvangsmiddelvedtak innlagt på §3-2 og §3-3 kan derfor bidra til å forklare kjønnsforskjellene for tvangsmiddelbruk i min studie. Dette ser man også i min studie ved at gjennomsnittlig antall vedtak pr. person øker betraktelig for pasienter innlagt på §3-2 og §3-3 sammenlignet med §2-1. Ser man derimot på det totale antall innlagte kvinner og menn ved PHRK, UNN HF i registreringsperioden min er det flere menn enn kvinner innlagt på §3-2 og §3-3.

Resultatene mine viser også at det er signifikante forskjeller mellom menn og kvinner på samtlige tvangsmiddel, med unntak av isolasjon (som nesten ikke brukes). Menn har flere vedtak med mekaniske tvangsmidler, og kvinner har flere vedtak med fastholding og korttidsvirkende legemidler. En studie har vist at ansatte foretrakk bruk av mekaniske tvangsmiddel i møte med voldelige pasienter (29), samt at mekaniske tvangsmiddel og fastholding ofte brukes når pasienter er voldelige (9). Pasient-ansatt-ratio er en av faktorene som delvis kan forklare ulikheter i bruk av mekaniske tvangsmiddel og fastholding (9). En mulig forklaring kan da være at menn i større grad oppleves farligere enn kvinner, og med større skadepotensial. Det kan tenkes at dette fører til økt bruk av mekaniske tvangsmidler da det ofte er vanskeligere, og krever mer personalet, å holde en mann fast enn en kvinne. Studien min har dog ikke undersøkt årsaken for bruk av tvangsmiddel, og jeg kan ikke si noe om det er forskjellige årsaker til tvangsmiddelbruk hos kvinner og menn.

4.3 Aldersforskjeller i begge perioder

For alder ses det hyppigst vedtak med tvangsmiddelbruk i aldergruppen 18-39 år, noe som stemmer godt overens med annen litteratur hvor det vises til at antall tvangsmiddelvedtak er spesielt høyt i aldersgruppene 18-22 år og 30-39 år (10). Det ses også at det er signifikant

forskjell i typen tvangsmiddel brukt i de ulike aldersgruppene. Det er mange vedtak med fastholding i den yngste gruppen. Her er det også flest kvinner, noe som kan forklare hyppigheten av fastholding da flest kvinner utsettes for fastholding ifølge mine resultater. En annen studie har også vist at kvinner oftere utsettes for korttidsvirkende legemidler enn menn (29), noe som også kan forklare en høyere andel vedtak med dette tvangsmiddelet i den yngste gruppen. For mekaniske tvangsmidler er det lite forskjell i den yngste og midterste aldersgruppen. Mekaniske tvangsmidler utgjør dog en mye større andel av den totale tvangsmiddelbruken i aldersgruppen 40-59 år enn i den yngste, noe som kan forklares av at det er flere menn i denne gruppen og de oftere utsettes for mekaniske tvangsmidler ifølge mine resultater.

4.4 Metodediskusjon

I rapporten fra Sivilombudsmannen er det beskrevet kritikk mot blant annet gjennomføringen av tvangsmiddelbruk, og det var flere tilfeller med fastholding dokumentert i journal som ikke hadde tvangsmiddelvedtak (21). En svakhet med min studie er at den ikke inkluderer tvangsmiddelbruk hvor det ikke har vært fatta vedtak. Dette gjør at tallene i min studie kan være lavere enn de reelle tallene for tvangsmiddelbruk. Det kan også bety at økningen i antall vedtak fra 2016 til 2018 kan forklares av bedre dokumentasjon og registreringspraksis for tvangsmiddelbruken etter Sivilombudsmannen rapport, noe som kan innebære at økningen i antall hendelser med bruk av tvangsmiddel ikke er reell. Studien min svarer heller ikke på om gjennomføring av tvangsmiddel har bedret seg fra 2016 til 2018, noe som gjør det vanskelig å konkludere med hvorvidt Sivilombudsmannens rapport faktisk har endret praksis ved PHRK, UNN HF.

