

Hva er skjerming?

Utvikling av kunnskapsbasert og pålitelig måling av skjerming i døgnavdelinger i psykisk helsevern

Måleskjema om skjerming. Vurderinger ved personalet

Pasient

Skærer Dato

Tidsrommet skåringen gjelder: Siste 24 timer ☐ Annet:

Grunner til at skjerming er startet eller fortsettes (ett kryss av på hver linje)

	Ja	Nei
G1 Pasientens atferd er ukritisk	☐	☐
G2 Pasientens atferd er kaotisk	☐	☐
G3 Pasienten har betydelig økt aktivitet	☐	☐
G4 Pasienten er truende eller voldelig mot personalet	☐	☐
G5 Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter	☐	☐
G6 Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade	☐	☐

Skjermingstiltak som har vært brukt (ett kryss på hver linje)

	Ja	Nei
S1 Regulering av å ta kontakt med andre	☐	☐
S2 Begrense tilgangen til gjenstander	☐	☐
S3 Regulering av inntrykk	☐	☐
S4 Roe ned og trygge pasienten	☐	☐
S5 Grensesetting eller korrigering	☐	☐
S6 Skape struktur for pasienten	☐	☐
S7 Aktiviteter med personalet	☐	☐
S8 Støttesamtaler med pasienten	☐	☐
S9 Følge pasienten tilbake til skjermingen	☐	☐
S10 Gradvis økning av tid i fellesmiljøet	☐	☐

Skjerming etter vedtak eller uformelt ☐ Etter vedtak ☐ Uformelt

Sted der pasienten skjermes ☐ Eget rom ☐ Skjermingsavsnitt

Fase i skjermingsforløp ☐ Start ☐ Pågår ☐ Avslutning

Torleif Ruud, Maren Rognaldsen,

Espen Woldsengen Haugom, Torfinn Hynnekleiv

Akuttnettverket i samarbeid med Akershus universitetssykehus

2019

Forord

Resultatene fra «skjermingsprosjektet» presenteres herved for både dem som har deltatt i prosjektet, for andre i Akuttnettverket, og for andre som er interessert i hva som skjer under skjerming og i hvordan skjerming kan brukes optimalt.

Arbeidet med prosjektet har vært omfattende og ble mer tidkrevende og langvarig enn vi hadde forutsett under planleggingen. Dette skyldes delvis at utprøvingen av måleverktøyet ble krevende med flere runder for å få samlet inn nok data og analysert disse. Det skyldes også delvis endring i arbeidssituasjon for medlemmene i prosjektgruppa og at andre oppgaver måtte prioriteres. Dette gjelder særlig prosjektleder.

Det er mange personer som har bidratt i ulike faser. Vi takker dere som i første fase skrev de fyldige beskrivelsene av skjermingsforløp som la grunnlaget for identifisering av elementer i skjerming. Vi takker dere som i to Delphi-runder gjorde vurderinger av operasjonaliserte elementer for å oppnå konsensus om elementene i skjerming. Vi takker dere som i en eller flere runder av utprøvingen av skjema brukte tid på å skåre skjerminger der dere arbeidet. Vi takker dere i referansegruppa som deltok i drøftinger i faser der det var viktig med flere perspektiver i de beslutninger som skulle tas, og dere i FOU-avdeling psykisk helsevern ved Ahus som bidro med mye merkanthilp og annen praktisk hjelp i ulike faser av prosjektet.

Denne dugnaden har vært viktig både for å komme fram til resultatet som vi hadde som mål: Et kunnskapsbasert og pålitelig måleskjema for skjerming. Men dugnaden har også vært viktig fordi resultatet bygger på praksis, erfaringer og vurderinger gjort av et bredt sammensatt utvalg av døgnavdelinger innen psykisk helsevern for voksne.

I tillegg til å takke dere alle på vegne av prosjektgruppa, vil jeg som prosjektleder også takke mine medarbeidere i prosjektgruppa. Takk til Torfinn som initiativtager til prosjektet på vegne av Sykehuset Innlandet Reinsvoll, som engasjert kliniker, som utholdende nestleder i alle faser og som leder av mange diskusjoner i Akuttnettverket. Takk til Maren for omfattende og grundig arbeid med forberedelser, innsamling og analyser av alle skjermingsbeskrivelsene, og for god organisering og gjennomføring av Delphi-prosessen. Takk til Espen for allsidig og tålmodig prosjektarbeid helt fra analyser av skjermingsbeskrivelsene og til fullføring av flere runder med utprøving av utkast til måleskjema, samt til hans arbeid med gjennomgang og analyser av de etiske dilemmaene i forbindelse med skjerming.

Med ønske om at måleskjemaet skal bidra til kunnskap om hvordan psykisk helsevern kan bli bedre!

Lørenskog, april 2019

Torleif Ruud
Prosjektleder

Referanse til rapporten:

Torleif Ruud, Maren Rognaldsen, Espen Woldsengen Haugom, Torfinn Hynnekleiv. Hva er skjerming? Utvikling av kunnskapsbasert og pålitelig måling av skjerming i døgnavdelinger i psykisk helsevern. Rapport. Akershus universitetssykehus, 2019.

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag.....	4
2 Bakgrunn og formål	5
2.1 Behov for operasjonalisering og pålitelig måling	5
2.2 Formål.....	6
3 Gjennomføring av prosjektet	8
3.1 Organisering av prosjektet	8
3.2 Rekruttering av døgnposter til prosjektet.....	9
3.3 Oversikt over hovedfaser i prosjektet.....	9
4 Identifisering av elementer i skjerming.....	11
4.1 Skjema for beskrivelse av skjermingsforløp	11
4.2 Innsamling av skjermingsbeskrivelser	12
4.3 Analyser av skjermingsbeskrivelsene	12
4.4 Resultater fra identifisering av mulige elementer i skjerming.....	13
5 Konsensus om skjermingselementer ved Delphi-prosess.....	14
5.1 Bruk av Delphi-prosess som metode i prosjektet	14
5.2 Første Delphi-runde	15
5.3 Andre Delphi-runde.....	20
5.4 Oppsummering av konsensus ved Delphi-prosessen.....	22
6 Utforming og testing av måleskjema om skjerming.....	24
6.1 Uprøving av elementene i forhold til klinisk praksis	24
6.2 Reliabilitetstesting av kortere måleskjema med gradert svarskala	28
6.3 Reliabilitetstesting av skjema med svaralternativer ja/nei	29
6.4 Resultater fra tredje hovedfase med testing av måleskjema	30
7 Ferdig skjema for måling av skjerming.....	32
7.1 Hensiktene med måleskjema om skjerming	32
7.2 Forslag til bruk av måleskjemaet.....	32
7.3 Noen muligheter for videre utvikling av måleskjemaet.....	33
7.4 Formidling av resultatet	33
Referanser	34
Ferdig måleskjema og vedlegg	35

Sammendrag

Bakgrunnen for prosjektet var den **ukjente variasjon i forståelse av skjerming** og hva dette kunne medføre av ulik praksis og registrering av praksis. Det er vanskelig å vite om data om skjerming fra ulike avdelinger egentlig kan sammenlignes, så lenge en ikke har en pålitelig måte for måling av skjerming.

Målet for prosjektet har vært å utvikle et måleskjema som bygger på kunnskap om hva som faktisk gjøres ved skjerming i døgnposter i psykisk helsevern. Ved å utvikle et kunnskapsbasert og pålitelig måleskjema om skjerming kan man bidra til bedre kvalitetssikring av klinisk praksis, sammenlignbare registreringer, og forskning på effekt og opplevelse av skjerming. For å få dette til har prosjektet **operasjonalisert skjerming** som begrep og fenomen ved å gjøre det til empirisk målbare variabler.

Gjennomføringen av prosjektet har vært gjort av Akuttnettverket for akuttpsykiatriske tjenester i samarbeid med mange døgnavdelinger, og med Akershus universitetssykehus som juridisk ansvarlig. Prosjektgruppa har vært Torleif Ruud (leder), Torfinn Hynnekleiv (nestleder), Maren Rognaldsen og Espen Woldsengen Haugom. Prosjektet har vært finansiert ved midler fra Akuttnettverket, inkludert en ekstra tildeling fra Helse Sør-Øst HF, og bidrag i form av arbeidstid ved Ahus FOU-avdeling psykisk, Sykehuset Innlandet HF og de psykiatriske avdelingene som har deltatt i prosjektet.

Første fase besto i å identifisere elementer i skjerming ved litteraturgjennomgang og en empirisk undersøkelse om skjermingspraksis i døgnavdelinger i psykisk helsevern. En oversiktsartikkel fra litteraturgjennomgangen ble publisert i Tidsskrift for den norske legeforening. 57 døgnposter leverte 149 systematiske og detaljerte beskrivelser av konkrete skjermingsforløp med informasjon om grunner til skjerming, skjermingstiltak og avslutninger av skjerming. Ved tematiske analyser av materialet ble det identifisert 23 grunner til skjerming, 23 skjermingstiltak og 6 avslutningsmåter.

Andre fase besto i å oppnå konsensus om hvilke elementer fra første fase som inngår i skjerming. Gjennom to runder med avstemninger i en Delphi-prosess, skåret først 47 og så 41 døgnposter i hvilken grad hvert element var en del av skjermingspraksis ved deres døgnpost. I andre runde fikk de opplysninger om resultatet fra første avstemning, slik at de kunne vurdere om de ville endre sin skåring i lys av hva andre hadde ment. Analyser av svarene viste konsensus om 10 grunner til skjerming, 20 skjermingstiltak og 5 avslutningsmåter ved skjerming.

Tredje fase besto i utprøving og testing av et måleskjema om skjerming. Et utkast til måleskjema med elementene fra andre fase ble først prøvd ut i 16 sykehus ved skåring av 234 skjerminger. Analyser av svarene med fokus på å redusere antall elementer som dekket det samme, resulterte i et kortere måleskjema med 6 skjermingsgrunner og 10 skjermingstiltak. Et kortere måleskjema ble så testet i to runder for å se om to eller flere skårere svarer omtrent det samme dersom de skårer de samme skjermingene. Første runde viste ikke godt nok samsvar, men etter en endring av svarskalaen var det godt nok samsvar i andre runde av testingen av det reviderte måleskjemaet.

Ferdig måleskjema om skjerming er kunnskapsbasert og vist å kunne gi pålitelige målinger. Det kan tas i bruk i kvalitetssikring av klinisk praksis, evaluering og videreutvikling av drift av døgnavdelinger, sammenligning av praksis mellom steder og over tid, og i forskning på skjerming. Det er ønskelig at data fra bruk av måleskjemaet også analyseres og brukes som ledd i å justere og videreutvikle ut fra økende kunnskap og erfaringer med det, og dersom endringer i lovverk og forskrifter skulle gjøre det aktuelt. Sluttproduktet, målingsskjemaet om skjerming med veiledning, er bakerst i rapporten.

2 Bakgrunn og formål

2.1 Behov for operasjonalisering og pålitelig måling

Det kliniske fenomen som de mange og ulike kliniske miljøer kaller «skjerming», faller inn under miljøterapeutiske tiltak som brukes i psykiatriske døgnavdelinger. Tiltaket er definert bl.a. i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften (1) der det nå står: Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient «holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten». Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter. Forskriften (1) sier at «helsepersonell skal være til stede i den utstrekning det er nødvendig. Dersom pasienten gir uttrykk for å ville være alene, skal helsepersonellet forlate rommet dersom tilstedeværelse ikke vurderes nødvendig».

Den sterke vekten på bruk av denne typen skjerming som særegen behandlingsmetode adskilt fra isolat, kan være et særnorsk fenomen. Men det finnes beslektede begreper og praksisformer i andre land. Vi har kjennskap til kliniske miljøer i Danmark og Nederland som har tiltak som atskilles fra isolat og kan ligne det vi kalles skjerming, men delvis med strengere kriterier for bruk. Men vi kan altså i svært begrenset grad hente kunnskap fra andre land.

Den norske lovreguleringen i de senere årene tydeliggjør også uklarheter og forskjeller i forståelse og praksis av skjerming. Det er mulig at dagens forskrift har et mer snevert syn på skjerming enn den finner i de kliniske miljøene i døgnavdelinger i psykisk helsevern.

En formell skjerming, dvs. skjerming etter formelt fattet beslutning i henhold til lovverket, benyttes hyppig ved de fleste psykiatriske sykehusavdelinger (2). I følge Kontrollkomisjonene ble det i 2009 truffet 2 218 vedtak om skjerming (3). Denne typen skjerming var den form for tvang som ble mest brukt ved akuttpsykiatriske avdelinger som deltok i Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) i 2005/2006 (4). En rapport basert på gjennomgang av tvangsprotokollene i alle døgnavdelinger i psykisk helsevern i Norge for 2009, viste at det ble gjort 2 689 vedtak om skjerming fordelt på 1 406 pasienter (5). For 2 055 av disse vedtakene manglet det informasjon om varigheten av skjermingen, men median tid skjerming var 140 timer for de skjermingene der det var registrert varighet. Det finnes imidlertid ikke systematisk informasjon om hvordan skjermingene gjennomføres. I norsk pasientregister ble det i 2010 registrert 3 062 vedtak og 3 082 vedtak i 2011. Helsedirektoratet meldte om 4 650 skjermingsvedtak i 2013 (6). Rapportering av vedtak antas fortsatt å være ufullstendig og mangelfull. Dette begrenser muligheten til å benytte data til analyseformål (7). En operasjonalisering av skjermingsbegrepet og utvikling av et måleskjema vil bidra til bedre rapportering og større mulighet til å bruke data i forskningssammenheng.

I slutfasen av nettverket som gjennomførte MAP-prosjektet og i det nye Akuttnettverket ble det de siste tre årene før skjermingsprosjektets oppstart arbeidet med forslag om å fremskaffe mer systematisk kunnskap om hva skjerming er. Initiativet kom fra Sykehuset Innlandet, og mer enn halvparten av akuttavdelingene i landet uttrykte interesse for å være med på å generere kunnskap om dette. En rekke diskusjoner på nettverkssamlinger og i en uformell arbeidsgruppe tilknyttet Akuttnettverket under ledelse av Torleif Ruud og Torfinn Hynnekleiv, tydet på at både forståelse og skjermingspraksis varierte betydelig i akuttavdelinger. En pilotundersøkelse vinteren 2011 tydet på det samme. I januar 2009 arrangerte Ahus og Universitet i Oslo et dagsseminar om innholdet i

behandling i akuttavdelinger, der Paul Lelliott og Brynmor Lloyd-Evans fra London la fram relevant forskning fra England og deltok i diskusjonen med kliniske ledere fra mange norske akuttavdelinger. Diskusjonen bekreftet inntrykket av at en i England ikke har noe som helt tilsvarer skjerming. Reidun Norvoll har ut fra sitt doktorgradsarbeid med skjerming (8) vært engasjert i et samarbeid med Akuttnettverket om en systematisk og kritisk litteraturgjennomgang om skjerming som ble publisert januar 2015 (9). Ukjent variasjon i forståelse av skjerming kan medføre både ulik praksis og ulik registrering av praksis. Det synes å være begrunnet tvil om data om skjerming fra ulike avdelinger egentlig kan sammenlignes. Så lenge en ikke har en pålitelig måte for måling av skjerming, kan en overse reelle forskjeller som finnes, eller en kan rapportere forskjeller som ikke er reelle.

Det foreligger altså ingen full enighet eller etablert teori om skjerming, og heller ingen forskningsbasert kunnskap om eventuell terapeutisk effekt (9). Det er derfor behov for en operasjonalisering av det som i klinisk praksis kalles skjerming for å få en mer reliabel, valid og brukervennlig måte å måle skjerming på. Med operasjonalisering mener vi i vårt prosjekt å gjøre skjerming som begrep og fenomen om til empirisk målbare variabler. Dette er en forutsetning ved ønske om lik klinisk praksis, kvalitetssikring, evaluering og forskning. En pålitelig målemetode vil gi mulighet for forskning på omfang, variasjon, effekt for ulike pasientgrupper og opplevelse av skjerming. Det er også ønskelig å finne ut i hvilken grad våre former for skjerming er noe som bare praktiseres i Norge, og å sammenlikne norske modeller med praksis i andre land.

Det foreligger altså et juridisk krav om vedtak ved skjerming. Men kliniske miljøer rapporterer om at det de kaller skjerming også forekommer uten vedtak, og med eller uten pasientens eksplisitte samtykke. Det kan være at en i noen tilfeller kvier seg for å melde om uformelle skjermingstiltak av frykt for at de kan bli oppfattet som at det forekommer ulovlig bortvisning fra fellesområder. Det brukes også andre ord enn skjerming som kan fungere synonymt, av typen «time-out», «pause», «roe seg ned på rommet». I dette prosjektet har vi forholdt oss til de tiltak som lokalt kalles for skjerming. Så lenge vi ikke har noen entydig eller valid klinisk skjermingsdefinisjon, bygger dette heller ikke på en bestemt oppfatning av skjerming. Prosjektet er nettopp åpent for å ta inn bredden av det som faglig oppfattes som skjerming i døgnposter som bruker skjerming, - også om den lokale bruken ikke synes å være dekket av hva forskriftene sier om skjerming, og uavhengig av om det foreligger et vedtak om skjerming eller ei.

2.2 Formål

Prosjektets formål har vært å utvikle et kunnskapsbasert og pålitelig måleskjema for skjerming. Dette skulle bygge på kunnskap om hva som faktisk gjøres ved skjerming, i form av skjermingselementer som ble identifisert og operasjonalisert ut fra en systematisk kartlegging av innholdet i skjerming slik det praktiseres i døgnavdelinger i psykisk helsevern, samt deretter utforming, testing og forbedring av et kvalitetssikret måleskjema for bruk i klinisk praksis, kvalitetsforbedring, rapportering og forskning.

I første fase av prosjektet var målet å identifisere og operasjonalisere elementer i skjerming. Disse burde dekke bredden og variasjonen i hva som er praksis for å bidra til å kunne måle dette. Kartleggingen skulle også identifisere etiske problemstillinger og hvordan det arbeides med disse.

I andre fase var målet å bruke systematiske faglige avstemninger (Delphi prosess) for å komme fram til konsensus om hva som kan inngå i skjerming av indikasjoner (begrunnelser) for skjerming, tiltak under skjerming og avslutningsmåter ved skjerming.

I tredje fase var målet å utarbeide og teste et pålitelig måleskjema for skjerming, slik at dette kan brukes i klinisk arbeid, kvalitetsforbedring, rapportering/sammenligning, evaluering og forskning for å bidra til optimal bruk av skjerming som metode innen miljøterapi i døgnposter. En slik målemetode vil også gi mulighet for internasjonale sammenligninger av liknende fenomener.

3 Gjennomføring av prosjektet

Metoden for å komme fram til en operasjonalisering og enighet (konsensus) om elementer i skjerming må være transparent. En må kunne redegjøre for hvordan prosessen har vært og hvordan beslutningene har blitt tatt. Dette begrenser muligheten for at tilfeldigheter eller enkeltpersoners innflytelse styrer resultatet, og det gir innsyn og mulighet for å vurdere resultatet av prosessen.

3.1 Organisering av prosjektet

Akuttnettverket for akuttjenester i psykisk helsevern har gjennomført prosjektet i samarbeid med ansatte ved Sykehuset Innlandet HF og de døgnavdelinger som har deltatt i prosjektet. Ahus har vært ansvarlig institusjon for prosjektet. Akuttnettverket er et nettverk for evaluering, fagutvikling og kvalitetsforbedring i akuttpsykiatrien. Det ledes av Ahus FOU-avdeling psykisk helsevern på vegne av de regionale helseforetakene som eier nettverket. Planer og resultater i prosjektet har vært drøftet jevnlig i alle faser i Akuttnettverkets parallellsesjoner for akuttavdelinger for voksne.

Prosjektgruppa har bestått av professor Torleif Ruud (prosjektleder), psykiater Torfinn Hynnekleiv (nestleder), psykolog Maren Rognaldsen og vernepleier Espen W. Haugom. Maren Rognaldsen gjennomførte innsamling og analyser av skjermingsbeskrivelser, og koordinering av Delphi-prosessen. Espen W. Haugom deltok i analyser av skjermingsbeskrivelsene og gjennomførte datainnsamlingene ved utprøving og testing av utkastene til måleskjema. Prosjektkoordinatorene Bodil Skiaker og Solveig Lundsvoll ved FOU-avdeling psykisk helsevern Ahus har gitt merkantil og praktisk bistand, og sykepleier Siri Ødegård Fossum arbeidet på deltid i prosjektet i startfasen. Forsker Reidun Norvoll gjennomførte litteraturgjennomgangen om skjerming i starten av prosjektet.