En annen svakhet er at studien min tar utgangspunkt i vedtak med tvangsmiddel. Dette gir en begrensning ved at jeg ikke kan sammenligne pasientgruppen med tvangsmiddelvedtak med pasientgruppen uten tvangsmiddelvedtak. Studien tar heller ikke høyde for at pasientgrunnet kan være grunnleggende ulikt i 2016 og 2018. Valg av tvangsmiddel tas på grunnlag av symptom bildet til hver enkelt pasient, og ulikheter her fra 2016 til 2018, da det kun er fem pasienter som har vedtak fra begge registreringsperiodene, kan gi utslag på resultatene mine. Øvrig kan også eksterne og interne faktorer som blant annet endringer i

ledelse, fokus på tvangsmiddelbruk i offentligheten og uheldige hendelser ha hatt innvirkning på bruken av tvangsmiddel, noe studien min ikke fanger opp.

Studien min er dog grundig kvalitetssikret med nøye gjennomgang av journaler under datainnsamlingen og diskusjon med veiledere ved tvilstilfeller. Det ble også ført logg for å sikre konsekvent registrering, og ved oppdaget ukonsekvent registrering ble dataen dobbelkontrollert våren 2020. Dette er en av styrkene med studien. Vi er også sikre på at all tvangsmiddelbruk med vedtak i vedtaksprotokollen i de aktuelle periodene er blitt inkludert i studien, samt at ingen pasienter er blitt ekskludert fra studien, noe som er en styrke.

5 Konklusjon

Det sees et høyere antall vedtak med tvangsmiddel i første halvår av 2018 sammenlignet med første halvår i 2016. At rate pr. 100 000 innbyggere i Troms og Finnmark er økt tyder på at antall vedtak i de to periodene er en akseptabel indikator for bruk av tvang. Økningen kan likevel ha vært påvirket av faktorer som gruppesammensetning i de to periodene, samt endret registreringspraksis etter Sivilombudsmannens rapport høsten 2016 og generelt økt fokus på tvangsbruk etter lovendring i 2017. Mekaniske tvangsmidler hos menn representerer hovedtyngden av økningen. Basert på resultatene i denne studien er det totalt sett sannsynlig at det er en reell økning i bruk av tvangsmidler ved PHRK, UNN HF mellom 2016 og 2018, og dette bør undersøkes nærmere for å sikre at Sivilombudsmannens kritikk fører til reelle endringer i praksis.

Det ses stor forskjell i tvangsmiddelbruk for kvinner og menn, hvor kvinner i større grad utsettes for tvangsmiddelbruk enn menn. Det ses også stor forskjell i typen tvangsmiddel som velges ut fra kjønn. Mekaniske tvangsmiddel brukes hyppigst hos menn, mens fastholding og korttidsvirkende legemidler brukes hyppigst hos kvinner. Man ser også at det er flere kvinner med diagnoser i hovedkapittel F60-69, og flest menn med diagnoser i hovedkapittel F20-29. Nesten alle vedtak er på pasienter med mer enn seks innleggelser. Dette er mulige indikatorer for bruk av tvangsmiddel og for hvilken type tvangsmiddel som brukes, og det bør forskes videre på preventive tiltak med utgangspunkt i overnevnte indikatorer, med et særlig fokus på kjønnsforskjellene.