Prosjektet har hatt en referansegruppe med følgende brukere, pårørende og klinikere: Gunn Helen Kristiansen (Mental helse), Borghild Spithen Mathisen (Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse), Hege Therese Iversen (Sykehuset Østfold HF), Helena Wallin Holm (Sykehuset Østfold HF), Erling Moldal (Lovisenberg diakonale sykehus), Torunn Kobbenes (Diakonhjemmet sykehus), Brit Elin Korneliussen (Jæren DPS), Karin Kaasa (Universitetssykehuset i Nord Norge HF) og Margaret Strand (Helse Bergen HF). Referansegruppa hadde samlinger ved avslutning av første og andre hovedfase for å drøfte resultatene fra hver hovedfase og hvilke elementer som ut fra dette skulle tas med i neste hovedfase i prosjektet. Døgnavdelinger som deltok i prosjektet kunne ved påmelding foreslå medlemmer til referansegruppa.

Professor Len Bowers (Kings College, London) var internasjonal rådgiver for prosessen med forslag til operasjonalisering ut fra de innsendte beskrivelser ut fra sin erfaring fra forskning på psykiatriske akuttavdelinger og tvang. Professor Harold Pincus (Columbia University, New York) var rådgiver for Delphi-prosessen ut fra sin erfaring fra bruk av Delphi-prosesser som ledd i konsensusbygging og fra sin omfattende erfaring fra måling av kvalitet i psykisk helsevern.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet på Ahus (prosjekt nummer 2012/095). Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, reg.nr.2013/243) vurderte at prosjektet ikke trengte godkjenning fra REK fordi det var et kvalitetsprosjekt med bruk av anonymiserte data. Skjermingsbeskrivelser og data fra Delphi-prosesser og utprøvinger av måleskjema oppbevares på forskningsserver på Akershus universitetssykehus.

Prosjektet har vært finansiert ved midler fra Akuttnettverket, inkludert en ekstra tildeling fra Helse Sør-Øst HF, og bidrag i form av arbeidstid ved FOU-avdeling psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet HF og de psykiatriske avdelingene som har deltatt i prosjektet.

3.2 Rekruttering av døgnposter til prosjektet

Det var ønskelig å ha et bredt og stort utvalg av døgnposter med i prosessen, slik at resultatet kan anses som representativt for døgnposter som bruker skjerming. Det kan tenkes at ulike poster innen samme avdeling har utviklet ulik praksis i bruk av skjerming, og det ble derfor bestemt at det kunne være med flere poster fra samme avdeling.

Alle døgnposter i psykisk helsevern som bruker skjerming ble invitert til å delta. 65 poster meldte seg på i løpet av noen måneder i 2012. Hovedvekten av de som meldte seg på var akuttposter, men det var også en del sikkerhetsposter, psykoseposter, noen poster for unge, noen alderspsykiatriske poster, og noen poster for affektive lidelser og krise/traumer.

3.3 Oversikt over hovedfaser i prosjektet

Første hovedfase i prosjektet var innsamling og analyser av detaljerte beskrivelser av reelle skjermingsforløp. Døgnavdelinger i psykisk helsevern som bruker skjerming ble invitert til å være med. Hver døgnpost skulle levere beskrivelser av skjermingsforløp på et skjema utarbeidet for dette. Beskrivelsen skulle gjøres av de fagpersoner som besluttet og/eller gjennomførte skjermingen, og de skulle kvalitetssikres av den som koordinerer prosjektet i avdelingen. Medlemmer i prosjektgruppa skulle så analysere skjermingsbeskrivelsene og identifisere elementer (grunner, tiltak og avslutningsmåter) i skjermingene. Resultatet fra første fase skulle være en liste over elementer som har vært brukt i skjerminger. Som ledd i første fase av prosjektet ble det gjort en systematisk litteraturgjennomgang om skjerming (9).

Andre hovedfase var en prosess kalt Delphi-prosess (10, 11) for å oppnå konsensus om hvilke av de identifiserte elementene fra skjerminger som det er bred enighet om kan være elementer i skjerming. En tverrfaglig gruppe i hver døgnpost skulle i to-tre runder stemme over hvilke elementer som kan inngå i skjerming. En skulle da angi om en mener det enkelte elementet er noe som inngår i skjerming. Økende konsensus oppnås ved at en i hver runde får opplyst resultatet av forrige avstemning for hvert enkelt element, og at hver gruppe dermed i sin nye avstemning kan ta hensyn til hva andre har svart i forrige runde.

Tredje hovedfase skulle være å utforme, prøve ut og kvalitetssikre et måleskjema (skjema) for registrering av elementer som det er konsensus om kan inngå i skjerming. Første utprøving skulle vise hvor ofte de elementene det var enighet om faktisk brukes i skjerminger, og om analyser av dette kan gi grunnlag for å forkorte eller forenkle måleskjemaet. Andre utprøving skulle være å teste pålitelighet (reliabilitet), altså om to ulike skårere vil skåre samme skjermingsforløp på samme måte slik at måleskjemaet kan brukes til å sammenligne skjerminger på tvers av steder.

Diskusjoner i referansegruppa

Referansegruppa hadde to møter i løpet av høsten 2013. I det første møtet ble resultatene fra analysen av skjermingsbeskrivelsene drøftet. Referansegruppa fikk på forhånd tilsendt en liste over begrunnelser for skjerming og elementer i skjerming, og de kommenterte disse, foreslo endringer og

eventuelle tillegg. Revidert liste ble så sendt til alle døgnpostene i prosjektet som første runde i Delphi-prosessen, der de vurderte hvilke av tiltakene de mente inngår i skjerming.

I det andre møtet på slutten av høsten drøftet referansegruppa resultatene etter andre runde i Delphi-prosessen. De fikk da på forhånd tilsendt resultatene og et utkast til måleskjema basert på resultatene, og gav innspill og kommentarer til utkastet, samt deltok i vurderingen om det er nødvendig eller ønskelig med en runde til i Delphi-prosessen.

Tabell 3.1 Oversikt over arbeid og produkt for hver hovedfase i prosjektet

Fase	Utgangspunkt	Prosess og arbeid	Produkt
Arbeid for å identifisere elementer i skjerming			
Litteratur-gjennomgang	Systematisk litteratursøk om skjerming	Systematisk gjennomgang av litteratur om skjerming	Oversiktsartikkel publisert i legeforeningens tidsskrift
Beskrivelser av skjerming	Skjema for beskrivelse av skjermingsforløp	Personale i 57 døgnposter beskriver skjermingsforløp	Beskrivelser av 149 skjermingsforløp
Identifisering av elementer	Beskrivelser av 149 skjermingsforløp	Analyser for å identifisere og kategorisere elementer	Liste med 23 grunner, 23 tiltak, 6 avslutningsmåter
Prosess for å oppnå konsensus om elementer i skjerming			
Første Delphi-runde	Skjema med 23 grunner, 23 tiltak, 6 avslutningsmåter	47 poster skåret elementer og foreslo nye. Analyser av svarene.	Beholdt 13 grunner, 20 tiltak, 7 avslutningsmåter
Andre Delphi-runde	Skjema med 13 grunner, 20 tiltak, 7 avslutningsmåter	41 poster skåret elementer og foreslo nye. Analyser av svarene.	Beholdt 10 grunner, 20 tiltak, 5 avslutningsmåter
Utvikling og utprøving av måleskjema om skjerming			
Utprøving av skjemautkast	Skjema med 10 grunner, 20 tiltak, 5 avslutningsmåter	Utfylt skjema for 234 skjerminger og analyser av mønstre i svar	Forkortet måleskjema med 6 grunner og 10 tiltak
Testing av kort måleskjema	Måleskjema med 6 grunner (ja/nei) og 10 tiltak (grad)	69 skjermingsforløp hvert skåret av to klinikere. Analyser av svar.	Ikke tilfredsstillende samsvar (reliabilitet) mellom skårere
Testing av endret skjema	Måleskjema med 6 grunner (ja/nei) og 10 tiltak (ja/nei)	31 skåringer av 20 skjermings-beskrivelser. Analyser av svar	Tilfredsstillende samsvar (reliabilitet) mellom skårere
Ferdigstilling av måleskjema om skjerming			
Ferdigstille måleskjema	Måleskjema som er ferdig utprøvd og testet	Ta stilling til tilleggsopplysninger og endelig utforming av layout	Ferdig utformet måleskjema for bruk i døgnposter

4 Identifisering av elementer i skjerming

Mål for denne hovedfasen

Målet for den første hovedfasen var å identifisere mulige elementer i skjerming. Dette ble planlagt gjort ved å innhente beskrivelser av reelle skjermingsforløp fra miljøpersonale og behandlere som besluttet og gjennomførte skjerminger. Datainnsamlingen gikk derfor ut på å innhente informasjon om hvordan de faktisk gjennomfører skjerminger ved sine døgnposter.

Målet for prosjektet har vært å utvikle et måleskjema som bygger på kunnskap om hva som faktisk gjøres ved skjerming i døgnposter i psykisk helsevern i Norge. Det var derfor ikke ønskelig å begrense informasjonen om skjerming til å gjelde kun formelle skjerminger med vedtak, men også å få informasjon om uformelle skjerminger som ofte hadde kortere varighet. Hensikten med dette var å kunne utvikle et måleskjema som kunne brukes både ved skjerminger med vedtak og uten vedtak, slik at det også kunne brukes til å undersøke om grensene mellom skjerming med og uten vedtak praktiseres likt eller ulikt.

Som ledd i første fase av prosjektet ble det også gjort en systematisk litteraturgjennomgang om skjerming (9) som oppsummerte slik: «Skjermingsmetoden har nær sammenheng med utviklingen av institusjon psykiatrien, særlig akuttpostenes fremvekst, og miljøterapien. Begrepet «skjerming» dekker ulike tilnærminger, og det kunnskapsmessige grunnlaget er generelt svakt. Kliniske behandlingsstudier er i stor grad av eldre dato og trolig ikke dekkende for dagens praksis. Manglende effektstudier gjør at vi per i dag har lite kunnskap om nytten av behandling med skjerming. Det er høy grad av diskrepans mellom skjermingsmetodens kliniske utbredelse og det kunnskapsmessige grunnlaget. For å kunne evaluere og eventuelt endre dagens praksis er det et klart behov for mer forskning på ulike typer skjerming og på effekten av skjerming.»

4.1 Skjema for beskrivelse av skjermingsforløp

Et skjema for beskrivelse av skjerminger ved døgnposter i psykisk helsevern ble utarbeidet. Et utkast ble sendt ut til de deltagende døgnpostene i prosjektet våren 2012 og revidert på bakgrunn av tilbakemeldinger fra postene. Dette bidro til at skjema var kjent ved prosjektstart og det forenklet nok prosessen med å komme i gang noe. Det endelige skjemaet for skjermingsbeskrivelser ble sendt ut til de deltagende postene i september 2012.

Skjemaet med veiledning er vedlagt denne rapporten (vedlegg 1).

Skjermingsskjemaet var utformet med tekstfelter for følgende:

- Bakgrunn og begrunnelse for skjermingen
- Målsetting for skjermingen
- Skjermingstiltak
- Etske aspekter
- Avslutning av skjermingen
- Eventuelt annet

4.2 Innsamling av skjermingsbeskrivelser

Hver post ble bedt om å levere minst tre skjermingsbeskrivelser hvor de i skjemaet som er omtalt ovenfor beskrev skjerminger de hadde på posten i perioden oktober til desember 2012. Det var ønskelig at situasjon og atferd ble beskrevet så detaljert at andre kan se det for seg og være i stand til å gjennomføre tilsvarende skjerming basert på beskrivelsen. Informantene fikk også beskjed om at skjemaet ikke inneholdt stikkord om alt som kunne være aktuelt, og at de derfor måtte ta med det de syntes var relevant, også det som ikke ble spesifikt etterspurt.

Det var viktig at det var døgnpstens behandlere/miljøpersonale som sto for de beskrivelsene som ble sendt inn. Beskrivelsene skulle ikke være bare fra en person. Arbeidet med å beskrive skjerminger skulle ledelsesforankret lokalt og tilpasses praksis i avdelingen og døgnpstene slik at arbeidet ble gjennomført kvalitetsmessig optimalt. Det ble gitt informasjon om at hver beskrivelse burde utarbeides av fagpersoner som hadde vært med på beslutning og gjennomføring av skjermingen, eller at den kunne skrives i samarbeid med disse fagpersonene. En slik beskrivelse ville typisk kunne være på to - tre sider. Skjermingsinformasjonen kunne bygge på journalnotater og registrerte rapporter, men disse kunne suppleres der dette var nødvendig slik at beskrivelsen ble tilpasset skjemaet og prosjektbeskrivelsen.

I hver døgnpst var det en eller to lokale koordinatore som samordnet arbeidet og sikret kvaliteten på prosessen. Det ble foreslått at akuttavdelinger med flere døgnpster kunne trenge en felles koordinator på tvers av døgnpstene, og at koordinatorene i døgnpstene til sammen kunne utgjøre en arbeidsgruppe. Avdelingssjef og ledere i døgnpstene ble bedt om å utpeke koordinatore og ha et overordnet ansvar for kvaliteten. Den som var felles koordinator for avdelingen, hadde også kontakten med prosjektet i Akuttnettverket og sendte inn skjermingsbeskrivelsene til prosjektet. Skjemaene ble innsendt via en trygg elektronisk løsning med bruk av passord. Der skjemaene ble vurdert av prosjektmedarbeider til å ha mangler, ble det etterspurt mer informasjon fra de som hadde kjennskap til skjermingen som var beskrevet.

Antall mottatte skjema fra hver døgnpst varierte. Noen poster leverte færre enn tre eller ingen skjema. Det ble oppgitt ulike grunner til at de ikke fikk gjort det, eller de brukte skjerming så sjelden at de ikke hadde noen skjerminger i den perioden datainnsamlingen pågikk. Det var planlagt å avslutte datainnsamlingen i desember 2012, men siden vi da ikke hadde oppnådd ønsket antall skjema ble fristen utsatt til februar 2013. Totalt fikk vi inn 149 skjema fra 57 poster.

4.3 Analyser av skjermingsbeskrivelsene

Beskrivelsene ble lest flere ganger for å bli kjent med materialet og få en følelse av helhet (12). Spesielt fyldige skjema ble viet mye tid. En valgte å gjøre en tematisk analyse. Denne handler om å systematisere data ved å dele inn utsagn fra informantene i grupper etter innhold og som danner en foreløpig skisse over elementer i skjerming. Det ble gjort ved å gjøre en såkalt åpen koding av et utvalg beskrivelser, hvor man ser på setning for setning og gir den et kategorinavn. Et kategorinavn kan ses på som et element i skjerming. Eksempler kan være: «Begrense stimuli», «Besøk av pårørende» og «Tur med personalet». En fant omtrent 300 elementer i et utvalg av beskrivelsene. Disse ble gruppert sammen i kategorier (kodeark) på et noe høyere abstraksjonsnivå.

Kodearket med koder ble så brukt til å analysere videre skjema for skjema, samtidig som en registrerte nye temaer som dukket opp underveis. Det viste seg etter hvert at man fant færre og

færre nye tema. Med bakgrunn i dette, samt at det var et tidkrevende arbeid, konkluderte en med at analysene hadde identifisert aktuelle elementer i skjerming som klinikerne beskriver i datamaterialet selv om ikke alle skjermingsbeskrivelsene ble gjennomgått i en slik sisterunde.

Men 300 elementer var altfor mange elementer til å ta med i et måleverktøy, og de var også altfor detaljerte og spesifikke. Det ble derfor arbeidet med å gruppere disse 300 elementene for å redusere dem til et overkommelig antall på noen få titalls elementer som var forskjellige, og som var konkrete uten å være for detaljerte. Elementer som dreide seg om varianter av det samme (f.eks. ulike måter å redusere stimuli på) ble slått sammen og gitt en formulering som dekket alle variantene. Noen elementer ble fjernet fordi de var kuriositeter som bare var nevnt i ett skjema, og noen elementer ble fjernet fordi de avgjort ikke handlet om skjerming. Hele prosjektgruppa deltok i dette arbeidet, og resultatet ble også drøftet med referansegruppa. Den endelige lista med elementer ble så brukt i skjemaet i første Delphi-runde.

Det ble gjennomført en reliabilitetssjekk ved at to prosjektmedarbeidere uavhengig av hverandre kodet 30 tilfeldige beskrivelser ut fra kategoriene i spørreskjema som var tenkt brukt i Delphi runde 1. På denne måten undersøkte vi om elementene i spørreskjema ble identifisert i beskrivelsene. Vi fikk da også undersøkt i hvilken grad to personer uavhengig av hverandre skåret sammenfallende. Det var forholdsvis godt sammenfall i kodingen, og de avvikene en hadde ble oppklart ved refleksjon i etterkant av skåringen.

4.4 Resultater fra identifisering av mulige elementer i skjerming

Antall potensielle elementer som var identifisert gjennom analysene av skjermingsbeskrivelsene var 23 grunner til skjerming, 23 tiltak ved skjerming og seks avslutningsmåter. Disse er vist i tabellene i neste kapittel for skjemaet i første Delphi-runde, og det vises derfor til de tabellene.

Etiske dilemmaer er bearbeidet og beskrevet i egne arbeider, og er ikke tatt med i denne rapporten om arbeidet med å utvikle et måleskjema.

Oversikt over arbeid for å identifisere elementer i skjerming			
Fase	Utgangspunkt	Prosess og arbeid	Produkt
Litteratur-gjennomgang	Systematisk litteratursøk om skjerming	Systematisk gjennomgang av litteratur om skjerming	Oversiktsartikkel publisert i legeforeningens tidsskrift
Beskrivelser av skjerming	Skjema for beskrivelse av skjermingsforløp	Personale i 57 døgnposter beskriver skjermingsforløp	Beskrivelser av 149 skjermingsforløp
Identifisering av elementer	Beskrivelser av 149 skjermingsforløp	Analyser for å identifisere og kategorisere elementer	Liste med 23 grunner, 23 tiltak, 6 avslutningsmåter

5 Konsensus om skjermingselementer ved Delphi-prosess

5.1 Bruk av Delphi-prosess som metode i prosjektet

Mål for Delphi-prosessen

Det var et mål for prosjektet å oppnå enighet om hva skjerming er og hvilke tiltak som kan inngå i skjerming. For å oppnå konsensus og kunne dokumentere denne på en transparent måte, valgte vi å bruke en Delphi-prosess, som er en internasjonal anerkjent metode for konsensusbygging gjennom to eller flere trinn med faglige avstemninger (11).

Delphi-prosess som metode for å finne/oppnå konsensus

Andre fase av prosjektet var altså å arbeide seg fram til konsensus om hvilke elementer skjerming kan inneholde. I dette prosjektet var ekspertene de forskjellige døgnpostene, og hver døgnpost fikk avgi en stemme. De var sterkt ønskelig med deltakelse fra både leger/psykologer og miljøpersonale. Det skulle være minst to personer når man fylte ut skjema, og postene måtte registrere antall deltagere i besvarelsen av skjema og fordeling av leger/psykologer/miljøpersonale.

Gjennomføring av Delphi-prosessen

Delphi-prosessen ble gjennomført høsten 2013. Personale ved døgnposter i mange helseforetak gjorde vurderinger av potensielle elementer i skjerming i to runder. Denne datainnsamlingen ble gjennomført av Maren Rognaldsen, som også fulgte opp døgnpostene med kontakt og støtte underveis i prosessen, og som samlet inn og organiserte svarene i datafiler. Prosjektgruppa forberedte de to rundene i Delphi-prosessen i samarbeid med referansegruppa, og de oppsummerte også resultatene i samarbeid med referansegruppa ut fra statistisk bearbeiding ved prosjektleder. Resultater ble også presentert og drøftet på samlinger i Akuttnettverket i prosjektperioden.

De døgnpostene som hadde bidratt med beskrivelser av skjerminger, ble invitert til å delta også i Delphi-prosessen. Hver døgnpost hadde én stemme i hver avstemning, og det var de fagpersonene som hadde deltatt her som også utgjorde den gruppen som ga stemme på vegne av posten. Det ble understreket at den tverrfaglige gruppen burde bestå av både personer som tar beslutninger om skjerming og personer som gjennomfører skjerming i praksis. Det ble ikke avgitt noen stemme på vegne av hele avdelingen.

For den første Delphi-runden mottok kontaktpersonen for avdelingen resultatet fra analysene av beskrivelsene av skjerminger. De besto av korte beskrivelser av hvert av de skjermingselementene som ble identifisert, og informasjon om hvor mange skjerminger som har inneholdt elementet. Faggruppa i hver døgnpost skåret så, på vegne av døgnposten, hvert element på en eller flere skalaer som oppgis, og sendte inn sine skåringer til prosjektet via kontaktpersonen i avdelingen.

For den andre Delphi-runden mottok de den samme oversikten over skjermingselementer, men nå også med opplysninger om hvordan skåringene i første runde var for hvert element. De fikk altså vite resultatet av avstemningen, men ikke hvem som hadde stemt hva. Faggruppen ved døgnposten ble så bedt om å gi sine vurderinger på nytt (nye skåringer) i lys av den nye informasjon de hadde fått.

Dersom det etter denne andre runden ikke skulle være stor grad av enighet, ville det eventuelt bli gjennomført en tredje runde på samme måte, og da med informasjon om resultatet av skåringene i andre runde.

Etter fullført Delphi-prosess laget prosjektgruppa en oversikt over operasjonaliserte kriterier på skjerming og skjermingselementer. Denne oversikten hadde altså et empirisk grunnlag både i mange beskrivelser av skjerminger og i de vurderingene som døgnpostenene hadde gjort i Delphi-prosessen.

5.2 Første Delphi-runde

Gjennomføring av første runde

Skjemaet brukt i første Delphi-runde er med som vedlegg nummer 2 til rapporten.

Elementene i skjerming var hentet fra de 149 skjermingsbeskrivelsene fra de 57 døgnpostenene som sendte inn skjermingsbeskrivelser. De ble funnet ved grundig gjennomgang av disse beskrivelsene. Vi hadde så arbeidet med å beskrive hvert element på et konkretiseringsnivå som innebar at det kunne inneholde ulike varianter og samtidig kunne skilles fra andre elementer.

I første Delphi-runde skulle deltagerne ta stilling til i hvilken grad hver av de ulike elementene i skjerming (grunner til skjerming, skjermingstiltak og avslutningsmåter) var en del av skjerming slik det ble praktisert i deres døgnpost. De skulle ikke svare ut fra hva forskriftene om skjerming sier eller hvordan de tenkte at skjerming burde være. I egne tekstfelt kunne de reformulere, presisere eller foreslå elementer som ikke var med i skjemaet, slik at disse kunne tas med i neste runde.

De skulle skåre hvert element (grunn, tiltak, avslutningsmåte) på en skala fra 1 til 9 med følgende ytterpunkter og midtpunkt: 1= Helt uenig 5 = Verken uenig/eller enig 9 = Helt enig. De kunne tenke på skalaen som inndelt i tre områder (skåringer 1-3, 4-6 og 7-9) og først ta stilling til hvilket område som er riktig, og deretter velge konkret skåre innen det området.

Det var ønskelig at leger/psykologer og miljøpersonale deltok i prosessen. De skulle sitte sammen i gruppe, gå gjennom spørsmålene og sette ett felles svar for døgnposten. Hver deltaker burde ha foran seg en utskrift av skjemaet som skulle fylles ut. Innsending av utfylt skjema kunne gjøres på ulike måter på et elektronisk skjema, tekstfil eller utfylt papirskjema.

Skjemaet i den første Delphi-prosessen ble sendt ut til alle døgnpostenene i prosjektet i oktober 2013 med tre ukers svarfrist. De ble bedt om å sende ett svar fra døgnposten ut fra drøfting i en arbeidsgruppe som besto av både miljøpersonale og behandlere (leger/psykologer). Etter at en døgnpost hadde trukket seg, ble skjemaet sendt til de 64 døgnposter, og 47 av disse døgnpostenene sendte inn sine vurderinger.

Resultater fra første Delphi-runde

I første runde deltok i alt 213 personer fra 47 døgnposter, og det ble oppgitt at av disse var det 44 behandlere (leger/psykologer) og 165 fra miljøpersonalet. Gjennomsnittlig størrelse på gruppene som gjorde vurderingene og fylte ut skjemaet, var tre fra miljøpersonalet og en behandler. Alle steder utenom ett var det to eller flere fra miljøpersonalet med. Ved 31 døgnposter var en eller flere behandlere med, og ved 16 døgnposter var det ingen behandlere med i gruppa som vurderte.

Tabellene over resultatene fra første Delphi-runde er satt opp med egne tabeller for henholdsvis grunner til skjerming, tiltak under skjerming og avslutningsmåter for skjerming. Skåringene for alle

elementer ble gjort på en 9-trinns skala som beskrevet ovenfor, men for at det skal være mer oversiktlige er skåringene i disse i tabellene vist fordelt på en kolonne for lav skåre 1-3, en kolonne for middels skåre 4-6 og en kolonne for høy skåre 7-9. Der de aller fleste skåret høyt, var det enighet om at dette var et element i skjerming. Der de aller fleste skåret lavt at det enighet om at dette ikke var et element i skjerming. Der de fleste skåret middels eller der skåringene er spredt jevnt over de tre områdene, var det usikkerhet eller delte meninger om elementet var en del av skjerming. Siste kolonne i tabellene viser konklusjonen fra første runde basert på avstemningen og prosjektgruppas vurderinger av skriftlige kommentarer og forslag til reformuleringer. Reformuleringer som er gjort ut fra kommentarer, innspill og svarmønstre vises i tabeller fra andre Delphi-runde i kap. 5.3 nedenfor og i skjemaet i andre Delphi-runde (vedlegg 3).

Skåringene ble registrert og analysert ved deskriptive analyser av gjennomsnitt, standardavvik og frekvensfordeling av svar, samt at alle fritekstsvar og kommentarer ble gjennomgått. Dette dannet basis for en ny forbedret versjon av spørreskjemaet for andre Delphi-runde.

Grunner til skjerming

Vurderingene av grunner til skjerming er vist i tabell 5.1 nedenfor.

Tabell 5.1 Vurderinger av grunner til skjerming. Første Delphi-runde med 47 døgnposter

	Elementer som er skåret	Skåringsfordeling*			Konklusjon
AA	Pasientens atferd	1-3	4-6	7-9	
1	Pasientens atferd påvirker medpasienter	4	18	25	Reformuleres
2	Pasienten viser ukritisk atferd	1	11	35	Beholdes
3	Pasienten er ruset	6	11	30	Reformuleres
4	Pasienten gjør ting personalet frykter han vil angre på	16	18	13	Fjernes
5	Det er vanskelig for pasienten å innordne seg etter postens regler	29	15	3	Fjernes
6	Personalet vurderer at det er høy risiko for selvmord eller selvskading	25	11	11	Reformuleres
7	Pasienten er voldelig, aggressiv eller truende mot personale	2	3	41	Deles opp i to
8	Pasienten er voldelig, aggressiv eller truende mot andre pasienter	1	1	45	Deles opp i to
9	Pasientens atferd virker uforståelig, irrasjonell eller kaotisk	3	22	21	Reformuleres
10	Pasienten har symptomer på psykose	31	11	5	Fjernes
11	Pasienten har symptomer på mani	9	11	27	Fjernes
AB	Behov for bedre rammer i observasjon eller behandling				
1	Pasienten skjermes som grensesetting i etterkant av uakseptabel atferd	24	16	7	Fjernes
2	Man vil få i gang eller sikre medisiner	43	4	0	Fjernes
3	Man vil hindre at pasienten ruser seg i posten	40	7	0	Fjernes
4	Det er behov for å observere pasienten tettere	43	3	1	Fjernes
5	Det er vanskelig å komme i dialog med pasienten	47	0	0	Fjernes
6	Man vil passe bedre på fordi det er fare for at pasienten rømmer	41	3	3	Fjernes
7	Det er behov for mer personale på pasienten enn det som er tilgjengelig utenom skjerming	41	5	1	Fjernes
8	Man vil forebygge eller hindre uheldige hendelser som	18	21	7	Fjernes

	personalet frykter kan skje				
9	Man har et ønske om å fremskynde bedring for pasienten	14	11	22	Fjernes
AC	Andre mulige grunner				
1	Pasienten ønsker selv skjerming	25	11	11	Beholdes
2	Man har erfaring med at skjerming har fungert bra på pasienten tidligere	16	16	15	Reformuleres
3	Observert positiv effekt av skjermingslignende tiltak	23	7	15	Fjernes

*) Fordeling av skåringer på en skala fra 1 (ikke element) til 9 (sikkert element).

Tiltak under skjerming

Vurderingene av tiltak under skjerming er vist i tabell 5.2 nedenfor.

Tabell 5.2 Vurderinger av tiltak i skjerming. Første Delphi-runde med 47 døgnposter

	Elementer som er skåret	Skåringsfordeling*			Konklusjon
BA	Aktiviteter	1-3	4-6	7-9	
1	Aktiviteter med personale inne på skjermingen	10	7	30	Reformuleres
2	Aktiviteter med personale utenfor posten	5	9	33	Beholdes
3	Aktiviteter alene under skjerming	9	10	27	Beholdes
4	Støttesamtaler med pasienten	10	7	30	Beholdes
BB	Begrensning				
1	Reduksjon av stimuli eller sanseinntrykk	0	3	44	Beholdes
2	Innlåsing av personlige eiendeler	7	12	28	Beholdes
3	Regulering av tilgang til TV, radio eller internett	3	6	38	Beholdes
4	Regulering av kontakt med pårørende	12	10	24	Beholdes
5	Regulering av kontakt med andre pasienter	2	3	41	Beholdes
6	Regulering av adgang til mobiltelefon	9	6	32	Beholdes
7	Begrense tilgangen til gjenstander som pasienten kan bruke til å skade seg selv eller andre	3	7	37	Beholdes
8	Følge pasienten tilbake til rommet når han kommer ut av rommet sitt	5	4	38	Beholdes
9	Regulere muligheten til å røyke	20	10	16	Beholdes
10	Bruk av tvangsmidler	22	9	15	Fjernes
BC	Struktur/behandling				
1	Skape struktur for pasienten	15	7	25	Beholdes
2	Utprøving av at pasienten er i fellesmiljøet	8	12	27	Beholdes
3	Hjelpe pasienten med grensesetting eller korrigering	11	11	25	Reformuleres
4	Hjelpe pasienten med daglige gjøremål	22	8	17	Fjernes
5	Roe ned og trygge pasienten	13	8	26	Beholdes
6	Observasjon av pasientens symptomer og atferd som ledd i utredning eller diagnostikk	30	4	12	Fjernes
7	Pasienten skjermes kun noen timer om dagen	13	9	25	Beholdes
8	Pasienten blir tatt inn eller går selv inn på rommet for å skjerme seg ved behov	15	10	22	Beholdes
9	Det skjer en gradvis avslutning av skjerming	1	7	39	Beholdes

*) Fordeling av skåringer på en skala fra 1 (ikke element) til 9 (sikkert element).

Tabellen ovenfor viser at det for de fleste tiltakene var enighet om at de kunne være tiltak i skjerming, og at disse ble beholdt og tatt med i andre Delphi-runde. Tiltak som flertallet mente ikke kunne være tiltak under skjerming, ble fjernet og ikke tatt med i andre runde. Tiltak det var delte meninger om, ble tatt med i andre runde.

Fysiske rammer for skjerming

Det var også med noen spørsmål om rammer i skjerming med tanke på om dette også skulle være med i et måleskjema for skjerming. Resultatene for dette er vist i tabell 5.3 nedenfor.

Tabell 5.3 Vurderinger av rammer i skjerming. Første Delphi-runde med 47 døgnposter

	Elementer som er skåret	Skåringsfordeling*			Konklusjon
		1-3	4-6	7-9	
1a	Rammene tilpasses individuelt til hver pasient	1	2	44	Se notat under
1b	Pasientene er med på å bestemme rammene for skjermingen	11	22	14	Se notat under
2a	Pasienten skjermes på vanlig pasientrom	10	9	28	Se notat under
2b	Pasienten skjermes på skjermingsenhet	6	3	37	Se notat under

*) Fordeling av skåringer på en skala fra 1 (ikke element) til 9 (sikkert element).

Avstemningene viste at rammene tilpasses individuelt, at pasientene i varierende grad er med på å bestemme rammene og at det varierer en del om pasientene skjermes på vanlige pasientrom eller i egne skjermingsavsnitt.

Prosjektgruppa vurderte at dette er relevant informasjon, men at det kanskje ikke var naturlig å ta dette med videre i neste avstemning om hva som er elementer i skjerming. Det kan likevel tas med i et endelig måleskjema som opplysning om hvor skjerming faktisk er blitt gjort.

Avslutningsmåter ved skjerming

Fordelingen av skåringene for avslutningsmåter ved skjerming er vist i tabell 5.4 nedenfor.

Tabell 5.4 Vurderinger av avslutningsgrunner i skjerming. Første Delphi-runde med 47 døgnposter

D	Elementer som er skåret	Skåringsfordeling*			Konklusjon
		1-3	4-6	7-9	
1	Pasienten fungerer med andre i fellesmiljøet når dette blir prøvd ut	0	5	42	Beholdes
2	Pasient har blitt bedre/symptomreduksjon	0	4	43	Beholdes
3	Pasienten samarbeider og følger avtaler	0	14	33	Beholdes
4	Praktiske grunner	31	6	10	Fjernes
5	Vedtak går ut og man velger å ikke fornye dette	23	10	14	Fjernes
6	Pasienten trives med skjermingen	25	14	8	Fjernes

*) Fordeling av skåringer på en skala fra 1 (ikke element) til 9 (sikkert element).

Tabell 5.4 viser at det var stor grad av enighet om at de tre første avslutningsmåtene eller grunnene til å avslutte skjerming kunne være elementer i skjerming. Disse beholdes derfor for avstemning i den andre Delphi-runden, men de tre siste avslutningsmåtene/grunnene til avslutning fikk liten støtte og derfor ikke ble tatt med i den andre Delphi-runden.

Bruk av tiltak i miljøterapi utenom skjerming

For hvert mulig skjermingstiltak ble det også stilt et tilleggsspørsmål om dette tiltaket også kunne gjøres utenom skjerming. Hensikten med dette var å se om disse tiltakene kunne være en del av miljøterapi utenom skjerming. Resultatene fra avstemningene om dette er vist i tabell 5.5 nedenfor.

Tabell 5.5 Vurderinger av hva som kan gjøres uten skjerming. Første Delphi-runde med 47 døgnposter

	Elementer som er skåret	Skåringsfordeling*			Svar
BA	Aktiviteter	1-3	4-6	7-9	
1	Aktiviteter med personale inne på skjermingen	0	0	47	Ja
2	Aktiviteter med personale utenfor posten	0	0	47	Ja
3	Aktiviteter alene under skjerming	0	1	44	Ja
4	Støttesamtaler med pasienten	0	0	47	Ja
BB	Begrensning				
1	Reduksjon av stimuli eller sanseinntrykk	5	19	23	Delvis
2	Innlåsing av personlige eiendeler	5	8	34	Delvis
3	Regulering av tilgang til TV, radio eller internett	10	13	24	Delvis
4	Regulering av kontakt med pårørende	11	6	29	Delvis
5	Regulering av kontakt med andre pasienter	16	13	17	Delvis
6	Regulering av adgang til mobiltelefon	8	6	33	Delvis
7	Begrense tilgangen til gjenstander som pasienten kan bruke til å skade seg selv eller andre	8	11	28	Delvis
8	Følge pasienten tilbake til rommet når han kommer ut av rommet sitt	22	7	18	Delvis
9	Regulere muligheten til å røyke	7	8	31	Delvis
10	Bruk av tvangsmidler	6	3	38	Ja
BC	Struktur/behandling				
1	Skape struktur for pasienten	0	1	46	Ja
2	Utprøving av at pasienten er i fellesmiljøet	13	9	25	Delvis
3	Hjelpe pasienten med grensesetting eller korrigering	0	3	44	Ja
4	Hjelpe pasienten med daglige gjøremål	0	3	44	Ja
5	Roe ned og trygge pasienten	0	0	47	Ja
6	Observasjon av pasientens symptomer og atferd som ledd i utredning eller diagnostikk	1	2	43	Ja
7	Pasienten skjermes kun noen timer om dagen	7	7	33	Delvis
	Pasienten blir tatt inn eller går selv inn på rommet for å skjerme seg ved behov	5	8	34	Delvis

*) Fordeling av skåringer på en skala fra 1 (ikke element) til 9 (sikkert element).

Tabellen viser at de fleste av tiltakene også ble brukt utenom skjerming, og at de derfor kunne utgjøre en del av miljøterapien. Dette synes å bekrefte litteraturgjennomgangens påpekning av at skjerming ble utviklet som en del av miljøterapien og har en nær tilknytning til den. Prosjektgruppa vurderte at det ikke var relevant å ta med dette tilleggsspørsmålet om skjermingstiltak i andre Delphi-runde fordi det ikke var aktuelt å ta med dette på et måleskjema om skjerming.

Beslutninger og konklusjoner i første Delphi-runde

Ut fra de konklusjonene som er vist i tabell 5.1, tabell 5.2, tabell 5.4 og i teksten ovenfor ble det altså besluttet å beholde 13 grunner, 20 tiltak og 7 avslutningsmåter og ta med disse i den andre Delphi-runden. Noen av disse elementene ble reformulert ut fra kommentarer og forslag om dette.

5.3 Andre Delphi-runde

Gjennomføring av andre runde

Skjemaet brukt i andre Delphi-runde er med som vedlegg nummer 3 til rapporten.

I veiledningen til skjemaet for andre Delphi-runde ble det gitt samme instruksjon som i første skjema når det gjaldt gjennomføringen og orienteringen om skalaen som skulle brukes (se ovenfor kap. 5.2).

Hensikten med denne andre Delphi-runden var at døgnposten igjen skulle ta stilling til hvert av de ulike elementene i skjerming (grunner til skjerming, skjermingstiltak og avslutningsgrunner), men denne gang også ut fra informasjon for hvert element om resultatene fra første Delphi-runde. For reformulerte elementer var også teksten i forrige runde vist med mindre skrift under den nye formuleringen. Nye elementer som var foreslått i første runde, var merket som nye elementer.

Det ble opplyst at følgende endringer var gjort i skjemaet etter første Delphi-runde:

- Vi hadde fjernet elementer der det var bred enighet om at det ikke var en del av skjerming.
- Vi hadde fjernet elementer som ut fra døgnpostenes svarmønstre og kommentarer og vår vurdering av formuleringene virket uklare og/eller var dekket av andre punkter.
- Ekstraspørsmålet om hvert tiltak under skjerming også kunne brukes utenom skjerming var fjernet, siden prosjektgruppa vurderte at det ikke ga informasjon som var relevant videre.
- Etter oppfordring fra flere døgnposter i første runde var formuleringene om at elementet (grunn, tiltak, avslutningsmåte) endret fra «er» til «kan være» et element i skjerming.

Det var nå lite rom for å skrive frie kommentarer, da det ikke var ønskelig med forslag om nye elementer i denne runden. Det var imidlertid noen få spørsmål der vi ba om utdypning for å få mer klarhet i hva deltagerne mente med elementet. Det reviderte spørreskjemaet ble så sendt ut til de 47 døgnposten som svarte i delphi-runde I. Dette ble gjort i november 2013, og postene hadde tre uker på seg til å svare. 41 døgnposter svarte i denne runden.

Resultater fra andre Delphi-runde

Resultatene fra den andre Delphi-runden vises nedenfor i samme type tabeller som fra første runde, og det vises til forklaringen ovenfor av disse tabellene med tredeling av 9-trinns skalaen.