6 Referanseliste

1. HelseDirektoratet. Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Oslo: HelseDirektoratet; 2015. Rapportnr.: IS-2314
2. Berge T, Bjøntegård KS, Ekern P, Furan M, Landrø NI, Sølvberg Larsen G, et al. Bruk av tvang i psykisk helsevern – dilemmaer i beslutningsprosessen. Tidsskrift for den norske legeförening. 2018;138(12).
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 1999-07-02 nr. 63. lovdata.no: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999
4. Larsen BH, Andersson H, Førde R. Pasientautonomi er ingen enkel sak. Tidsskriftet den norske legeförening. 2013;133(18).
5. Giacco D, Conneely M, Masoud T, Burn E, Priebe S. Interventions for involuntary psychiatric inpatients: A systematic review. European Psychiatry. 2018;54:41-50.
6. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 1999-07-02 nr. 62. lovdata.no: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999
7. HelseDirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer helsedirektoratet.no: HelseDirektoratet; 2017 Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykisk%20helsevernloven%20og%20psykisk%20helsevernforskriften%20med%20kommentarer.pdf>.
8. NOU 2019: 14. Tvangsbegrensningsloven. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2019.
9. Wynn R. The Use of Physical Restraint in Norwegian Adult Psychiatric Hospitals. Psychiatry J. 2015;2015:347246.
10. Bremnes R. Tvang i psykisk helsevern - Utvikling i perioden 2013 - 2017. HelseDirektoratet.no, HelseDirektoratet; 2019. Rapportnr.: IS-2812.
11. Dahm KT, Steiro AK, Leiknes KA, Husum TL, Kirkehei I, Dalsbo TK, et al. Interventions for Reducing Seclusion and Restraint in Mental Health Care for Adults: A Systematic Review. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2017. Rapportnr.: 2017-26.
12. Jusleksikon.no. Jurisdiksjon 2012 [oppdatert 17.03.2017; sitert 15.06 2020]. Tilgjengelig på: <https://jusleksikon.no/wiki/Jurisdiksjon#:~:text=Jurisdiksjon%20betyr%20rettsh%C3%A5ndhelse%20og%20handler,statsborgere%20og%20i%20sitt%20territorium>.
13. TvangsForsk. Nøkkeltall Tromsø: TvangsForsk; 2018 [sitert 2020 16.03]. Tilgjengelig på: <https://www.tvangsforskning.no/ressurser-og-lenker/noekkel tall tvang/>.
14. Ragnhild B, Hanne S. Tvang i psykisk helsevern - Status etter lovendring i 2017. HelseDirektoratet.no, HelseDirektoratet; 2020. Rapportnr.: IS-2888.
15. Bernt JF, et al. Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. HelseDirektoratet; 2009. Rapportnr.: IS-1370.
16. HelseDirektoratet. Tvingent psykisk helsevern med døgnopphold. Statistikk.helsedirektoratet.no: 2018 [oppdater 28.11.2019; sitert 02.04 2020]. Tilgjengelig på: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/028e6f20-6846-46df-9f3b-7cf1e2c011d8?e=false&vo=viewonly>.
17. Kalseth B, Bremnes R, Mjøs M. Kontroll av tvangsbruk 2017. HelseDirektoratet.no, HelseDirektoratet; 2019. Rapportnr.: IS-2803.
18. Bak J, Aggernaes H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. Nordic journal of psychiatry. 2012;66(5):297-302.

19. Helsedirektoratet. Tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern. statistikk.helsedirektoratet.no: 2018 [sitert 21.07 2020]. Tilgjengelig på: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonly>.
20. Statistisk sentralbyrå. Befolkning. ssb.no: 2020 [sitert 29.07 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>.
21. Sivilombudsmannen. Besøksrapport, Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Oslo: Sivilombudsmannens forebyggingsenhet; 2016.
22. Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Styresak 113-2016 Sivilombudsmannens besøksrapport ved UNN Åsgård - tiltak. 2016 [sitert 06.07 2020]. Tilgjengelig på: <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202016/20161026/Styresak%20113-2016%20Sivilombudsmannens%20bes%C3%B8ksrapport%20ved%20UNN%20%C3%85sg%C3%A5rd%20-%20tiltak.pdf>.
23. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. Int J Ment Health Nurs. 2010;19(6):416-27.
24. Direktoratet for e-helse. Kodeverket ICD-10 (og ICD-11) 2020 [oppdatert 26.03.2020; sitert 28.07 2020]. Tilgjengelig på: <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11#Last%20ned%20ICD-10%202020>.
25. Bjerke E, Gjelstad K, Rudd T. Færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern? Tidsskrift for den norske legeförening. 2019(4).
26. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. Psychiatr Serv. 2011;62(5):492-7.
27. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res. 2010;10:89.
28. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. Psychiatr Serv. 2010;61(10):1012-7.
29. Wynn R. Resraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital [Dr. med. dissertation]. Tromsø: University of Tromsø, Norway; 2004.

7 Tabeller

7.1 Tabell 1

	2016	2018	Totalt
Totalt antall	939	912	1851*
§2-1			
• Samlet	762	737	1499
• Kvinner, n (%)	367 (39.1 %)	354 (38.8 %)	721 (38.9 %)
• Menn, n (%)	395 (42.1 %)	383 (42.0 %)	778 (42.0 %)
§ 3-2			
• Samlet, n	96	89	185
• Kvinner, n (%)	37 (3.9 %)	40 (4.4 %)	77 (4.2 %)
• Menn, n (%)	59 (6.3 %)	49 (5.4 %)	87 (4.7 %)
§ 3-3			
• Samlet, n	81	86	167
• Kvinner, n (%)	40 (4.3 %)	40 (4.4 %)	80 (4.3 %)
• Menn, n (%)	41 (4.4 %)	46 (5.0 %)	87 (4.7 %)

Tabell 1. Totalt antall innlagte pasienter i inklusjonsperioden fordelt på innleggelsesparagraf, kjønn og årstall.