Grunner til skjerming

Tabell 5.6 Vurderinger av grunner til skjerming. Andre Delphi-runde med 41 døgnposter

	Elementer som er skåret	Skåringsfordeling*			Konklusjon
A	Grunner til skjerming	1-3	4-6	7-9	
1	Pasientens atferd påvirker andre pasienter på en negativ måte	1	6	34	Beholdes
2	Pasienten trenger å beskyttes fra andre pasienter (ny)	28	8	4	Fjernes
3	Pasienten viser ukritisk atferd	0	2	39	Beholdes
4	Pasienten er ruset og dette påvirker atferden	1	3	36	Beholdes

5	Personalet vurderer at det er høy risiko for selvmord	23	8	10	Beholdes
6	Personalet vurderer at det er høy risiko for selvskading	30	9	2	Fjernes
7	Pasienten er voldelig mot personalet	2	1	38	Beholdes
8	Pasienten er truende mot personalet	3	3	35	Beholdes
10	Pasienten er voldelig mot andre pasienter	1	0	40	Beholdes
11	Pasienten er truende mot andre pasienter	1	0	40	Beholdes
12	Pasientens atferd er kaotisk	0	12	29	Beholdes
13	Pasienten er forvirret	9	19	13	Dekket av 12

Denne runden inneholdt også noen få tilleggsspørsmål om forhold og formuleringer som prosjektgruppa vurderte at det var behov for mer avklaring om. Dette gjaldt enkelte formuleringer om pasienters atferd, eksempler på hva som faktisk ble gjort ved noen bestemte tiltak (som f.eks. å roe ned og trygge pasienten), og om en brukte skjerming eller kontinuerlig observasjon ved vurdert risiko for selvmord. På samme måte som ved de mange kommentarene og forslagene som kom inn under første runde, gjør vi heller ikke her detaljert rede for de vurderingene prosjektgruppa gjorde. Resultatene av innspillene er nedfelt i hvilke elementer som er tatt med i utkastet til måleskjema (registreringsskjema) som er prøvet ut, og i omtalene av de ulike elementene i veiledningene som er utarbeidet for de utkastene til måleskjema som ble prøvet ut.

Tiltak under skjerming

Tabell 5.7 Vurderinger av tiltak under skjerming. Andre Delphi-runde med 41 døgnposter

	Elementer som er skåret	Skåringsfordeling*			Konklusjon
BA	Aktiviteter	1-3	4-6	7-9	
1	Aktiviteter med personalet under skjerming	3	3	35	Beholdes
2	Aktiviteter med personalet utenfor posten	4	4	33	Beholdes
3	Aktiviteter alene under skjerming	3	5	33	Beholdes
4	Støttesamtaler med pasienten	5	4	32	Beholdes
BB	Begrensning				
1	Reduksjon av stimuli eller sanseinntrykk	0	1	40	Beholdes
2	Innlåsing av personlige eiendeler	3	4	34	Beholdes
3	Regulering av tilgang til TV, radio eller internett	0	2	39	Beholdes
4	Regulering av kontakt med pårørende	3	6	30	Beholdes
5	Regulering av kontakt med andre pasienter	0	0	31	Beholdes
6	Regulering av adgang til mobiltelefon	2	2	37	Beholdes
7	Begrense tilgangen til gjenstander som pasienten kan bruke til å skade seg selv eller andre	3	0	38	Beholdes
8	Følge pasienten tilbake til rommet når han kommer ut av rommet sitt	2	2	37	Beholdes
9	Regulere muligheten til å røyke	13	8	20	Beholdes
BC	Struktur/behandling				
1	Skape struktur for pasienten	3	4	34	Beholdes
2	Utprøving av at pasienten er i fellesmiljøet	6	4	31	Beholdes
3	Grensesetting eller korrigerende	1	9	31	Beholdes
4	Roe ned og trygge pasienten	4	3	34	Beholdes
5	Pasienten skjermes kun noen timer om dagen	9	5	26	Beholdes

6	Pasienten blir tatt inn eller går selv inn på rommet for å skjerme seg ved behov	7	4	39	Beholdes
7	Det skjer en gradvis avslutning av skjerming	0	0	41	Beholdes

Avslutningsmåter ved skjerming

Tabell 5.8 Vurderinger av grunner til avslutning av skjerming. Andre Delphi-runde med 41 døgnposter

	Elementer som er skåret	Skåringsfordeling*			Konklusjon
D	Grunner til avslutning av skjerming	1-3	4-6	7-9	
1	Pasienten fungerer med andre i fellesmiljøet når dette blir prøvd ut	0	1	40	Beholdes
2	Pasienten har blitt bedre eller symptomreduksjon	0	0	41	Beholdes
3	Pasientens atferd har endret seg positivt	0	2	39	Beholdes
4	Pasienten samarbeider og følger avtaler	0	4	37	Beholdes
5	Pasient eller pårørende har klaget på tiltaket og fått medhold	0	7	34	Beholdes
6	Skjerming fungerer ikke for denne pasienten	4	15	21	Fjernes
7	Pasienten får funksjonstap som følge av skjerming	4	12	22	Fjernes

Som tabellen ovenfor viser, var det stor grad av enighet om fem av avslutningsmåtene.

Beslutninger og konklusjoner i andre Delphi-runde

Den andre Delphi-runden viste i stor grad konsensus, slik det også fremgår av tabellene ovenfor. De fleste elementene fra andre runde ble derfor beholdt for bruk i utkastet til måleskjema som skulle prøves ut. Disse er merket «Beholdes» i tabellene ovenfor. I denne runden var det ikke åpning for å foreslå nye elementer, så de som er merket «Beholdes» i tabellen ovenfor, er også de som ble tatt med i første utkast til måleskjema (skjema) som skulle prøves ut, og som er i vedlegg 5 til rapporten.

Ut fra de konklusjonene som er vist i tabell 5.6, tabell 5.7, tabell 5.8 og i teksten ovenfor ble det altså besluttet å beholde 10 grunner, 20 tiltak og 5 avslutningsmåter for bruk i måleskjemaet.

Prosjektgruppa vurderte at informasjon om hvorvidt skjerming skjedde på pasientens rom eller i et skjermingsavsnitt er relevant informasjon som kan tas med i et endelig måleskjema.

Svarene fra andre Delphi-runde og prosjektgruppas vurderinger av disse ble drøftet med referansegruppa med tanke på hva det planlagte måleskjemaet skulle inneholde.

Ut fra den store graden av konsensus i den andre Delphi-runde vurderte prosjektgruppa at det ikke var behov for å gjennomføre en tredje Delphi-runde, og referansegruppa var enig i dette.

5.4 Oppsummering av konsensus ved Delphi-prosessen

Prosjektgruppa vurderte de to Delphi-rundene som en vellykket og effektiv prosess der en oppnådde klar konsensus om hvilke elementer som kan inngå som elementer i skjerming. Første runde medførte at mange av elementene som var identifisert i skjermingsbeskrivelsene ikke fikk støtte ved konsensus, at det kom med noen nye forslag, og at det ble gitt gode innspill på reformuleringer av

noen elementer. Andre runde viste at det for det meste var stor grad av konsensus om de elementene som ble beholdt etter første runde, og prosjektgruppa vurderte at det ikke var behov for en tredje runde.

Oversikt over prosessen for å oppnå konsensus om elementer i skjerming			
Fase	Utgangspunkt	Prosess og arbeid	Produkt
Første Delphi-runde	Skjema med 23 grunner, 23 tiltak, 6 avslutningsmåter	47 poster skåret elementer og foreslo nye. Analyser av svarene.	Beholdt 13 grunner, 20 tiltak, 7 avslutningsmåter
Andre Delphi-runde	Skjema med 13 grunner, 20 tiltak, 7 avslutningsmåter	41 poster skåret elementer og foreslo nye. Analyser av svarene.	Beholdt 10 grunner, 20 tiltak, 5 avslutningsmåter

6 Utforming og testing av måleskjema om skjerming

Målet med denne fasen av prosjektet var å utforme, prøve ut, revidere og ferdigstille et operasjonalisert og kunnskapsbasert måleskjema for skjerming i psykiatriske døgnavdelinger.

Målene for utprøvingen

1. Undersøke om måleskjemaet er praktisk brukbart.
2. Prøve ut om de skjermingsgrunnene og skjermingstiltakene som er identifisert også oppleves relevante og brukes i klinisk praksis.
3. Undersøke om flere elementer gjelder samme grunn eller samme tiltak, slik at måleskjemaet kan gjøres enklere og kortere ved å fjerne noen elementer som dekkes av andre elementer
4. Undersøke om det er ulike mønstre i bruk av skjerming ved ulike skjermingsgrunner eller ulike kombinasjoner av skjermingsgrunner.
5. Ferdigstille et revidert, forkortet og forbedret måleskjema for skjerming til bruk i klinisk arbeid, kvalitetssikring av skjerming og forskning om skjerming.

6.1 Utprøving av elementene i forhold til klinisk praksis

På basis av operasjonaliserte kriterier som det er oppnådd konsensus om, ble det våren 2014 utarbeidet et utkast til måleskjema for skjerming. Måleskjemaet inneholdt 10 grunner til skjerming, 20 skjermingstiltak og fem avslutningsmåter for skjerming som det var konsensus om.

Måleskjemaet med veiledning er vedlegg til denne rapporten (vedlegg 4).

Første runde med utprøving av måleskjema for skjerming ble gjennomført i 2014. Vi testet da gjennomførbarhet til måleskjemaet ved at en rekke døgnposter skåret reelle skjerminger i sin døgnpost. Dette ville da også vise hvor ofte de ulike elementene var aktuelle og ble brukt.

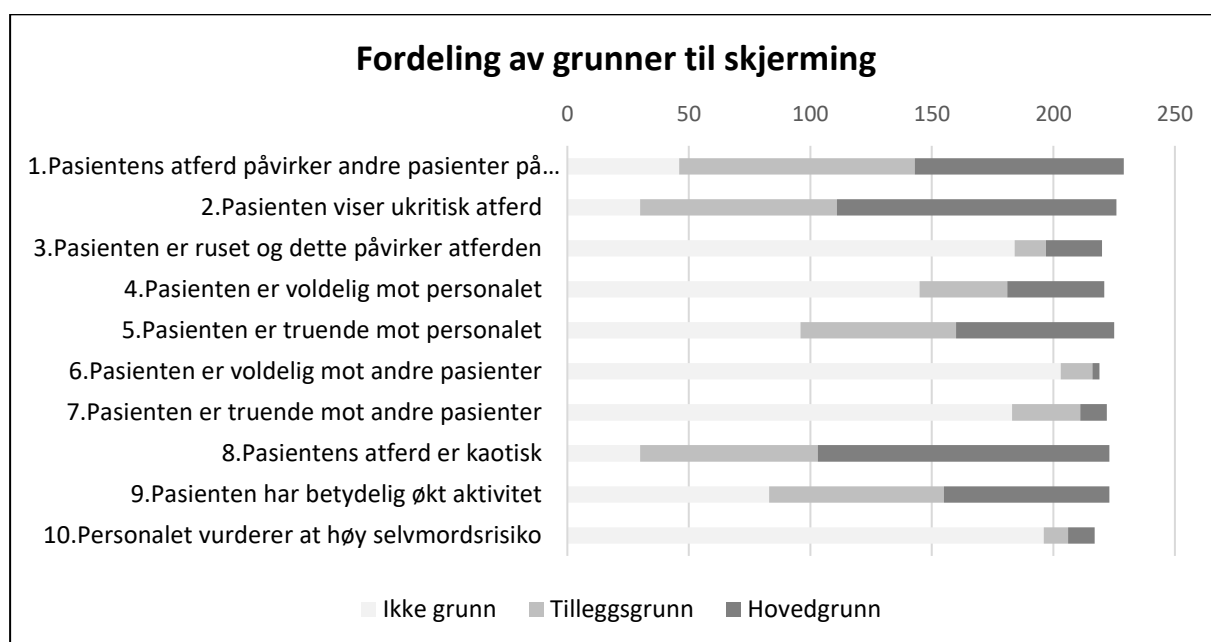
Datainnsamlingen

Alle enhetene som hadde vært med på gjennomføring av Delphi-prosessene i forrige fase av prosjektet ble invitert. Behandlere og miljøpersonale skulle fylle ut måleskjemaet ved avslutning av skjermingsforløp. Det ble sendt med en veiledning for utfylling av skjemaet. Det var også en gjennomgang av skåringsskjema og veiledningen under akuttnettverkets nettverkssamling, med mulighet for å stille spørsmål, diskutere og reflektere rundt skjema og hvordan det skulle brukes. Døgnpostene som deltok ble også fulgt opp av koordinator med felles informasjon ved e-poster og telefonsamtaler med hver for å høre status og diskutere utfordringer.

I løpet av en 6 måneders periode fikk vi inn 234 skjema fra 16 forskjellige sykehus, med en variasjon fra 1 til 55 skjema per sykehus. I flere av sykehusene var det mer enn en enhet/post som deltok.

Resultater om grunner til skjerming

Tabellen nedenfor viser hvor ofte de forskjellige grunnene til skjerming ble brukt og registrert. Den viser at ikke alle grunnene vi beholdt fra Delphi-prosessen ble mye brukt.

Figur 6.1 Fordeling grunner til skjerming (234 skjermingsforløp)

Ved en faktoranalyse av grunnene til skjerming kom elementene 1, 2, 8 og 9 ut som en faktor som samlet sett synes å måle en felles dimensjon. Analyser av intern konsistens og korrelasjoner mellom disse fire elementene, viste at element 1 skilte seg litt ut fra de andre og var mindre viktig. Vi vurderte også at det ut fra formuleringen var mer uklart hva dette målte. Konklusjonen ut fra dette samlet sett, var at element 1 ble fjernet, mens elementene 2, 8 og 9 ble beholdt.

Elementene 4 og 5 kom ut som en faktor. Men nesten alle som skåret voldelig mot personalet som en grunn, skåret også truende mot personalet som en grunn til skjerming. Tilsvarende mønster var det for elementene 6 og 7 i en felles faktor, der alle som skåret voldelig mot medpasienter som en grunn også var blant de som skåret truende mot medpasienter som en grunn til skjerming. Siden elementene 4 var dekket av 5 og element 6 var dekket av 7, ble konklusjonen å slå sammen 4 og 5 til ett element («truende/voldelig mot personalet») og 6 og 7 til ett element («truende/voldelig mot pasienter»).

Element 3 kom ut som et element i samme faktor som vold/trusler mot andre pasienter, men så ut til å bety mindre og dekkes trolig delvis av andre elementer som mer tydelig beskriver type atferd. Det ble derfor konkludert med å fjerne dette. Element 10 ble sjelden brukt som grunn til skjerming, trolig fordi selvmordsrisiko ifølge kommentarer i Delphi-prosessen følges opp med kontinuerlig observasjon. Det er grunn til å tro, også ut fra de offentlige føringene, at de fleste døgnposter bruker primært kontinuerlig observasjon og ikke skjerming for oppfølging ved selvmordsrisiko. Vi valgte likevel å ta med selvmordsrisiko som en mulig grunn til skjerming slik at dette kan undersøkes.

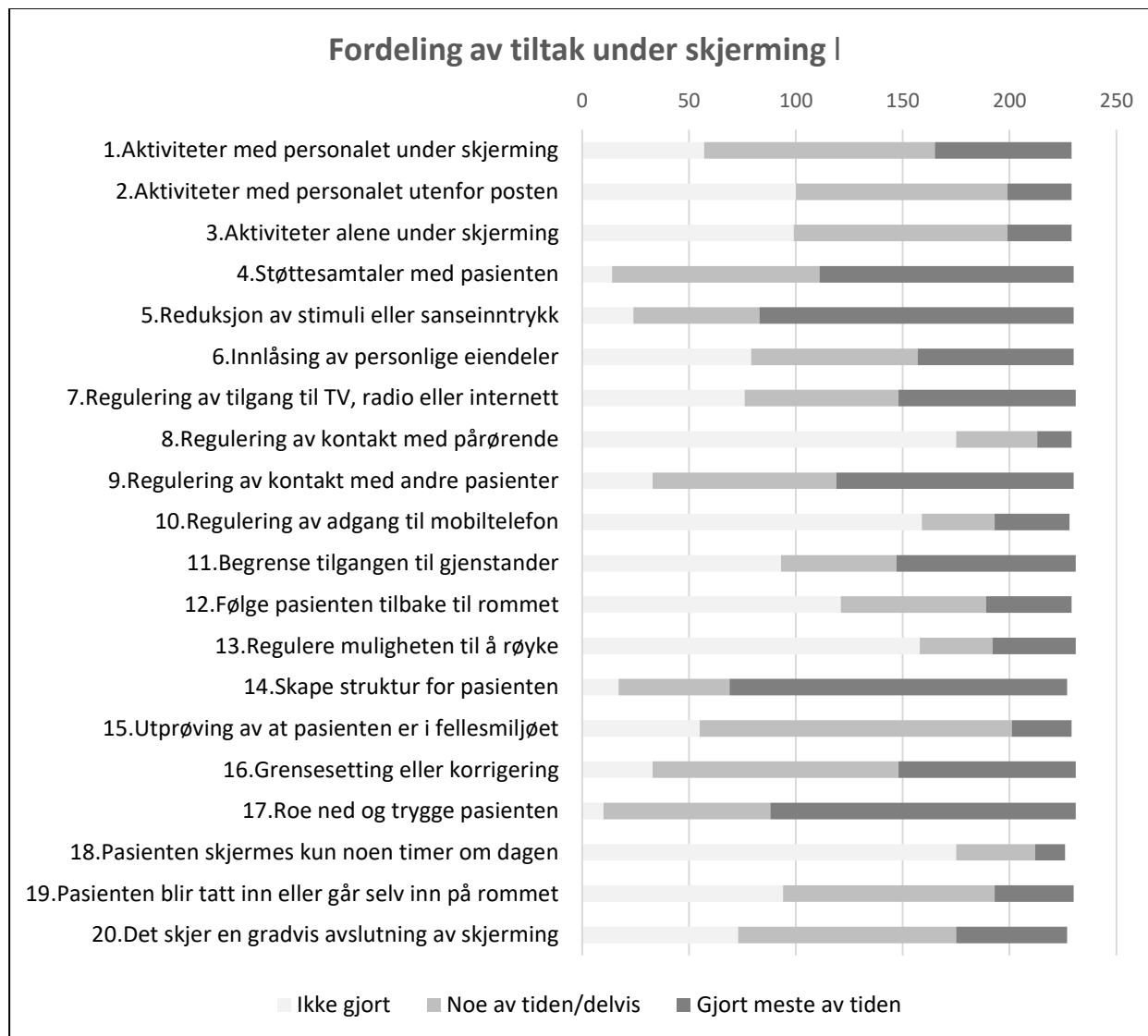
Resultatet av utprøvingen var altså at seks av de 10 grunnene til skjerming beholdes i måleskjemaet.

Resultater om bruk av skjermingstiltak

Tabellen nedenfor viser at alle tiltak blir brukt, men noen i større grad enn andre og noen nesten ikke i det hele tatt. For eksempel er det sjeldent at man regulerer kontakt med pårørende eller at man

skjermer kun noen timer om dagen. Men det å skape struktur, redusere stimuli og roe ned og trygge pasienten brukes ganske ofte.

Figur 6.2 Fordeling av tiltak under skjerming (234 skjermingsforløp)



Det ble gjennomført faktoranalyser, korrelasjonsanalyser og analyser av intern konsistens for grupper av tiltak som ble skåret ganske likt og derfor trolig dekker en felles dimensjon. Kombinert med vurderinger av formuleringene av de ulike elementene som ser ut til å måle samme dimensjon ga dette et grunnlag for å vurdere og konkludere med hvilke tiltak som burde fjernes, reformuleres og beholdes. Disse vurderingene og konklusjonene omtales kort nedenfor, og det meste av dette gjelder altså å redusere antall tiltak som registreres ved å slå sammen tiltak som gjelder en felles dimensjon som kan dekket av en revidert formulering av ett tiltak. Det ble også tilstrebet å redusere noen lange formuleringer til kortere og klarere utsagn som var lett å lese.

Tiltakene 1-3 om aktiviteter var høyt korrelert og dekket samme dimensjon, og disse tre erstattes med ett tiltak som formuleres «Aktiviteter alene eller sammen med andre».

Tiltakene 4, 5, 14 og 17 kom ut som én faktor (dimensjon), men vurderes likevel til å dekke litt ulike aspekter ved å strukturere og gi støtte. Disse beholdes derfor, men 5 reformuleres kortere til «Regulering av inntrykk» og dekker da også 7. Tiltakene 6 og 11 kom ut som en faktor og erstattes med ett tiltak som formuleres «Regulere tilgangen på gjenstander». Tiltakene 8 og 10 kom ut som en faktor som erstattes med ett tiltak som formuleres «Regulering av å ta kontakt med andre». Dette dekker også tiltak 9 om kontakt med andre pasienter.

Tiltakene 15 og 20 kom ut i samme faktor og er høyt korrelert, og disse erstattes med ett tiltak som formuleres «Gradvis økning av tid i fellesmiljøet». Tiltakene 18 og 19 gjelder noe av det samme, men kom ut som en annen faktor, og erstattes av ett tiltak «Følge pasienten tilbake til rommet».

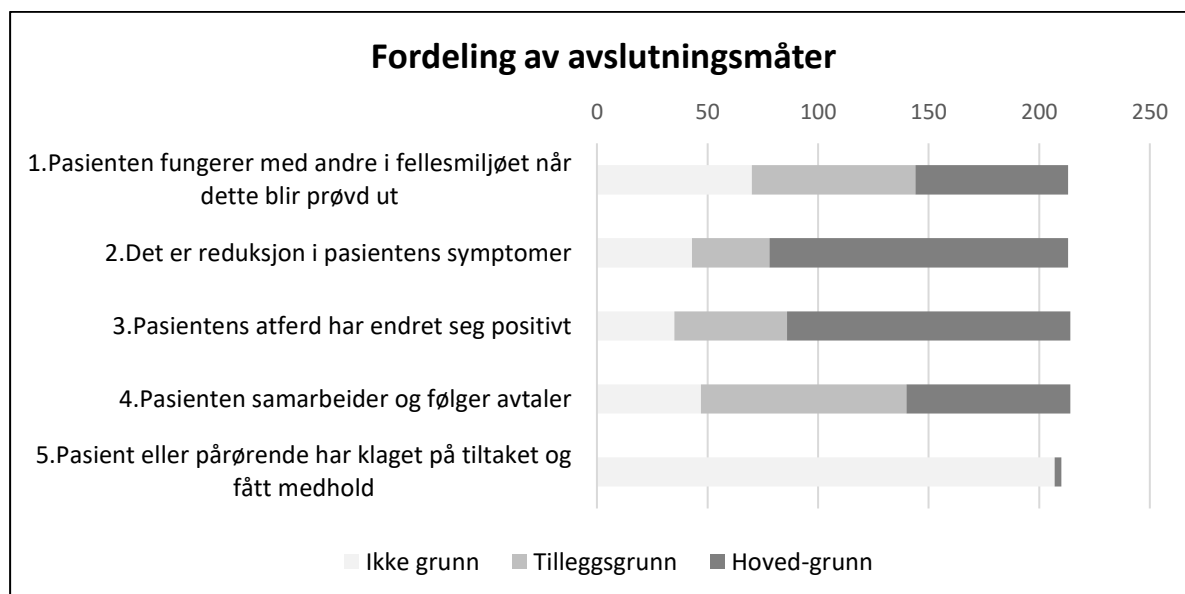
Tiltakene 15 og 20 kom ut i samme faktor og er høyt korrelert, tiltak 18 virker ut fra en praktisk vurdering å handle om noe av det samme, og disse tre erstattes med ett tiltak som formuleres «Gradvis økning av tid i fellesmiljøet». Tiltak 12 og 19 virker i praksis å handle noe av det samme, selv om de ikke kom ut i samme faktor. Tiltak 19 blir fjernet, mens tiltak 12 blir beholdt fordi det vurderes å dekke både 12 og 19.

Tiltakene 12, 13 og 16 kom ut i samme faktor, men dekker likevel ulike aspekter og beholdes, men unntak av 13 (røyking) som vurderes som et mer helsemessig tiltak enn egentlig skjerming.

Resultatet av utprøvingen var altså at ti av de 20 tiltakene under skjerming beholdes i måleskjemaet.

Resultater om bruk av avslutningsmåter

Figur 6.3 Fordeling grunner til avslutning av skjerming (234 skjermingsforløp)



Prosjektgruppa kom fram til at skåring av grunner til avslutning i hovedsak er et uttrykk for at grunnene til skjerming er avtagende og opphører, og at dette derfor ikke gir noen vesentlig ny informasjon. Disse punktene er også ofte en dynamisk prosess der en gradvis reduserer skjermingen, og som derfor kan være vanskeligere å skåre på en måte som er meningsfull og nyttig. Vi vurderte derfor at registreringen av avslutningsgrupper kunne tas ut av måleskjemaet som et ledd i å gjøre

dette kortere og enklere. Det kan tenkes at det vil være relevant å vurdere dette på nytt ved seinere revisjon av måleskjemaet.

6.2 Reliabilitetstesting av kortere måleskjema med gradert svarskala

Andre runde med utprøving av måleskjema for skjerming hadde som mål å undersøke pålitelighet (interrater reliabilitet), altså om skåring av skjemaet vil gi samme resultat når ulike personer skårer. Dette ble gjort ved at to personer med kjennskap til et skjermingsforløp fylte ut et skåringsskjema uavhengig av hverandre ved avslutning av skjermingsforløpet. I denne fasen hadde skjema blitt kortet ned fra 10 til 6 grunner og fra 20 til 10 tiltak. Grunner til avslutning av skjerming var fjernet.

Skjema som ble brukt i denne reliabilitetstesting er med som vedlegg til rapporten (vedlegg 6).

Utprøvingen ble gjennomført i perioden juni – august 2015. Alle enhetene som var med i første runde med utprøving av måleskjema ble invitert til å delta. To behandlere/miljøpersonale som kjente godt til skjermingsforløpet fylte ved avslutning av skjerming ut et skåringsskjema hver, uavhengig av hverandre. Totalt fikk man inn 69 dobbeltskåring fra 22 døgnposter.

Analyser og resultater av reliabilitetstesting av skjemaet med gradert skala

Statistiske analyser av enighet mellom to skårere (interrater reliabilitet) for det kortere måleskjemaet med gradert skala for skjermingstiltak viste tilfredsstillende enighet for de fleste grunnene til skjerming (ja/nei-spørsmål), men ikke tilfredsstillende enighet for skjermingstiltakene med en svarskala gradert i fire trinn). Resultatene av analysene er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 6.1 Pålitelighet (interrater reliabilitet) * for 69 par skåring av 69 skjermingsforløp

		ICC	Kappa	Veid kappa
	Grunner til skjerming			
G1	Pasientens atferd er ukritisk	0,34	0,55	-
G2	Pasientens atferd er kaotisk	0,28	0,42	-
G3	Pasienten har betydelig økt aktivitet	0,30	0,49	-
G4	Pasienten er truende eller voldelig mot personalet	0,37	0,63	-
G5	Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter	0,22	0,17	-
G6	Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade	-	1,00	-
	Tiltak under skjerming			
S1	Regulering av å ta kontakt med andre	0,26	0,21	0,28
S2	Begrense tilgangen til gjenstander	0,52	0,23	0,40
S3	Regulering av inntrykk	0,27	0,27	0,32
S4	Roe ned og trygge pasienten	0,19	0,02	0,15
S5	Grensesetting eller korrigering	0,47	0,24	0,38
S6	Skape struktur for pasienten	0,21	0,08	0,15
S7	Aktiviteter med personalet	0,36	0,14	0,30
S8	Støttesamtaler med pasienten	0,21	0,11	0,15
S9	Følge pasienten tilbake til rommet	0,21	0,37	0,40
S10	Gradvis økning av tid i fellesmiljøet	0,43	0,29	0,39

*) Gradering av kappa: 0,21-0,40 brukbar, 0,41-0,60 moderat, 0,61-0,80 substansiell, 0,81-1,00 utmerket

ICC er kjørt i programmet SAS. Kappa er kjørt i SPSS for tiltak, og i STATA for grunner og veid kappa.

I Cohens veide kappa vektlegges det også avstand mellom skåring (f.eks. 3 og 4 er mer likt enn 2 og 4).

Tabell 6.1 viser utregnet interrater reliabilitet med tre metoder som brukes når en beregner grad av samsvar mellom to skårere. Se fotnotene til tabellen. For grunner til skjerming er bare to av metodene brukt, siden Cohens veide kappa bare kan brukes for skalaer med flere trinn, slik som skalaen for skjermingstiltak i dette utkastet til måleskjema. Tabellen viser at kappa viste delvis akseptabelt samsvar mellom skårere for grunner til skjerming, men at både kappa og veid kappa viste ikke akseptabelt samsvar mellom skårere for skjermingstiltak. Ut fra dette besluttet prosjektgruppa å revidere den graderte svarskaalen for skjermingstiltak til å bare ha svaralternativene ja/nei, og så teste samsvar mellom skårere ved brukt av et slikt nytt utkast til måleskjema. Elementene i det nye utkastet til måleskjema skulle beholdes uendret, og bare svaralternativene for tiltak skulle endres.

Diskusjon med fagfolk fra døgnavdelingene i Akuttnettverket viste at mange opplevde at det var vanskelig å vite hvordan en skulle forstå de ulike trinnene i svarskaalen for skjermingstiltak. Dette støttet vår konklusjon om å gjøre om den graderte svarskaalen for skjermingstiltak til ja/nei, og så gjøre en ny utprøving av et revidert måleskjema som hadde de samme elementene, men ny skala.

6.3 Reliabilitetstesting av skjema med svaralternativer ja/nei

Det reviderte utkastet til måleskjema med svaralternativer ja/nei for både grunner til skjerming og skjermingstiltak ble gjort klart for en ny reliabilitetstesting. Vi besluttet å gjennomføre denne på en annen måte enn den forrige. Ved å bruke skriftlige skjermingsbeskrivelser i stedet for observasjon av skjerminger kunne flere klinikere/miljøpersonale skåre de samme skjermingene.

Prosjektgruppa valgte ut 20 av de 149 skjermingsbeskrivelsene prosjektet hadde mottatt. De 20 ble valgt ut fordi de var fyldige beskrivelser og fordi de samlet dekket litt ulike skjermingsforløp. Beskrivelsene ble forkortet ned til 1-2 sider ved å fjerne deler som ikke var nødvendige for å kunne skåre dem på det reviderte måleskjemaet. Det ble gjennomført en pilottest ved at Espen W Haugom og Magnus Storsveen ved Sykehuset Innlandet HF uavhengig av hverandre skåret de 20 forkortede skjermingsbeskrivelsene. Analyser av skåringene i pilottesten tydet på at det ville være mulig å få tilfredsstillende samsvar om mange klinikere/miljøpersonale skåret de 20 skjermingsbeskrivelsene på samme måte.

Reliabilitetstesting ble så gjennomført i 2018 ved at til sammen 31 skårere i ulike døgnavdelinger (5 leger/psykologer og 26 fra miljøpersonalet) skåret de 20 forkortede skjermingsbeskrivelsene på det reviderte måleskjemaet med svaralternativene ja/nei for både grunner og skjermingstiltak.

Interrater-reliabilitet av skåringene ble analysert ved bruk av statistiske metoder for slike analyser når flere enn to skårere skårer samme informasjon med svaralternativene ja/nei. Resultatene av disse analysene er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 6.2 Pålitelighet (interrater reliabilitet) * for 31 skåringer av 20 skjermingsforløp

		Prosentvis enighet	Gwets AC	Fleiss kappa
	Grunner til skjerming			
G1	Pasientens atferd er ukritisk	82 %	0,78	0,16
G2	Pasientens atferd er kaotisk	72 %	0,53	0,33
G3	Pasienten har betydelig økt aktivitet	70 %	0,46	0,33
G4	Pasienten er truende eller voldelig mot personalet	86 %	0,76	0,68
G5	Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter	70 %	0,41	0,40
G6	Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade	96 %	0,95	0,66
	Skjermingstiltak			
S1	Regulering av å ta kontakt med andre	89 %	0,87	0,06
S2	Begrense tilgangen til gjenstander	83 %	0,76	0,38
S3	Regulering av inntrykk	86 %	0,83	0,11
S4	Roe ned og trygge pasienten	83 %	0,79	0,08
S5	Grensesetting eller korrigerings	73 %	0,61	0,16
S6	Skape struktur for pasienten	77 %	0,67	0,19
S7	Aktiviteter med personalet	76 %	0,57	0,45
S8	Støttesamtaler med pasienten	66 %	0,39	0,25
S9	Følge pasienten tilbake til rommet	69 %	0,40	0,34
S10	Gradvis økning av tid i fellesmiljøet	77 %	0,54	0,54

*) Gradering av reliabilitet: 0,21-0,40 brukbar, 0,41-60 moderat, 0,61-0,80 substansiell, 0,81-1,00 utmerket. Analysene er kjørt i programmet STATA. Se diskusjonen i teksten.

Tabell 6.2 viser prosentvis enighet og utregnet interrater reliabilitet med to metoder som brukes når flere enn to skårer noe som har to svaralternativer (f.eks. ja/nei). Siden prosentvis enighet ikke tar hensyn til at en del av enigheten kan være tilfeldig, er det ønskelig å bruke statistiske metoder for beregning av interrater reliabilitet (samsvar) mellom skårere. Fleiss kappa har vært den mest brukte metoden siden 1971, men nyere forskning på metoder for beregning av interrater reliabilitet har vist at den kan være ustabil under visse forhold og kan vise altfor lave verdier ved høy grad av enighet der svarene altså er svært skjevt fordelt (13). Gwets AC er en nyere metode som er vist å være mer stabil og dermed mer pålitelig. Analysene av interrater reliabilitet for måleskjemaet med ja/nei som svaralternativ viser lave verdier for Fleiss kappa særlig for noen elementer med høy prosentvis enighet, men tilfredsstillende verdier for Gwets AC. Ut fra det som er nevnt ovenfor fra nyere forskning på disse metodene, vurderer vi derfor at interrater reliabilitet for måleskjemaet er tilfredsstillende, og at denne siste versjonen derfor kan gi pålitelige og sammenlignbare målinger.

6.4 Resultater fra tredje hovedfase med testing av måleskjema

Arbeidet med å utforme og teste tre reviderte versjoner av et måleskjema for skjerming har som resultat at det foreligger et kunnskapsbasert måleskjema med skjermingselementer som det er enighet (konsensus) om, og som er vist å kunne være pålitelig til registrering av skjerming.

Det er ikke gjennomført noen validering av det ferdige måleskjemaet, men den omfattende prosessen med å identifisere og oppnå konsensus om skjermingselementer i de to første hovedfasene i prosjektet vurderes som en form for grundig validering i forhold til faktisk praksis.

I utprøvingene av utkastene til måleskjema var det med et element om kontinuerlig observasjon, selv om dette ikke inngår i skjerming og er omtalt i egne punkter i lovverk for forskrifter. Ved utformingen av det ferdige måleskjemaet valgte vi å bare ha med elementer om skjerming, og å ikke ta med noe punkt om kontinuerlig observasjon, slik at måleskjemaet bare er om skjerming.

Oversikt over utvikling og utprøving av måleskjema om skjerming			
Fase	Utgangspunkt	Prosess og arbeid	Produkt
Utprøving av skjemautkast	Skjema med 10 grunner, 20 tiltak, 5 avslutningsmåter	Utfylt skjema for 234 skjerminger og analyser av mønstre i svar	Forkortet måleskjema med 6 grunner og 10 tiltak
Testing av kort måleskjema	Måleskjema med 6 grunner (ja/nei) og 10 tiltak (grad)	69 skjermingsforløp hvert skåret av to klinikere. Analyser av svar.	Ikke tilfredsstillende samsvar (reliabilitet) mellom skårere
Testing av endret skjema	Måleskjema med 6 grunner (ja/nei) og 10 tiltak (ja/nei)	31 skåringer av 20 skjermings-beskrivelser. Analyser av svar	Tilfredsstillende samsvar (reliabilitet) mellom skårere

Se mer informasjon om det ferdige måleskjemaet og om bruk av dette i neste kapittel.

7 Ferdig skjema for måling av skjerming

Prosjektet har nådd det planlagte målet med å utvikle et måleskjema som både bygger på empirisk kunnskap og konsensus om hva som er elementer i skjerming, og på systematisk utprøving og dokumentasjon av at måleskjemaet kan gi pålitelig måling av grunner til skjerming og faktisk bruk av skjermingstiltak. Dette siste kapitlet skisserer noen muligheter for bruk av måleskjemaet.

Oversikt over prosessen med ferdigstilling av måleskjema om skjerming for bruk klinisk og i forskning			
Fase	Utgangspunkt	Prosess og arbeid	Produkt
Ferdigstille måleskjema	Måleskjema som er ferdig utprøvd og testet	Ta stilling til tilleggsopplysninger og endelig utforming av layout	Ferdig utformet måleskjema for bruk i døgnposter

7.1 Hensiktene med måleskjema om skjerming

En hensikt med måleskjemaet for skjerming er at det skal kunne brukes både for kvalitetssikring og måling av skjerming som et ledd i drift og fagutvikling av døgnavdelinger. Det kan forhåpentligvis også bidra til refleksjon og bevisstgjøring av pasientenes perspektiver og etiske dimensjoner.

Bruk av måleskjemaet vil også bidra til mer pålitelige data for måling og sammenligning av praksis og innhold i skjerming mellom ulike døgnposter eller helseforetak, og for å kunne følge utviklingen over tid både lokalt og nasjonalt. Det er et helsepolitisk mål å få rett bruk av skjerming. Men det er ukjent om tidligere rapporteringer er pålitelige fordi en ikke vet om praksis og rapportering gjøres på samme måte i ulike døgnposter og helseforetak. Bruk av måleskjemaet kan derfor gi mer pålitelig kunnskap om variasjon i bruk av skjerming og om det skjer en endring over tid i bruk av skjerming. Helsemyndigheter og helseforetak bør derfor være interessert i systematisk bruk av måleskjemaet.

Bruk av måleskjemaet i evaluering og forskning kan gi ny kunnskap som kan ha betydning for flere sider ved klinisk praksis. Hvordan er skjerming innvevd i miljøterapi og andre deler av behandlingen? Hva skjer i det som kalles dynamisk skjerming og i samarbeidet om og med den enkelte pasient? Hva er effekten av ulike elementer i skjerming? Hvordan oppleves skjerming av pasienter og pårørende? Hvordan foregår skjerming i praksis ved ulike døgnavdelinger og overfor ulike pasientgrupper?

Systematisk bruk av måleskjemaet som skissert ovenfor er mulig i døgnavdelinger og helseforetak, men også på tvers av disse i felles prosjekter innen Akuttnettverket eller andre sammenhenger.

Noen ideer til bruk av måleskjemaet er nevnt nedenfor, men disse kan suppleres av andre ut fra de spørsmål en er opptatt av i sin situasjon og de behov en ser for seg av ny kunnskap. Det er også nedenfor noen tanker om eventuelle justeringer av måleskjemaet i framtida.

7.2 Forslag til bruk av måleskjemaet

Det ferdige måleskjemaet kan brukes i en rekke kliniske situasjoner eller forskningsstudier, slik som:

- Vurdering og kvalitetssikring av skjermingspraksis i døgnavdelinger
- Kvalitetssikring av rapportering om skjerming ved at data blir mer pålitelige og sammenlignbare
- Studier med sammenligning av bruk av skjerming på tvers av avdelinger og typer avdelinger
- Studier av pasienters opplevelse av skjerming ved kombinasjon med skjema om opplevd tvang

- Studier om effekt av skjerming i forhold til indikasjoner og målsetninger
- Studier av dynamikk i skjermingsforløp ut fra hva som gjøres og skjer
- Eventuelle innspill til anbefalinger, forskrifter og lovverk om skjerming

7.3 Noen muligheter for videre utvikling av måleskjemaet

- Utvikle en versjon som spørreskjema til pasienter
- Utvikle en versjon som spørreskjema til pårørende
- Validere måleskjemaet mot andre mål på de samme elementene
- Revidere (legge til, fjerne, endre) elementer i skjemaet ut fra ny kunnskap
- Revidere den utfyllende veiledningen om grunner og tiltak i måleskjemaet
- Revidere svaralternativer i måleskjemaet ut fra ny kunnskap
- Utvikle versjoner av måleskjema for ulike tidsrom

7.4 Formidling av resultatet

Resultater fra prosjektet er blitt lagt frem på møter og nettverkssamlinger i Akuttnettverket. Denne rapporten blir distribuert til alle deltagende avdelinger, til helseforetak og helsemyndigheter, samt gjort tilgjengelig på Akuttnettverkets hjemmeside www.akuttnettverket.no.