*Pasienter innlagt på TO uten døgn (§3-3a, §3-5-3), TPH uten døgn (§3-3a, §3-5-3) og TPH uten døgn med frivillig innleggelse (§3-3a, §3-5-3, §2-1) er ikke inkludert. Pasienter lagt inn på paragraf etter straffeprosessloven er ikke inkludert.

**Prosent i parentes er andelen innlagte, fordelt på innleggelsesparagraf og kjønn, ut fra totalt antall innlagte.

7.2 Tabell 2

	2016			2018			p-verdi*
	Kvinner	Menn	Totalt	Kvinner	Menn	Totalt	
Antall innlagte	444	495	939	434	478	912	
Antall innlagte med tvangsmiddelvedtak (% pr år)			46 (4.9%)			55 (5.8%)	>0.05

Tabell 2. Totalt antall innlagte og andel av de innlagte som har fått tvangsmiddelvedtak i inklusjonsperiodene i 2016 og 2018, fordelt på kjønn.

*forskjell i antall innlagte med tvangsmiddelvedtak mellom 2016 og 2018, 1 DF, signifikansnivå på 0.05.

7.3 Tabell 3

	Vedtak kvinner n =xx (%)	Vedtak menn	Vedtak totalt
Vedtak			
Antall	326	178	504
• § a	51	90	141
• § b	1	1	2
• § c	68	7	75
• § d	206	80	286
Alder på vedtakstidspunktet			
• 18-39	260	66	326
• 40-59	39	106	145
• 60 og eldre	27	6	33
Diagnosefordeling			
• F10-19	0	9	9
• F20-29	67	107	174
• F30-39	73	42	115
• F40-49	13	8	21
• F60-69	166	5	171
• Annet	7	7	14
Innleggelsesparagraf på vedtakstidspunktet			
• §2-1	46	20	66
• §3-2	67	50	117
• §3-3	185	72	257
• §3.5.1 (TPH med døgn, vedtak §4-10)	21	36	57
Antall innleggelser på vedtakstidspunkt			
• 1	18	16	34
• 2-5	34	49	83
• 6 eller flere	325	178	389

Tabell 3. Alder, diagnosefordeling, innleggelsesparagraf på vedtakstidspunktet og antall tidligere innleggelser for 504 tvangsmiddelvedtak ved UNN HF i begge inklusjonsperiodene 2016/2018. Vedtakskarakteristika er fordelt på kjønn.

7.4 Tabell 4

	2016 N (%)	2018	p-verdi*
Antall vedtak			
• Totalt	218	286	<0.05
• § a	42	99	<0.05
• § c	54	21	<0.05
• § d	121	165	>0.05

Tabell 4. Antall og type vedtak i inklusjonsperiodene i 2016 og 2018

*Forskjell mellom 2016 og 2018, 1 DF, signifikansnivå på 0.05.

7.5 Tabell 5

	Vedtak på menn N (%)	Vedtak på kvinner	P-verdi*
Antall vedtak			
• Totalt	178	326	< 0.05
• § a	90	51	< 0.05
• § c	7	68	< 0.05
• § d	80	206	< 0.05

Tabell 5. Antall og type vedtak i inklusjonsperiodene samlet for menn og kvinner

* Forskjell mellom menn og kvinner, 1 DF, signifikansnivå på 0.05

7.6 Tabell 6

	18-39	40-59	60 og eldre	P-verdi*
Antall vedtak				
• Vedtak § a	69	71	1	< 0.05
• § c	66	7	2	< 0.05
• § d	190	67	29	< 0.05

Tabell 6. Antall og type vedtak i inklusjonsperioden fordelt på alder

* Forskjell mellom aldersgruppene, 1 DF, signifikansnivå på 0.05.

- 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: Brak av trykkmidler ved Psykisk helse- og ruslinikken, UMN

5 RESSURSBRUK

Enhet prosjektet skal utføres ved: Psykisk helse- og ruslinikken UMN
Samarbeidspartnere av teknisk eller vitenskapelig art:

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: 19.10.18 Underskrift: [Signature]
Veileder: Anne Høne
Biveileder: Hennette Ritzoy
(Biveileder):
Student: Ashild Nordbotten

9. Sammendrag av kunnskapsevalueringer av nøkkelartikler

Referanse: Bjerke E, Gjelstad K, Rudd T. Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern? Tidsskrift for den norske legeforening. 2019(4).			Design: Retrospektiv case-kontrollstudie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentar
Se på forskjeller i antall tvangsinnleggelse i to gitte perioder med bruk av to ulike kvalitetsindikatorer.	Det er samlet data på akuttinnleggelse fra en gitt periode i 2017. Disse sammenlignes med data fra den samme perioden i 2010.	Andel tvangsinnleggelse var tilnærma uendra fra 2010 til 2017, mens raten pr. 1000 innbyggere over 18 år var kraftig redusert.	Det argumenteres for at andel tvangsinnleggelse i større grad påvirkes av utenforliggende årsaker enn rate pr. innbyggere. Andel vil påvirkes av befolkningsmessige endringer, samt organisatoriske og lovmessige endringer. Det vil ikke rate i like stor grad.
Konklusjon	Hesledirektoratets kvalitetsindikator for bruk av tvangsinnleggelse, andel (av alle innleggelse) ble så sammenlignet med rate (i forhold til folketallet).		
Derom Hesledirektoratet kun skal bruke en kvalitetsindikator for tvangsinnleggelse burde rate pr. innbyggere brukes.			
Land			
Norge			
År datainnsamling			
2017			

Referanse: Wynn R. The Use of Physical Restraint in Norwegian Adult Psychiatric Hospitals. Psychiatry J. 2015;2015:347246			Design: Litteraturstudie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentar
Undersøke studier publisert på bruk av fysiske tvangsmidler i Norge for å identifisere dagens kunnskapsnivå og veien videre for fremtidig forskning på området.	Det ble gjort litteratursøk i databasene PubMed, PsycINFO, CINAHL, Web of Science og Embase på studier relatert til fysisk tvangsmiddelbruk, inkludert fastholding, i psykiatriske sykehus i Norge. Dette ble supplementert med manuelle søk. Alle studiene funnet ble gjennomlest og ekskludert/inkludert etter forhåndsbestemte kriterier.	28 studier ble inkludert. Flest omhandler rate og pasientkarakteristika, og de viser ulikheter mellom avdelinger og sykehus som bare delvis kan forklares av ulikt pasientgrunnlag. Noen omhandler pasient- og personalets syn på tvangsmiddelbruken, hvor det ser ut til at personalet er mindre negative til bruk av tvangsmiddel enn pasientene. Det er kun en studie på intervensjon.	Det er vanskelig å sammenligne studier og deres resultater grunnet ulik metodebruk, samt endringer i lovverket angående fastholding som gjør sammenligning av gamle studier og nyere studier vanskelig. Ulike studier gir tidvis svært ulike resultater. Det er også en mangel på intervensjonsstudier på feltet med mulig forklaring at det er vanskelig å utføre.
Konklusjon			
Det er et behov for flere intervensjonsstudier.			
Land			
Norge			
År datainnsamling			
2015			