Det er publisert en artikkel (9) basert på en litteraturgjennomgang i første fase av prosjektet. Det er også gjennomført et mastergradsarbeid (14) hvor det er undersøkt hvordan skjerming beskrives og vurderes ved å analysere et utvalg av skjermingsbeskrivelsene, og det er publisert en artikkel basert på dette mastergradsarbeidet (15). Det ble også gjennomført et annet mastergradsarbeid om skjermingstiltak som hadde en tilknytning til arbeidet med å forberede dette prosjektet (16).

Det vil bli publisert ytterligere vitenskapelige artikler i norske og/eller internasjonale tidsskrifter om utviklingen av måleskjemaet og hvordan det kan brukes.

Referanser

- 1 Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer IS-1/2017 (sist oppdatert 14.02.2019)
- 2 Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard JH. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007. Trondheim: SINTEF Helse, 2008
- 3 Helsedirektoratet. Bruk av tvang i psykiskhelsevern for voksne i 2009. Samdata analyse 2010.. Helsedirektoratet, Oslo
- 4 Ruud T, Gråwe RW, Hatling T (2006). Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie. SINTEF-rapport A310. SINTEF Helse, Trondheim/Oslo.
- 5 Bjørkly S, Knutzen M, Furre M, Sandvik L. Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2009. Rapport 2011-1. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst, Oslo
- 6 Helsedirektoratet (2014). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013. (Rundskriv, IS-22243). Helsedirektoratet, Oslo
- 7 Helsedirektoratet (2012). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2011. (Rundskriv, IS-2035). Helsedirektoratet, Oslo
- 8 Norvoll R (2007). Det lukkede rom: bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter. Doktorgradsavhandling. Unipub, Oslo
- 9 Norvoll, R., Ruud, T., & Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Den norske legeforening 135 (1): 35-39
- 10 Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Health Technology Assessment 1998; 2(3)
- 11 Cuhls K. Delphi Method. Fraunhofer Institute for Systems and Innovation Research, Germany. www.unido.org/fileadmin/import/16959_DelphiMethod.pdf (5. juni 2012)
- 12 Creswell, J. W. (2003). Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Sage Publications, Thousand Oaks, California
- 13 Gwet KL. Handbook for inter-rater reliability. 4th edition. The definite guide to measuring the extent of agreement among raters. Advanced Analytics LLC, 2014, Gaithersburg.
- 14 Haugom EW. En kvalitativ studie av hvordan skjerming beskrives og vurderes av miljøpersonal ved psykiatriske sykehus. Høgskolen i Hedmark, Elverum 2013.
- 15 Haugom, E. W., & Granerud, A. (2016). Shielding in Mental Health Hospitals. SAGE Open 6(1), 2158244016629526
- 16 Ødegaard Fossum S (2011). Utvikling og testing av et spørreskjema for å kartlegge skjerming som metode i psykisk helsevern. En pilotstudie. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo

Måleskjema om skjerming. Vurderinger ved personalet

Pasient

Skårer Dato

Tidsrommet skåringen gjelder: Siste 24 timer ☐ Annet:

Grunner til at skjerming er startet eller fortsettes (ett kryss av på hver linje)

Ja

Nei

G1	Pasientens atferd er ukritisk	☐	☐
G2	Pasientens atferd er kaotisk	☐	☐
G3	Pasienten har betydelig økt aktivitet	☐	☐
G4	Pasienten er truende eller voldelig mot personalet	☐	☐
G5	Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter	☐	☐
G6	Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade	☐	☐

Skjermingstiltak som har vært brukt (ett kryss på hver linje)

Ja

Nei

S1	Regulering av å ta kontakt med andre	☐	☐
S2	Begrense tilgangen til gjenstander	☐	☐
S3	Regulering av inntrykk	☐	☐
S4	Roe ned og trygge pasienten	☐	☐
S5	Grensesetting eller korrigerings	☐	☐
S6	Skape struktur for pasienten	☐	☐
S7	Aktiviteter med personalet	☐	☐
S8	Støttesamtaler med pasienten	☐	☐
S9	Følge pasienten tilbake til skjermingen	☐	☐
S10	Gradvis økning av tid i fellesmiljøet	☐	☐

Skjerming etter vedtak eller uformelt

☐

Etter vedtak

☐

Uformelt

Sted der pasienten skjermes

☐

Eget rom

☐

Skjermingsavsnitt

Fase i skjermingsforløp

☐

Start

☐

Pågår

☐

Avslutning

Veiledning til utfylling av Måleskjema om skjerming versjon 1. Vurderinger ved personalet

Denne veiledningen bør leses før måleskjema om skjerming blir brukt. Hensikten med veiledningen er å beskrive utfyllende de grunner og tiltak som angis i skjemaet. Beskrivelsene er basert på 149 beskrivelser av skjerminger som er samlet inn gjennom skjermingsprosjektet i et eget prosjekt for utvikling av måleskjemaet. Disse er ikke uttømmende, men gir et bilde av hva sentrale grunner for skjerming og tiltak under skjerming kan være i kliniske situasjoner.

Grunner til at skjerming er startet eller fortsettes

Avgjørelsen om å skjerme vil bygge på en individuell vurdering, og ofte kan skjerming være basert på flere av grunnene nedenfor. Det skal krysses JA for de aktuelle grunnene.

G1. Pasientens atferd er ukritisk

Pasienten kler av seg, forteller private ting (eksempelvis intime bekjentgjøringer og fortellinger om egne vrangforestillinger), er høylytt i fellesmiljø eller kontaktsøkende og atferden påvirker i hovedsak andre pasienter eller personalet på en negativ måte.

G2. Pasientens atferd er kaotisk

Pasientens atferd virker uforståelig eller irrasjonell. Fremstår desorganisert. (Eksempler kan være atferd som dusjing med tøy på, demonterer ting, tukler med elektriske artikler o. l.)

G3. Pasienten har betydelig økt aktivitet

Pasienten er urolig, mer aktiv enn vanlig, kontaktsøkende og stiller svært mange spørsmål. Har vanskeligheter med å slappe av og vandrer mye.

G4. Pasienten er truende eller voldelig mot personalet

Trusler, som å si at personalet eller noen de holder nær skal skades. Direkte trusler om å slå eller sparke ned personalet. Graden av trusler og pasientens mulighet til å realisere disse er faktorer som spiller inn om skjerming skal iverksettes. Voldelig atferd kan være fysisk angrep (slag, spark, skalle, o.l.).

G5. Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter

Se G4 men her rettet mot pasienter.

G6. Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade

Det kan være at risikoen for selvmord (eller alvorlig selvskade) er slik at det er vanskelig å følge opp i vanlig post og det kan bli nødvendig med skjerming for å sikre pasienten.

Vurdering av skjermingstiltak

Det skåres i hvilken grad tiltakene brukes i skjermingsforløpet. (Noen av tiltakene er naturlige elementer i miljøterapien ved psykiatriske poster og praktiseres derfor også «utenfor skjerming».)

S1. Regulering av å ta kontakt med andre

Det kan gjelde pårørende, pasienter eller personale. Regulering av forbindelse til omverdenen (motta besøk, benytte telefon, sende/motta brev, bruk av internett, o.l.). Dette krever eget vedtak i henhold til psykisk helsevernloven (2017). Uavhengig av om det er fattet vedtak, skal det skåres i hvilken grad regulering av kontakt med omverden er gjort.

S2. Begrense tilgangen til gjenstander

Dette kan omfatte forhold som at personalet låser inn personlige eiendeler eller at man fjerner gjenstander fra rommet som kan brukes til å skade seg selv eller andre.

S3. Regulering av inntrykk

Regulering av tilgang til TV, radio, lesestoff, PC eller internett. Regulering av antall personale som tar kontakt med pasienten, at man har få og faste personer fra personalgruppen å forholde seg til. Alenetid, hviletid og nøytrale rom er ytterligere eksempler.

S4. Roe ned og trygge pasienten

Trygging gjennom tilstedeværelse eller å trekke seg litt vekk for å gi "rom" hvis pasienten ønsker det. Hvis mulig gjøres det av kjent personale og hvis nødvendig med flere fra personalet til stede. Kan omfatte avslappingsteknikker/avledninger som pasienten har gitt uttrykk for roer ned. Støttesamtale kan også bidra men skal skåres i S8.

S5. Grensesetting eller korrigering

Sette en ramme for hva som er tillatt. Dette kan gjøres ved å veilede, lage avtaler, øve på å sette egne grenser. Husregler er også et eksempel på forventet eller akseptert atferd i fellesmiljø.

S6. Skape struktur for pasienten

Hjelpe pasienten med å strukturere hverdagen. Dette kan være vekking på morgenen, planlegging av dagen og tiden fremover, sette mål for oppholdet, o.l. Dagsplan er et eksempel og den kan inneholde dagens gjøremål slik som måltider, samtaler, medisintider og aktiviteter.

S7. Aktiviteter med personalet

Dette kan foregå inne på skjermingsrom/skjermingsenhet, som spill, musikk, kortspill, lese eller annen aktivitet. Eller det kan foregå utenfor, som å gå tur, trene på treningsrom, ballspill e.l.

S8. Støttesamtaler med pasienten

Støttesamtalen er planlagt og strukturert. Dette er gjerne en samtale om det pasienten finner vanskelig i her og nå situasjonen. Pasienten kan ha mye på hjertet, kan uttrykke behov for å lette seg, og personalet stiller seg til rådighet.

S9. Følge pasienten tilbake til rommet

Gjøres dersom pasienten ikke greier å forholde seg til de andre personene i fellesmiljø eller skjermingsmiljø. Kan gjøres frivillig ved samarbeid, hvis ikke vurderes nødvendigheten av at vedkommende blir fulgt tilbake på rom mot sin egen vilje.

S10. Gradvis økning av tid i fellesmiljøet

Prøve ut pasienten i fellesmiljøet før skjermingen oppheves helt. Dersom skjermingen oppheves uten gradvis økning i forkant, scores «ingen grad».

Vedlegg

1. Måleskjema om skjerming (med veiledning)
2. Skjema 2012 for å beskrive skjermingsforløp
3. Spørreskjema for første Delphi-runde 2013
4. Spørreskjema for andre Delphi-runde 2013
5. Måleskjema utkast 2014 med veiledning
6. Måleskjema utkast 2015
7. Måleskjema utkast 2018 med veiledning

SKJERMINGSPROSJEKTET høsten 2012: Veiledning og skjema for utfylling

Systematisk beskrivelse av et skjermingsforløp eller en annen situasjon der en pasient holdes atskilt fra andre pasienter, med eller uten vedtak om skjerming

Helseforetak		Formelt vedtak om skjerming er gjort	☐ Ja	☐ Nei	
Avdeling		Varighet av skjerming	døgn	timer	minutter
Døgnpost		Kontaktperson med telefonnummer			

Prosjektledelse som kan kontaktes

Prosjektleder Torleif Ruud, e-post torleif.ruud@ahus.no

Prosjektkoordinator Bodil Skiaker, telefon 6796 8995, e-post bodil.skiaker@ahus.no

Innsending av utfylte skjema skal gjøres av lokal koordinator ved avdelingen. Utfylte skjema oppbevares lokalt inntil en har mottatt informasjon om sikker metode for innsending.

Veiledning for systematisk beskrivelse av et skjermingsforløp

1. Kvaliteten på beskrivelsene av skjermingene er avgjørende for hvor vellykket prosjektet blir. Skriv derfor konkret, detaljert og så fullstendig som mulig under hvert punkt.
2. Hver døgnpost beskriver i løpet av tidsrommet 10.09.12 – 09.12.12 tre eller gjerne flere skjermingsforløp. Poster med færre enn tre, beskriver de skjermingene de har.
3. Hver beskrivelse gjøres sammen med behandlere og miljøpersonale som har vært med på beslutning og gjennomføring av skjermingen. Det er ønskelig at beskrivelsen skal være fra mer enn en person. Alle bør lese den utsendte prosjektbeskrivelsen.
4. Det skal ikke registreres datoer eller opplysninger som kan identifisere pasienten.
5. Beskrivelsen skrives i DETTE registreringsskjemaet. De ulike delene av skjemaet kan forkortes eller forlenges etter behov ved å slette linjer eller skrive nye linjer. Utfylt skjema skal leveres som en Word-fil, ikke som papirskjema utfylt med håndskrift.
6. Deler av beskrivelsen kan hentes fra journalnotater og registrerte rapporter, men disse må suppleres med mer presis og utfyllende informasjon tilpasset skjemaets tema.
7. Skjermingstiltak og forløp beskrives konkret og detaljert. Dette gjelder hva pasienter og personale sier og gjør, vurderinger som gjøres, beslutninger som tas, tiltak som gjennomføres, fysiske omgivelser der skjermingen foregår, og annet som er relevant.
8. Beskriv situasjon og atferd helt konkret, slik at andre kan se det for seg. Ikke bruk mer eller mindre abstrakte ord som f.eks. agitert, utagerende, aggressiv, psykotisk og urolig.
9. Skjemaet er delvis strukturert, men inneholder ikke stikkord om alt som kan tenkes å være aktuelt. Ta med alt som dere synes er relevant, også om det ikke spørres om det.
10. Det er lokal koordinator i avdelingen som sender inn utfylt skjema. Prosjektmedarbeidere vil eventuelt ta kontakt om det er ønskelig med mer konkretisering av det som er skrevet.
11. Lokal koordinator og de som fyller ut skjemaet kan kontakte prosjektledelsen ved spørsmål eller behov for avklaringer.

Bakgrunn og begrunnelse for at pasienten blir skjermet eller holdt atskilt fra andre pasienter: Gi så detaljert beskrivelse av situasjon og hendelser som dere anser som nødvendig for at andre skal kunne identifisere en lignende situasjon eller hendelse.

Målsettinger for skjermingen: Gi så detaljert beskrivelse av målsettingene for skjermingen som dere anser som nødvendig for at andre skal kunne bruke dem på samme måte. Om målsettingene forandres underveis i forløpet, skal dette også beskrives.

Skjermingstiltak: Beskriv hvor pasienten er, hvilke begrensninger som gjøres, hvem som er sammen med pasienten, og hva personalet gjør sammen med pasienten. Tenk at andre ut fra beskrivelsen skal kunne gjennomføre samme skjerming og opplegg som dere har gjort. Dersom det har vært ulike tiltak i ulike faser, bør de ulike fasene og tiltakene beskrives. En kort beskrivelse av lokaler, fysiske omgivelser eller annen kontekst er også ønskelig.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a detailed description of a screen. It occupies the majority of the page area above the footer.

Etiske aspekter: Beskriv etiske vurderinger, hvordan disse har virket inn på hva som er blitt tenkt og gjort, og hvordan dette er blitt oppfattet av pasient og personale. Noen ganger blir moralske anskuelser ekstra vanskelig fordi man opplever dilemmaer mellom verdier som ikke lar seg forene. Oppstod slike moralske utfordringer eller dilemmaer i løpet av skjermingen? Beskriv hvordan dette er blitt taklet i praksis og hva som har vært utslagsgivende for valgene som er blitt gjort. Beskriv også grad av enighet mellom personale og pasienter, så vel som enighet eller uenighet mellom personale.

Avslutning av skjerming: Beskriv varigheten av skjermingen, begrunnelsen for avslutning av skjermingen, og hvordan avslutningen praktisk ble gjennomført.

Beskriv eventuelt annet som ikke er dekket i avsnittene ovenfor

Skjermingsprosjektet: Første runde i Delphi-prosessen

Hensikten med denne Delphi-runden er at deres skal ta stilling til i hvilken grad hver av de ulike elementene i skjerming (inndelt i grunner til skjerming, skjermingstiltak og avslutningsmåter) er en del av skjerming slik det praktiseres i deres døgnpast. De samlede svar fra alle døgnpastene vil da beskrive skjerming slik det praktiseres i de døgnpastene som deltar i Delphi-prosessen. Merk at dere i egne tekstfelt har anledning til å foreslå elementer som ikke er med i dette skjemaet.

Elementene i skjerming er hentet fra de 149 skjermingsbeskrivelsene vi mottok fra de 57 døgnpastene som sendte inn skjermingsbeskrivelser. De er funnet ved grundig gjennomgang av disse beskrivelsene. Vi har så arbeidet med å beskrive hvert element på et passe nivå når det gjelder konkretisering, slik at det kan inneholde ulike varianter og samtidig kan skilles fra andre elementer. Noen steder er det nevnt eksempler i parentes for å bidra til konkretisering, men det understrekes at disse ikke er dekkende og at det også kan være andre eksempler.

Ved den andre runden i Delphi-prosessen senere i høst vil dere for hvert element få vite hvordan resultatet av den samlede vurdering i første runde. Dere vil så bli spurt om å vurdere på nytt om dere vil endre den skåringen dere nå har satt. I andre runde vil vi også ta med forslagene til nye elementer som er foreslått i første runde.

Instruksjon for utfylling av skjemaet

- Dere skal ta stilling til i hvilken grad hver av disse er en del av den skjermingspraksis dere har i døgnpasten deres.
- Dere skal ikke svare ut fra hva forskriftene om skjerming sier eller hvordan dere tenker at skjerming burde være.
- Dere skal fylle ut kun ett skjema pr døgnpast, og ikke ett skjema fra hver person som deltar i vurderingen.

Instruksjon for selve skåringene

- Hvert utsagn skåres ved å krysse av for ett (og bare ett) tall mellom 1 og 9.
- Pass på at dere gir ett svar (og kun ett) for hvert utsagn, og at dere skårer alle utsagn.
- Skåringsskalaen går fra 1 til 9 med følgende ytterpunkter og midtpunkt:
1= Helt uenig 5 = verken uenig /eller enig 9 = Helt enig
- Dere kan tenke på skalaen som inndelt i tre (1-3, 4-6, 7-9) og ta først stilling til hvilket område som er riktig, og deretter velge konkret skåre innen det området.

Praktisk gjennomføring

- Det er sterkt ønskelig at både leger/psykologer og miljøpersonale deltar i prosessen.
- Sitt sammen i gruppe på minst to personer, gå gjennom spørsmålene og sett ett felles svar for døgnpasten!
- Hver deltaker bør ha foran seg en utskrift av skjemaet som skal fylles ut.
- Koordinator kan fylle ut det elektroniske skjemaet underveis, eller det kan fylles ut på papirutskrift under møtet og registreres elektronisk etterpå. Om dere foretrekker det, kan dere skanne inn utfylt papirskjema og sende eller fylle inn i Word og sende fila.

Svarfrist fredag 18. oktober

Anonymitet

Svarene deres kun blir lest av prosjektmedarbeidere og prosjektleder i skjermingsprosjektet. De andre døgnpostene vil ikke finne ut hvem som har svart hva. Presentasjon av resultatene vil også være på gruppenivå, slik at man ikke kan finne ut hva ulike døgnposter har svart.

Spørsmål til utfylling/innsending av skjema

Ved spørsmål til utfylling av skjema kan Maren Rognaldsen kontaktes på maren.rognaldsen@ahus.no og tlf 679 68857. (torsdager, fredager og noen mandager). Får du ikke tak i henne, kontakt Solveig Lundsvoll på Solveig.Lundsvoll@ahus.no (tlf 679 68858). Hun kan hjelpe til med praktiske spørsmål ifm. innsending/utfylling.

Hvem er dere?

Helseforetak / Institusjon: _____

Avdeling: _____

Post: _____

Kontaktperson/koordinator: _____

E-post: _____

Telefon: _____

Hvor mange har deltatt i besvarelsen av skjemaet?

--	--

Hvor mange av disse var behandlere (leger / psykologer):

--	--

Hvor mange av disse var miljøpersonell / andre:

--	--

Del A: Grunner til skjerming

Pasientens atferd

1. Pasientens atferd påvirker medpasienter (f.eks. høyløtt, forteller om vrangforestillinger, kontaktsøkende m.m.)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

2. Pasienten viser ukritisk atferd (f.eks. kler av seg, forteller private ting)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

3. Pasienten er ruset

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

4. Pasienten gjør ting personalet frykter han vil angre på

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

5. Det er vanskelig for pasienten å innordne seg etter postens regler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

6. Personalet vurderer at det er høy risiko for selvmord eller selvskading

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

7. Pasienten er voldelig, aggressiv eller truende mot personale

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

8. Pasienten er voldelig, aggressiv eller truende mot andre pasienter

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

9. Pasientens atferd virker uforståelig, irrasjonell eller kaotisk (f.eks. dusjer med tøy på, demonterer ting m.m.)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

10. Pasienten har symptomer på psykose (f.eks. hallusinasjoner, vrangforestillinger, mistenksomhet)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

11. Pasienten har symptomer på mani (f.eks. overaktiv, urolig)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

Behov for bedre rammer i observasjon eller behandling

1. Pasienten skjermes som grensesetting i etterkant av uakseptabel atferd

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

2. Man vil få i gang eller sikre medisinerer

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

3. Man vil hindre at pasienten ruser seg i posten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

4. Det er behov for å observere pasienten tettere (f.eks. som ledd i en diagnostisering)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

5. Det er vanskelig å komme i dialog med pasienten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

6. Man vil passe bedre på fordi det er fare for at pasienten rømmer

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

7. Det er behov for mer personale på pasienten enn det som er tilgjengelig utenom skjerming

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

8. Man vil forebygge eller hindre uheldige hendelser som personalet frykter kan skje

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

9. Man har et ønske om å fremskynde bedring for pasienten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

Andre mulige grunner**1. Pasienten ønsker selv skjerming**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

2. Man har erfaring med at skjerming har fungert bra på pasienten tidligere

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

3. Observert positiv effekt av skjermingslignende tiltak (f.eks. hvile på rom, måltider alene)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne grunnen til skjerming:

Er det andre grunner til skjerming som bør tas med?

Her kan dere skrive forslag til andre grunner som bør tas med

Del B: Skjermingstiltak

Aktiviteter

1. Aktiviteter med personale inne på skjermingen (f.eks. spill eller annen aktivitet etter pasientens ønske)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

2. Aktiviteter med personale utenfor posten (f.eks. tur)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

3. Aktiviteter alene under skjerming (f.eks. musikk, hobby)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

4. Støttesamtaler med pasienten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

Begrensning

1. Reduksjon av stimuli eller sanseintrykk

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

2. Innlåsing av personlige eiendeler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

3. Regulering av tilgang til TV, radio eller internett

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

4. Regulering av kontakt med pårørende

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

5. Regulering av kontakt med andre pasienter

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

6. Regulering av adgang til mobiltelefon (med eller uten vedtak)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

7. Begrense tilgangen til gjenstander som pasienten kan bruke til å skade seg selv eller andre

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

8. Følge pasienten tilbake til rommet når han kommer ut av rommet sitt

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

9. Regulere muligheten til å røyke

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

10. Bruk av tvangsmidler (f.eks. belter, tvangsmedisinering, holding, isolasjon)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

Struktur/behandling

1. Skape struktur for pasienten (f.eks. ved dagsplan)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

2. Utprøving av at pasienten er i fellesmiljøet

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

1= Helt uenig

5 = verken uenig /eller enig

9 = Helt enig

3. Hjelpe pasienten med grensesetting eller korrigering

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

4. Hjelpe pasienten med daglige gjøremål

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

5. Roe ned og trygge pasienten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

6. Observasjon av pasientens symptomer og atferd som ledd i utredning eller diagnostikk

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

7. Pasienten skjermes kun noen timer om dagen (f.eks. hviletid etter oppsatt plan)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

8. Pasienten blir tatt inn eller går selv inn på rommet for å skjerme seg ved behov (f.eks. i en time et par ganger om dagen)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dette tiltaket kan gjennomføres utenom skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

9. Det skjer en gradvis avslutning av skjerming (f.eks. gradvis mer tid i fellesmiljøet)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av dette tiltaket i skjerming:

Andre forslag til skjermingstiltak som bør tas med?

Her kan dere skrive forslag til andre skjermingstiltak som bør tas med

Del C: Noen spørsmål om rammer ved skjerming

1. Fleksibilitet på rammer

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rammene tilpasses individuelt til hver enkelt pasient	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pasienten er med på å bestemme rammene for skjermingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuell kommentar til *fleksibilitet på rammer*:

2. Lokale

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pasienten skjermes på vanlig pasientrom	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pasienten skjermes på skjermingsenhet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuell kommentar til *lokale*:

Andre aspekter ved rammer som bør tas med?

Her kan dere skrive forslag til andre punkter som bør tas med om rammer

Del D: Grunner til avslutning av skjerming

1. Pasienten fungerer med andre i fellesmiljøet når dette blir prøvd ut

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne begrunnelsen for avslutning av skjerming:

2. Pasient har blitt bedre/symptomreduksjon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne begrunnelsen for avslutning av skjerming:

3. Pasienten samarbeider og følger avtaler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne begrunnelsen for avslutning av skjerming:

4. Praktiske grunner (f.eks. utskrivning, andre trenger rommet)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne begrunnelsen for avslutning av skjerming:

5. Vedtak går ut og man velger å ikke fornye dette

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne begrunnelsen for avslutning av skjerming:

6. Pasienten trives med skjermingen (f.eks. ønsker ikke å være sosial med andre pasienter)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette er en grunn til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuelt forslag til reformulering, tillegg eller presisering av denne begrunnelsen for avslutning av skjerming:

Er det andre grunner til avslutning av skjerming?

Her kan dere skrive forslag til andre punkter som gjelder avslutning av skjerming

Andre kommentarer?

Her kan dere skrive andre forslag eller kommentarer til hele skjemaet

Skjermingsprosjektet: Andre runde i Delphi-prosessen

Takk for alt samarbeid i prosjektet! Vi nærmer oss nå målet med å lage verdens første måleinstrument for skjerming ved hjelp av innsatsen fra deg og dine medarbeidere.

Hensikten med denne andre Delphi-runden er at deres post igjen skal ta stilling til hver av de ulike elementene i skjerming (inndelt i grunner til skjerming, skjermingstiltak og avslutningsgrunner) ut fra informasjon dere får om resultatene fra første Delphi-runde.

Vi ber dere altså, i henhold til instruksjonen under, om å vurdere hva dere nå vil svare når dere ser hvordan fordelingen av svarene var i første runde. Dette vil dere se i form av tall under hver av de 9 rutene dere kan svare i. Noen steder er også spørsmålet noe endret, dere vil da også se under hvordan spørsmålet ble formulert i forrige runde.

Endringer sammenlignet med forrige skjema:

- Vi har fjernet elementer der det var bred enighet om at det ikke var en del av skjerming.
- Vi har fjernet elementer som opplevdes uklare, eller lot til å være dekket av andre punkter.
- Vi har tatt inn noen nye elementer som ble foreslått av dere.
- Vi har tatt inn nye spørsmål basert på vurderinger fra oss i prosjektgruppa.
- Vi har også endret ordlyden på noen elementer ut fra forslag om dette i første runde. Dere vil da også se under spørsmålet hvordan det opprinnelig var formulert.
- Ekstraspørsmålet om hvert tiltak under skjerming også kunne brukes utenom skjerming er fjernet. Grunnen er at prosjektgruppa ikke syntes det var hensiktsmessig å ha med videre.

I tillegg har vi etter oppfordring fra postene omformulert følgende:

"Dette er en grunn til skjerming" har blitt til "Dette kan være en av grunnene til skjerming".

"Dette er et skjermingstiltak" har blitt til "Dette kan være et skjermingstiltak".

"Dette er en grunn til avslutning av skjerming" har blitt til "Dette kan være en av grunnene til avslutning av skjerming".

Svarfrist er fredag 22. november!

Instruksjon for utfylling av skjemaet

- Dere skal ta stilling til i hvilken grad hver av disse er en del av den skjermingspraksis dere faktisk har i døgnposten deres.
- Dere skal ikke svare ut fra hva forskriften om skjerming sier eller hvordan dere tenker at skjerming ideelt sett burde være.
- Dere skal fylle ut kun ett skjema pr døgnpost, og ikke ett skjema fra hver person som deltar i vurderingen.
- **Dere bes vurdere svarene med tanke på skjerming generelt, både formelle skjerminger med vedtak, og uformelle skjerminger uten vedtak!**

Instruksjon for selve skåringene

1. Hvert utsagn skåres ved å krysse av for ett (og bare ett) tall mellom 1 og 9.
2. Pass på at dere gir ett svar (og kun ett) for hvert utsagn, og at dere skårer alle utsagn.
3. Skåringsskalaen går fra 1 til 9 med følgende ytterpunkter og midtpunkt:

1 = Helt uenig 5 = verken uenig /eller enig 9 = Helt enig

4. Dere kan tenke på skalaen som inndelt i tre (1-3, 4-6, 7-9) og ta først stilling til hvilket område som er riktig, og deretter velge konkret skåre innen det området dere har valgt.

Praktisk gjennomføring

- Både leger/psykologer og miljøpersonale deltar sammen i prosessen.
- Sitt sammen i gruppe på minst to personer, gå gjennom spørsmålene og sett ett felles svar for døgnposten!
- Hver deltaker bør ha foran seg en utskrift av skjemaet som skal fylles ut.
- Koordinator kan fylle ut det elektroniske skjemaet underveis, eller det kan fylles ut på papirutskrift under møtet og registreres elektronisk etterpå. Om dere foretrekker det, kan dere skanne inn utfylt papirskjema og sende eller fylle inn i Word og sende fila.

Anonymitet

Svarene deres blir kun lest av prosjektmedarbeidere og prosjektleder i skjermingsprosjektet. De andre døgnpostene vil ikke finne ut hvem som har svart hva. Presentasjon av resultatene vil også være på gruppenivå, slik at man ikke kan finne ut hva ulike døgnposter har svart.

Spørsmål til utfylling/innsending av skjema

Ved spørsmål til utfylling av skjema kan Maren Rognaldsen kontaktes på maren.rognaldsen@ahus.no og tlf 679 68857. (torsdager og fredager).

Får du ikke tak i henne, kontakt Solveig Lundsvoll på Solveig.Lundsvoll@ahus.no (tlf 679 68858). Hun kan hjelpe til med praktiske spørsmål ifm. innsending/utfylling.

Videre arbeid etter andre Delphi-runde:

- Dere vil få oversendt resultatet fra Delphi-prosessen
- På grunnlag av resultatet vil vi utvikle et forslag til måleverktøy som vil bli diskutert våren 2014

Hvem er dere?

Helseforetak / Institusjon: _____

Avdeling: _____

Post: _____

Kontaktperson/koordinator: _____

E-post: _____

Telefon: _____

Hvor mange har deltatt i besvarelsen av skjemaet?

--	--

Hvor mange av disse var behandlere (leger / psykologer):

--	--

Hvor mange av disse var miljøpersonell / andre:

--	--

I første runde deltok i alt 213 personer fra 47 døgnposter, og av disse var omtrent 25% behandlere og omtrent 75% miljøpersonell.

Del A: Grunner til skjerming

Her regner vi med at man gjerne har forsøkt andre tiltak og/eller korrigering, men uten at dette har fungert.

1. Pasientens atferd påvirker andre pasienter på en negativ måte

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opprinnelig spørsmål:</i> <i>Pasientens atferd påvirker medpasienter (for eksempel høylytt, forteller om vrangforestillinger, kontaktsøkende m.m.)</i>									
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	1	1	2	1	7	10	10	6	9

Nytt spørsmål:

2. Pasienten trenger å beskyttes fra andre pasienter

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Pasienten viser ukritisk atferd

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opprinnelig spørsmål:</i> <i>Pasienten viser ukritisk atferd (f.eks. kler av seg, forteller private ting)</i>									
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	0	0	1	3	6	2	7	10	18

Sett kryss for om dette punktet formuleres bedre på en av følgende måter:

☐ Pasienten skjemmer seg ut ☐ Pasienten blamerer seg ☐ Nei, beholde som ovenfor

4. Pasienten er ruset og dette påvirker atferden

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opprinnelig spørsmål:</i> <i>Pasienten er ruset</i>									
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	4	1	1	1	6	4	6	5	19

5. Personalet vurderer at det er høy risiko for selvmord

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ved høy selvmordsrisiko vil dere primært velge:

☐ Skjerming
 ☐ Kontinuerlig observasjon
 (= KO, fotfølging)
 ☐ Annet

Hva legger dere til grunn for deres valg her:

6. Personalet vurderer at det er høy risiko for selvskading

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Opprinnelig spørsmål:**Personalet vurderer at det er høy risiko for selvmord eller selvskading*

Fordeling av svar i første runde:	17	6	2	2	8	1	1	5	5
-----------------------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---

7. Pasienten er voldelig mot personalet

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Pasienten er truende mot personalet

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Opprinnelig spørsmål:**Pasienten er voldelig, aggressiv eller truende mot personalet*

Fordeling av svar i første runde:	2	0	0	0	0	3	6	14	21
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----	----

9. Pasienten er voldelig mot andre pasienter

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Pasienten er truende mot andre pasienter

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Opprinnelig spørsmål:**Pasienten er voldelig, aggressiv eller truende mot andre pasienter*

Fordeling av svar i første runde:	1	0	0	0	0	1	1	13	31
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----	----

11. Pasientens atferd er kaotisk

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opprinnelig spørsmål:

Pasientens atferd virker uforståelig, irrasjonell eller kaotisk (f.eks. dusjer med tøy på, demonterer ting m.m.)

Fordeling av svar i første runde:	2	0	1	4	11	7	7	6	8
-----------------------------------	---	---	---	---	----	---	---	---	---

Nytt spørsmål:**12. Pasienten er forvirret**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Pasienten har betydelig økt aktivitet

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opprinnelig spørsmål:

Pasienten har symptomer på mani (f.eks. overaktiv, urolig)

Fordeling av svar i første runde:	2	3	4	2	3	6	13	7	7
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	----	---	---

14. Pasienten ønsker selv skjerming

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fordeling av svar i første runde:

19	4	2	1	9	1	9	2	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---

15. Skjerming har fungert bra for denne pasienten tidligere

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opprinnelig spørsmål:

Man har erfaring med at skjerming har fungert bra på pasienten tidligere

Fordeling av svar i første runde:	12	1	3	3	7	6	10	4	1
-----------------------------------	----	---	---	---	---	---	----	---	---

Grunner til skjerming som ble slettet etter 1. runde i Delphi-prosessen

Pasienten gjør ting personalet frykter han vil angre på									
Fordeling av svar i første runde:	5	4	7	5	6	7	7	3	3

Det er vanskelig for pasienten å innordne seg etter postens regler									
Fordeling av svar i første runde:	11	12	6	2	7	6	1	1	1

Pasienten har symptomer på psykose (f.eks hallusinasjoner, vrangforestillinger, mistenksomhet)									
Fordeling av svar i første runde:	18	7	6	0	8	3	2	1	2

Pasienten skjermes som grensesetting i etterkant av uakseptabel atferd									
Fordeling av svar i første runde:	18	2	4	3	7	6	4	1	2

Man vil få i gang eller sikre medisiner									
Fordeling av svar i første runde:	34	5	4	1	1	2	0	0	0

Man vil hindre at pasienten ruser seg i posten									
Fordeling av svar i første runde:	37	2	1	0	6	1	0	0	0

Det er behov for å observere pasienten tettere (f.eks som ledd i en diagnostisering)									
Fordeling av svar i første runde:	36	5	2	0	2	1	1	0	0

Det er vanskelig å komme i dialog med pasienten									
Fordeling av svar i første runde:	43	2	2	0	0	0	0	0	0

Man vil passe bedre på fordi det er en fare for at pasienten rømmer									
Fordeling av svar i første runde:	38	2	1	0	3	0	2	0	1

Det er behov for mer personal på pasienten enn det som er tilgjengelig utenom skjerming									
Fordeling av svar i første runde:	37	2	2	0	1	4	0	1	0

Man vil forebygge eller hindre uheldige hendelser som personalet frykter kan skje									
Fordeling av svar i første runde:	13	4	1	2	14	5	5	1	1

Man har et ønske om å fremskynde bedring for pasienten									
Fordeling av svar i første runde:	10	1	3	3	7	1	14	3	5

Observert positiv effekt av skjermingslignende tiltak (f.eks hvile på rom, måltider alene)									
Fordeling av svar i første runde:	19	1	3	0	6	1	6	6	3

Del B: Skjermingstiltak

Med skjerming her mener vi ikke vedtaket, eller skjermingsenheten dere bruker. Vi mener skjerming som *metode*. Altså det dere kaller skjerming, uansett hvor det gjøres eller om dere har vedtak på det. Når vi refererer til "i skjerming" eller "under skjerming", mener vi altså tiltak med pasienten som dere ser på som en del av skjerming - uansett lokale.

Aktiviteter

1. Aktiviteter med personalet under skjerming

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opprinnelig spørsmål:</i> <i>Aktiviteter med personale inne på skjermingen (f.eks. spill eller annen aktivitet etter pasientens ønske)</i>									
Fordeling av svar i første runde:	8	1	1	0	3	4	8	6	16

2. Aktiviteter med personalet utenfor posten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opprinnelig spørsmål:</i> <i>Aktiviteter med personale utenfor posten (f.eks. tur)</i>									
Fordeling av svar i første runde:	5	0	0	0	4	5	10	5	18

3. Aktiviteter alene under skjerming

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opprinnelig spørsmål:</i> <i>Aktiviteter alene under skjerming (f.eks. musikk, hobby)</i>									
Fordeling av svar i første runde:	9	0	0	2	3	5	11	5	11

4. Støttesamtaler med pasienten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fordeling av svar i første runde:	8	1	1	0	5	2	4	5	21

Begrensning

1. Reduksjon av stimuli eller sanseinntrykk

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	0	0	0	0	2	1	4	3	37

Vi ber dere konkretisere hva som faktisk gjøres ved reduksjon av stimuli eller sanseinntrykk:

2. Innlåsing av personlige eiendeler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	6	1	0	1	10	1	6	5	17

3. Regulering av tilgang til TV, radio eller internett

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	2	0	1	0	4	2	5	7	26

4. Regulering av kontakt med pårørende

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	10	1	1	0	7	3	6	3	15

5. Regulering av kontakt med andre pasienter

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	1	1	0	0	2	1	6	8	27

6. Regulering av adgang til mobiltelefon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opprinnelig spørsmål: Regulering av adgang til mobiltelefon (med eller uten vedtak)</i>									
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	7	1	1	0	3	3	6	4	22

7. Begrense tilgangen til gjenstander som pasienten kan bruke til å skade seg selv eller andre

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	3	0	0	0	6	1	4	7	26

8. Følge pasienten tilbake til rommet når han kommer ut av rommet sitt

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	3	0	2	0	4	0	8	2	28

9. Regulere muligheten til å røyke

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	16	1	3	1	7	2	4	1	11

Struktur/behandling**1. Skape struktur for pasienten**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opprinnelig spørsmål: Skape struktur for pasienten (f.eks. ved dagsplan)</i>									
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	11	1	3	2	4	1	4	7	14

2. Utprøving av at pasienten er i fellesmiljøet

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	7	0	1	0	10	2	4	6	17

3. Grensesetting eller korrigering

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opprinnelig spørsmål:*Hjelp pasienten med grensesetting eller korrigering*

Fordeling av svar i første runde:

10 0 1 1 7 3 3 7 15

Vi ber dere konkretisere hva som faktisk gjøres ved grensesetting eller korrigering:**4. Roe ned og trygge pasienten**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fordeling av svar i første runde:

12 1 0 1 6 1 3 3 20

Vi ber dere konkretisere hva som faktisk gjøres når dere roer ned og trygger pasienten:**5. Pasienten skjermes kun noen timer om dagen**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opprinnelig spørsmål:*Pasienten skjermes kun noen timer om dagen (f.eks. hviletid etter oppsatt plan)*

Fordeling av svar i første runde:

13 0 0 1 6 2 6 2 17

6. Pasienten blir tatt inn eller går selv inn på rommet for å skjerme seg ved behov

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opprinnelig spørsmål:*Pasienten blir tatt inn eller går selv inn på rommet for å skjerme seg ved behov (f.eks. i en time et par ganger om dagen)*

Fordeling av svar i første runde:

15 0 0 0 9 1 8 3 11

7. Det skjer en gradvis avslutning av skjerming

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opprinnelig spørsmål:*Det skjer en gradvis avslutning av skjerming (f.eks. gradvis mer tid i fellesmiljøet)*

Fordeling av svar i første runde:	1	0	0	0	5	2	4	5	30
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Skjermingstiltak som er slettet etter 1. runde i Delphi-prosessen

Bruk av tvangsmidler (for eksempel belter, tvangsmedisinering, holding, isolasjon)
Fordeling av svar i første runde:
19 2 1 1 7 1 2 0 13

Hjelpe pasienten med daglige gjøremål
Fordeling av svar i første runde:
19 3 0 0 7 1 2 2 13

Observasjon av pasientens symptomer og atferd som ledd i utredning og diagnostikk
Fordeling av svar i første runde:
26 2 2 0 3 1 1 0 11

Del C: Noen spørsmål om rammer ved skjerming

Denne delen handlet om fleksibiliteten på rammene og lokale. Vi opplevde at dette ikke egentlig handlet om de skjermingselementene vi er ute etter i denne runden. Denne delen er derfor tatt bort.