Referanse: Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. <i>Psychiatr Serv.</i> 2011;62(5):492-7.			Design: Retrospektiv case-kontrollstudie
Formål Undersøke karakteristika hos pasienter utsatt for tvangsmiddel sammenlignet med innlagte pasienter som ikke var utsatt for tvangsmiddelbruk, og hvilke faktorer som eventuelt kan predikere tvangsmiddelbruken.	Materiale og metode Data er innsamlet over en toårsperiode fra akuttpsykiatriske seksjoner på tre ulike sykehus i Norge. Alle pasienter med tvangsmiddelvedtak (hhv. mekaniske tvangsmiddel, korttidsvirkende legemiddel og isolasjon) er inkludert, og en randomisert utvalgt gruppe av innlagte pasienter uten tvangsmiddelvedtak. Tvangsprotokoll og pasientjournaler ble brukt til datainnsamling.	Resultater I gruppen med tvangsmiddelvedtak var pasientene signifikant yngre, hadde flere og lenger innleggelser, og var oftere henvist til tvungent psykisk helsevern. De var også mer sannsynlige å være menn, å ha innvandrerbakgrunn og å ha diagnosene «rusmiddelbruk», «Schizofreni» eller «bipolar lidelse». Prediktive faktorer var diagnose, innleggelseslengde, antall innleggelser og innleggelsesparagraf.	Diskusjon/kommentar Mange av prediktorene henger sammen med diagnose, som reflekterer alvorlighet og da ofte også antall innleggelser og lengde. Dårlig erfaring med helsevesenet øker også risikoen for å droppe ut av behandling, og dermed økt risiko for flere innleggelser og mer tvangsmiddelbruk. Det kan tyde på at identifisering av disse pasientene er viktig for forebygging. Studier på tvers av land viser tilsvarende resultater.
Konklusjon Det er viktig å identifisere pasientene med risiko. Da kan man redusere risikofaktorer og finne alternativer til tvangsmiddelbruk hos pasientgruppen i risiko.			
Land Norge			
År datainnsamling 2004 og 2005			

<p>Referanse: Husum TL, Bjorngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res. 2010;10:89.</p>			<p>Design: Prospektiv tverrsnittstudie</p>
<p>Formål</p> <p>Studere pasient-, personal-, og avdelingskarakteristika assosiert med mekaniske tvangsmiddel, skjerming og tvangsmedisinering (etter phvl §4-4).</p>	<p>Materiale og metode</p> <p>Data på tvangsinnlagte pasienter ble linka til data fra avdelinger (sengeplass, antall ansatte, holdninger blant ansatte, etc.) ved 32 akuttpsykiatriske avdelinger. Dette inkluderte 1016 pasienter i en multilevel regresjonsanalyse.</p>	<p>Resultater</p> <p>Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk varierte fra 0-88% på ulike avdelinger. Flest hadde blitt skjermet, nest flest blitt brukt mekaniske tvangsmiddel på og færrest var tvangsmedisinert. Det var betydelige forskjeller mellom avdelingene, men det var til dels påvirket av ulike avdelings sammensetninger.</p>	<p>Diskusjon/kommentar</p> <p>Det drøftes at aggresjon hos pasienter ofte er en viktig årsak til tvangsmiddelbruk og at dette også ofte er utfordrende for ansatte. Det er derfor viktig å undersøke pasient-ansatt-forhold mtp. aggresjon. Det er også avdelingsforskjeller som ikke er inkludert i analysen som må utgjøre en forskjell da man ikke fant enkeltvariabler på avdelingsnivå som predikerer tvangsbruken. Det var ikke en sammenheng mellom ansattes holdninger og bruk av tvang, men studien tar ikke hensyn til enkelt individers holdninger og påvirkning.</p>
<p>Konklusjon</p> <p>De betydelige avdelingsforskjellene indikerer at faktorer ved avdelingene påvirker tvangsbruken, og at noen avdelinger har forbedringspotensialet. For intervensjoner mot tvangsbruken burde organisatoriske og miljøfaktorer også analyseres.</p>			
<p>Land</p> <p>Norge</p>			
<p>År datainnsamling</p> <p>2005-2006</p>			

Referanse: Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. <i>Psychiatr Serv.</i> 2010;61(10):1012-7.			Design: Multisenter prospektiv kohortstudie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentar
Undersøke hyppighet og type tvangsmiddel, samt pasientkarakteristika assosiert med tvangsmiddelbruk, blant tvangsinnlagte pasienter i ti ulike land.	Det var samla inn data fra et til fem sykehus pr. land. Karakteristika av hvert sykehus ble samla inn, samt alle pasienter innlagt på tvang som oppfylte visse kriterier ble rekruttert. 2030 pasienter var inkludert.	Tvangsmiddelbruk var brukt 1462 ganger, fordelt på 777 pasienter. Andelen pasienter hvor tvangsmiddel var brukt varierte mye fra land til land. Den vanligste årsaken oppgitt for tvangsmiddelbruk var aggresjon, og schizofreni var assosiert med høyere sannsynlighet for tvangsmiddelbruk.	Studien kan ikke generaliseres da tvangsmiddelbruken varierer mye, også innenfor hvert enkelt land. Det kan heller ikke utelukkes udokumentert bruk av tvangsmiddelbruk. Å unngå all bruk av tvangsmidler er urealistisk pr. i dag, og et mål bør heller være å regulere bruken godt for å maksimere individuell frihet for innlagte pasienter.
Konklusjon			
Bruken av tvangsmidler ser ut til å være avhengig av diagnose og alvorlighetsgrad av sykdom hos pasienten. Tvangsmiddel var brukt hos en betydelig gruppe av ikke-frivillig innlagte pasienter i Europa, men med stor variasjon mellom land som muligens representerer sosiale holdninger og kliniske forskjeller.			
Land			
Tyskland, Bulgaria, Tsjekia, Hellas, Italia, Litauen, Polen, Spania, Sverige og London.			
År datainnsamling			
Juli 2003 til desember 2005.			