Del D: Grunner til avslutning av skjerming

1. Pasienten fungerer med andre i fellesmiljøet når dette blir prøvd ut

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	0	0	0	0	2	3	8	13	21

2. Pasienten har blitt bedre/symptomreduksjon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	0	0	0	0	3	1	8	10	25

Nytt spørsmål:

3. Pasientens atferd har endret seg positivt

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Pasienten samarbeider og følger avtaler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fordeling av svar i første runde:</i>	0	0	0	1	8	5	12	6	15

Nytt spørsmål:

5. Pasient eller pårørende har klaget på tiltaket og fått medhold

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nytt spørsmål:

6. Skjerming fungerer ikke for denne pasienten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nytt spørsmål:

7. Pasienten får funksjonstap som følge av skjerming

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være en av grunnene til avslutning av skjerming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Grunner til avslutning av skjerming som er slettet etter 1. runde i Delphi-prosessen

Praktiske grunner (f.eks utskriving, andre trenger rommet)										
Fordeling av svar i første runde:	21	7	3	1	4	1	8	0	2	

Vedtak går ut og man velger å ikke fornye dette										
Fordeling av svar i første runde:	18	4	1	0	9	1	1	1	12	

Pasienten trives med skjermingen (f.eks ønsker ikke å være sosial med andre pasienter)										
Fordeling av svar i første runde:	21	3	1	0	9	5	3	2	3	

Andre kommentarer?

Her kan dere skrive eventuelle kommentarer til skjemaet:

Skjema om gjennomført skjerming – Akuttnettverkets utprøving i 2014

Det fylles ut ett skjema ved avslutning av en skjerming ved poster som deltar i prosjektet. Se veiledning.

Helseforetak		Avdeling		Døgnpost	
Skjerming etter vedtak	() Ja () Nei	Varighet av skjermingen	dager	timer	min
Pasientens kjønn	() Kvinne () Mann	Pasientens alder		Skjemaet utfylt på	min

	Grunner til skjerming (sett ring rundt ett svar på hver linje)	Ikke grunn	Tilleggsgrunn	Hovedgrunn
1	Pasientens atferd påvirker andre pasienter på en negativ måte	0	1	2
2	Pasienten viser ukritisk atferd	0	1	2
3	Pasienten er ruset og dette påvirker atferden	0	1	2
4	Pasienten er voldelig mot personalet	0	1	2
5	Pasienten er truende mot personalet	0	1	2
6	Pasienten er voldelig mot andre pasienter	0	1	2
7	Pasienten er truende mot andre pasienter	0	1	2
8	Pasientens atferd er kaotisk	0	1	2
9	Pasienten har betydelig økt aktivitet	0	1	2
10	Personalet vurderer at det er høy risiko for selvmord	0	1	2
11	Annet:			

	Skjermingstiltak (sett ring rundt ett svar på hver linje)	Ikke gjort	Gjort noe av tiden/delvis	Gjort meste av tiden
1	Aktiviteter med personalet under skjerming	0	1	2
2	Aktiviteter med personalet utenfor posten	0	1	2
3	Aktiviteter alene under skjerming	0	1	2
4	Støttesamtaler med pasienten	0	1	2
5	Reduksjon av stimuli eller sanseinntrykk	0	1	2
6	Innlåsing av personlige eiendeler	0	1	2
7	Regulering av tilgang til TV, radio eller internett	0	1	2
8	Regulering av kontakt med pårørende	0	1	2
9	Regulering av kontakt med andre pasienter	0	1	2
10	Regulering av adgang til mobiltelefon	0	1	2
11	Begrense tilgangen til gjenstander som pasienten kan bruke til å skade seg selv eller andre	0	1	2
12	Følge pasienten tilbake til rommet når han kommer ut av rommet sitt	0	1	2
13	Regulere muligheten til å røyke	0	1	2
14	Skape struktur for pasienten	0	1	2
15	Utprøving av at pasienten er i fellesmiljøet	0	1	2
16	Grensesetting eller korrigering	0	1	2
17	Roe ned og trygge pasienten	0	1	2
18	Pasienten skjermes kun noen timer om dagen	0	1	2
19	Pasienten blir tatt inn eller går selv inn på rommet for å skjerme seg ved behov	0	1	2
20	Det skjer en gradvis avslutning av skjerming	0	1	2
21	Annet:			

	Grunner til avslutning av skjerming (ring rundt ett svar på hver linje)	Ikke grunn	Tilleggsgrunn	Hovedgrunn
1	Pasienten fungerer med andre i fellesmiljøet når dette blir prøvd ut	0	1	2
2	Det er reduksjon i pasientens symptomer	0	1	2
3	Pasientens atferd har endret seg positivt	0	1	2
4	Pasienten samarbeider og følger avtaler	0	1	2
5	Pasient eller pårørende har klaget på tiltaket og fått medhold	0	1	2

Veiledning til skjema om gjennomført skjerming – Akuttnettverket 2014

Måleverktøyet fylles ut om et skjermingsforløp når det avsluttes. Det er ønskelig å få et utfyllt skjema for hvert skjermingsforløp fra 27.03.14 til 26.09.14 i døgnenheter som deltar.

Utpøring av måleverktøyet for skjerming er siste fase i skjermingsprosjektet. De to første fasene (innsamling av skjermingsbeskrivelser og to Delphi-runder) resulterte i skjermingsgrunner og skjermingstiltak. Hensikten med dette skjema er blant annet å undersøke om disse grunnene og tiltakene oppleves relevante og brukes i klinisk praksis. Det vises til delprosjektbeskrivelse for ytterligere informasjon om denne fasen av prosjektet: *Utpøring av måleverktøyet for skjerming 2014 0324* (www.akuttnettverket.no).

Nedenfor er en enkel veiledning i utfylling av skjema som dere finner på neste side.

Eksempel på hvordan det er tenkt at første del av skjema skal utfylles

Helseforetak	Sykehuset Innlandet	Avdeling	Akuttavdeling	Døgnpost	Enhet for akutt	
Skjerming etter vedtak	(x) Ja () Nei	Varighet av skjermingen		4 dager	2 timer	15 min
Pasientens kjønn	(x) Kvinne () Mann	Pasientens alder	43	Skjemaet utfyllt på		20 min

Grunner til skjerming

- Her gjengis det 10 forskjellige grunner til skjerming.
- **Dere skal sette en ring rundt et svar på hver linje. Sett ring rundt 0 hvis grunnen til skjerming ikke er en grunn for skjerming i den skjermingen dere skårer. Sett ring rundt 1 hvis grunnen er en tilleggsgrunn og ring rundt 2 hvis det er hovedgrunnen til skjerming.**
- Det kan settes ring rundt flere hovedgrunner og tilleggsgrunner hvis dette er tilfelle.
- Under "Annet" kan dere fylle inn eventuelle grunner til skjerming som ikke kommer frem i skjema. Hvis dere trenger ekstra plass skriver dere på baksiden av skjema.

Skjermingstiltak

- Her gjengis 20 forskjellige tiltak under skjerming.
- **Dere skal sette en ring rundt et svar på hver linje. Sett ring rundt 0 hvis tiltaket ikke har blitt gjort i løpet av den skjerming dere skårer. Sett ring rundt 1 hvis tiltaket har blitt gjort noe av tiden eller delvis i løpet av skjermingen dere skårer. Sett ring rundt 2 hvis tiltaket har blitt gjort det meste av tiden under skjermingen dere skårer.**
- Under "Annet" kan dere fylle inn eventuelle tiltak under skjerming som ikke kommer frem i skjema. Hvis dere trenger ekstra plass skriver dere på baksiden av skjema.

Grunner til avslutning av skjerming

- Her gjengis fem forskjellige grunner til avslutning av skjerming.
- **Dere skal sette en ring rundt et svar på hver linje. Sett ring rundt 0 hvis grunnen til avslutning av skjerming ikke forekommer i skjermingen dere skårer. Sett ring rundt 1 hvis grunnen til avslutning av skjerming er en tilleggsgrunn i skjermingen dere skårer. Sett ring rundt 2 hvis grunnen til avslutning av skjerming er en hovedgrunn i skjermingen dere skårer.**

Innsending av skjema

Skjema fylles ut på papir. Utfyllt skjema sendes fortløpende som brevpost til:
Akershus Universitetssykehus, FOU-avdeling psykisk helsevern, 1478 Lørenskog.
Siste frist for innsending av skjema er fredag 26. September 2014.

Skjema for måling av skjerming (utkast 01.06.15 for reliabilitetstesting)

Bakgrunn: For å teste pålitelighet (reliabilitet) ved utfylling av skjemaet ved ulike fagpersoner, testes det ferdigutviklede skjemaet ved at i alt 40 skjerminger skåres av to fagpersoner.

Veiledning: For hver skjerming fylles skjemaet ut av to fagpersoner som begge kjenner oppstart og forløp av skjermingen godt. Fagpersonene fyller ut hvert sitt skjema uavhengig av hverandre. Lokal koordinator nummererer skjermingene innen sin post fortløpende med et nummer i felt for dette, og gir et skjema til hver fagperson etter å ha krysset av ved A for den ene og B for den andre.

Avdeling Døgnpost

Dato (dd.mm) Skjerming nr (i testingen her) Skårer A ☐ Skårer B ☐

Tidsrom skåringen gjelder (ett kryss): Siste døgn ☐ Siste uke ☐ Hele skjermingsforløpet ☐

Grunner til skjerming (kryss av ett sted på hver linje)

	Ja	Nei
G1 Pasientens atferd er ukritisk	☐	☐
G2 Pasientens atferd er kaotisk	☐	☐
G3 Pasienten har betydelig økt aktivitet	☐	☐
G4 Pasienten er truende/voldelig mot personalet	☐	☐
G5 Pasienten er truende/voldelig mot andre pasienter	☐	☐
G6 Det er høy risiko for selvmord	☐	☐

Skjermingstiltak (kryss av ett sted på hver linje)

	Ikke brukt	Brukt i liten grad	Brukt i stor grad	Brukt i svært stor grad
S1 Regulering av å ta kontakt med andre	☐	☐	☐	☐
S2 Begrense tilgangen til gjenstander	☐	☐	☐	☐
S3 Regulering av inntrykk	☐	☐	☐	☐
S4 Roe ned og trygge pasienten	☐	☐	☐	☐
S5 Grensesetting eller korrigerende	☐	☐	☐	☐
S6 Skape struktur for pasienten	☐	☐	☐	☐
S7 Aktiviteter med personalet	☐	☐	☐	☐
S8 Støttesamtaler med pasienten	☐	☐	☐	☐
S9 Følge pasienten tilbake til rommet	☐	☐	☐	☐
S10 Gradvis økning av tid i fellesmiljøet	☐	☐	☐	☐
K1 Kontinuerlig observasjon ved selvmordsfare	☐	☐	☐	☐

Lokal koordinator sender utfylte skjema med brevpost til Akershus universitetssykehus, FOU-avdeling psykisk helsevern, Boks 1000, 1478 Lørenskog. Skjema er anonyme og kan sendes i vanlig brev.

Skjema for personalets vurdering av skjerming (revidert skjema 24.01.2018)

Utgave for testing av pålitelighet vinteren 2018

Skårer:

Case nummer:

Skåret av: ☐ Overlege/psykolog med vedtakskompetanse ☐ LIS / psykolog ☐ Miljøpersonale

Veiledning for skåring av grunner til skjerming: Kryss av hvilket eller hvilke forhold som gjør at skjerming er tatt i bruk eller videreført i løpet av de siste 7 dagene.

Grunner til at skjerming er startet eller fortsettes (ett kryss av på hver linje) Ja Nei

G1	Pasientens atferd er ukritisk	☐	☐
G2	Pasientens atferd er kaotisk	☐	☐
G3	Pasienten har betydelig økt aktivitet	☐	☐
G4	Pasienten er truende eller voldelig mot personalet	☐	☐
G5	Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter	☐	☐
G6	Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade	☐	☐

Veiledning for skåring av skjermingstiltak: Kryss av hva du mener har vært den mest omfattende eller inngripende bruk av hvert skjermingstiltak i løpet av de siste 7 dagene.

Skjermingstiltak som har vært brukt (ett kryss på hver linje) Ja Nei

S1	Regulering av å ta kontakt med andre	☐	☐
S2	Begrense tilgangen til gjenstander	☐	☐
S3	Regulering av inntrykk	☐	☐
S4	Roe ned og trygge pasienten	☐	☐
S5	Grensesetting eller korrigerings	☐	☐
S6	Skape struktur for pasienten	☐	☐
S7	Aktiviteter med personalet	☐	☐
S8	Støttesamtaler med pasienten	☐	☐
S9	Følge pasienten tilbake til rommet	☐	☐
S10	Gradvis økning av tid i fellesmiljøet	☐	☐

Hva har vært den mest omfattende eller inngripende bruk av observasjon i løpet av de siste 7 dagene? Kontinuerlig Intervall Minutter mellom om intervaller Ikke brukt

K1	Observasjon kontinuerlig eller i intervaller	☐	☐		☐
K2	Grunn til kontinuerlig/intervall observasjon	Selvmondsrisiko: ☐	Annen grunn: ☐		

Skjermingsprosjektet: Skjema for personalets vurdering av skjerming: VEILEDNING for siste utprøving av skjemaet

Denne veiledningen er laget for pålitelighetstesting vinteren 2018. Den skal leses før tre eller flere personal (lege, psykolog, miljøpersonale) bruker "skjema for personalets vurdering av skjerming" til å skåre de 20 skjermingsbeskrivelsene/vignettene. Hensikten med veiledningen er å beskrive mer utfyllende de grunner og tiltak som angis i skjemaet. Beskrivelsene er basert på 149 beskrivelser av skjerminger som tidligere er samlet inn gjennom skjermingsprosjektet. De er ikke uttømmende, men gir et bilde av hva de forskjellige grunner og tiltak skjerming kan innebære i kliniske situasjoner.

Grunner til at skjerming er startet eller fortsettes

Avgjørelsen om å skjerme vil alltid bygge på en individuell vurdering, og ofte kan vedtaket være basert på flere av grunnene nedenfor. Det skal i så fall krysses JA for alle de aktuelle grunner i skjermingsskjemaet.

G1. Pasientens atferd er ukritisk

Pasienten kler av seg, forteller private ting (eksempelvis intime bekjentskaper og fortellinger om egne vrangforestillinger), er høyløst i fellesmiljø eller kontaktsøkende og atferden påvirker i hovedsak andre pasienter eller personalet på en negativ måte.

G2. Pasientens atferd er kaotisk

Pasientens atferd virker uforståelig eller irrasjonell. Fremstår desorganisert. (Eksempler kan være atferd som dusjing med tøy på, demonterer ting, tukler med elektriske artikler o. l.)

G3. Pasienten har betydelig økt aktivitet

Pasienten er urolig, mer aktiv enn vedkommende pleier å være, kontaktsøkende og mye spørsmål. Vanskeligheter med å sette seg ned for å slappe av og vandrer mye.

G4. Pasienten er truende eller voldelig mot personalet

Trusler, som å si at personalet eller noen de holder nær skal skades. Direkte trusler om å slå eller sparke ned personalet. Graden av trusler og pasientens mulighet til å realisere disse er faktorer som spiller inn om skjerming skal iverksettes. Voldelig atferd kan være fysisk angrep (slag, spark, skalle, o.l.).

G5. Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter

Se G4 men her rettet mot pasienter.

G6. Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade

Det kan være at risikoen for selvmord (eller alvorlig selvskade) er slik at det er vanskelig å følge opp i vanlig post og det kan bli nødvendig med skjerming for å sikre pasienten.

Vurdering av skjermingstiltak

Det skåres i hvilken grad tiltakene brukes i skjermingsbeskrivelsen som skåres (Noen av tiltakene er naturlige elementer i miljøterapien ved psykiatriske poster og praktiseres derfor også «utenfor skjerming».)

S1. Regulering av å ta kontakt med andre

Det kan gjelde pårørende, pasienter eller personale. Regulering av forbindelse til omverdenen (motta besøk, benytte telefon, sende/motta brev, bruk av internett, o.l.). Dette krever eget vedtak i henhold til psykisk helsevernloven (2017). Uavhengig av om det er fattet vedtak, skal det skåres i hvilken grad regulering av kontakt med omverden er gjort.

S2. Begrense tilgangen til gjenstander

Dette kan omfatte forhold som at personalet låser inn personlige eiendeler eller at man fjerner gjenstander fra rommet som kan brukes til å skade seg selv eller andre.

S3. Regulering av inntrykk

Regulering av tilgang til TV, radio, lesestoff, PC eller internett. Regulering av antall personale som tar kontakt med pasienten, at man får og faste personer fra personalgruppen å forholde seg til. Alenetid, hviletid og nøytrale rom er ytterligere eksempler.

S4. Roe ned og trygge pasienten

Trygging gjennom tilstedeværelse eller å trekke seg litt vekk for å gi "rom" hvis pasienten ønsker det. Hvis mulig gjøres det av kjent personale og hvis nødvendig med flere fra personalet til stede. Kan omfatte avslappingsteknikker/ avledninger som pasienten har gitt uttrykk for roer ned. Støttesamtale kan også bidra men skal skåres i S8.

S5. Grensesetting eller korrigering

Sette en ramme for hva som er tillatt. Dette kan gjøres ved å veilede, lage avtaler, øve på å sette egne grenser. Husregler er et eksempel på en avtale om hva som er forventet og akseptert atferd i fellesmiljø.

S6. Skape struktur for pasienten

Hjelpe pasienten med å strukturere hverdagen. Dette kan være vekking på morgenen, planlegging av dagen og tiden fremover, sette mål for oppholdet, o.l. Dagsplan er et eksempel og den kan inneholde dagens gjøremål slik som måltider, samtaler, medisintider og aktiviteter.

S7. Aktiviteter med personalet

Dette kan foregå inne på skjermingsrom/skjermingsenhet, for eksempel spill, musikk, kortspill, lese eller annen aktivitet. Eller det kan foregå utenfor, som å gå tur, trene på treningsrom, ballspill e.l.

S8. Støttesamtaler med pasienten

Støttesamtalen er planlagt og strukturert. Gjøres av kjent personale hvis mulig. Dette er gjerne en samtale om det pasienten finner vanskelig i her og nå situasjonen. Pasienten kan ha mye på hjertet, kan uttrykke behov for verbalt å lette seg, og personalet stiller seg til rådighet.

S9. Følge pasienten tilbake til rommet

Gjøres dersom pasienten ikke greier å forholde seg til de andre personene i fellesmiljø eller skjermingsmiljø. Kan gjøres frivillig ved samarbeid, hvis ikke blir vedkommende fulgt tilbake på rom mot sin egen vilje.

S10. Gradvis økning av tid i fellesmiljøet

Prøve ut pasienten i fellesmiljøet før skjermingen oppheves helt. Dersom skjermingen oppheves uten gradvis økning i forkant, scores «ingen grad».

K1. Observasjon kontinuerlig eller i intervaller

Kontinuerlig observasjon innebærer en oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til ham eller henne. Intervallobservasjon innebærer at personalet observerer pasienten hyppig og etter definerte maksimumsintervaller. Hvis intervallobservasjon er brukt krysses det av og angis maksimumstid for intervallene i ruten for dette.

K2. Grunn til kontinuerlig/intervall observasjon

Her avkrysses det for *selvmordsrisiko* hvis dette er grunnen til bruk av kontinuerlig/intervall observasjon. Hvis det imidlertid er brukt begrepene kontinuerlig/intervall observasjon for å beskrive oppfølgingen av pasienter hvor det ikke er risiko for selvmord, avkrysses det for *annen grunn*.