Vedlegg

Kodeveileder

Kodeveileder for Åshild

Innledning

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 tilstilfeller.

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.

Dato for vedtak

Den datoen vedtak etter § 4-8 er fattet. To ulike tidsperioder undersøkes. Alle vedtak innenfor disse datoene skal registreres:

- Periode 1: 01.01.16 – 31.06.16
- Periode 2: 01.01.18 – 31.06.18

REDCap nr

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

Unikt pasient løpenummer ID

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

Vedtaksparagraf

Alle vedtak i **hht** § 4-8 registreres, og underpunkt a-d. Det er egne bokser for avkrysning av underpunkter a-d.

Innleggelsesparagraf på tidspunkt for vedtak om 4-8

2.1

3.2

3.3|

3.5.1 (TUD)

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

innleggelse eller pasienten ikke er utskrevet på registreringstidspunktet, settes diagnose 99 (som uttrykk for missing). Etter avsluttet prosjekt gjøres en sjekk på nye utskrivelser.

Alder

Alder (antall år) ved tidspunkt for vedtak registreres (beregnes ut fra fødselsår).

Kjønn

Det krysses av for om pasienten er kvinne eller mann.

Enhet

Det krysses av for enhet (post) der vedtaket ble fattet. Finnes i journal eller vedtaksmodul.

Innleggesnummer

Krysses av for følgende bokser:

- 1.gangs innleggelse
- 2.- 5. innleggelse
- 6.innleggelse eller mer

Kommentarer til hver registrering

Fylles bare ut der det er strengt nødvendig.

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

REDCap-skjema

Data

Adding new Record ID 506

Record ID 506

Dato for vedtak: Today D-M-Y
* svar kreves for å gå videre

Unikt pasient løpenummer ID:
* svar kreves for å gå videre

Underpunkt til vedtaksparagraf: a) mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder beltelegging og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
 b) kortvarig anbringelse bak låst eller stengt før uten personale tilstede.
 c) enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
 d) kortvarig fastholding.
tilbakestill

Innleggelsesparagraf på tidspunkt for vedtak om 4-8: 2.1
 3.2
 3.3
 3.5.1 (TPH med døgnopphold, vedtak etter § 4-10)
 3.5.3 (TPH med døgnopphold, frivillig)
tilbakestill

Diagnose:
* svar kreves for å gå videre

Fødselsår:
* svar kreves for å gå videre

Alder: View equation

Kjønn: Mann
 Kvinne
tilbakestill

Enhet: Akuttpost Tromsø (AKUTTR)
 Akuttpost Nord (ANORDTR)
 Akuttpost Sør (ASØRTR)
 Alderspsykiatrisk (ALDTR)
 Psykose- og rusenhet (PSYTR)
 Døgnettenhet 1 (DPS1TR)
 Døgnettenhet 2 (DPS2TR)
 Sikkerhet døgn (SIKTR)
 Sikkerhet rehab (SIKTR)
tilbakestill

Innleggelsesnummer: 1. gangs innleggelse
 2. - 5. innleggelse
 6. innleggelse eller mer
tilbakestill

Kommentarer:

Form Status

Complete? Incomplete ▾

Save & Exit Form
Save & Go To Next Record ▾
-- Cancel --

Vedlegg 2: Skjerm bilde av REDCap-skjemaet som ble brukt for å registrere data. REDCap nr. 506 er fiktivt.