

akuttnettverket pr 2015

Nettverkssamling 19.10.2015

Torleif Ruud, leder for Akuttnettverket
Avd.sjef, FOU-avdeling psykisk helsevern, Ahus

MAP 2003-2008: FOU-arbeid, rapport, artikler

SINTEFA310

RAPPORT

Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie

Torleif Ruud, Rolf W. Gråwe, Trond Hatling

SINTEF Helse
Oktober 2006

www.sintef.no



Husum TL, Finset A, Ruud T (2008). [The Staff Attitude to Coercion Scale \(SACS\): Reliability, validity and feasibility](#). International Journal of Law and Psychiatry 31: 417-422.

Kroken R, Johnsen E, Ruud T, Wentzel-Larsen T, Jørgensen HA (2009). [Antipsychotic treatment of schizophrenia in Norwegian emergency wards](#). BMC Psychiatry 2009 9:24.

Mellesdal L, Mehlum L, Wentzel-Larsen T, Kroken R, Jørgensen HA (2010). [Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study](#). Psychiatric Services 2010 Jan;61(1):25-31. doi: 10.1176/appi.ps.61.1.25.

Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T (2010). [A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics](#). BMC Health Services Research 6 april 2010, 10:89doi:10.1186/1472-6963-10-89

Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T (2010). [Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in psychiatric acute wards](#) Soc Psychiat Epidemiol doi:10.1007/s00127-010-0259-2

Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T (2011). [An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution team's fulfilling their role?](#) BMC Health Services Research 2011, 11:96 doi:10.1186/1472-6963-11-96

Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Hatling T, Jensen G, Olstad PM, Stangeland T, Tindholt T (2011). [Admissions to acute adolescent psychiatric units: a prospective study of clinical severity and outcome](#). Int J Ment Health Syst. 2011 Jan 6; 5(1):1. doi: 10.1186/1752-4458-5-1.

Opsal A, Kristensen Ø, Ruud T, Larsen TK, Gråwe RW, Clausen T (2011). [Substance abuse in patients admitted voluntarily and involuntarily to acute psychiatric wards: a national cross-sectional study](#). Norsk Epidemiologi 2011; 21 (1): 85-91

Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T (2011). [Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study](#). BMC Psychiatry 2011, 11:183 (22 November 2011)

Baklund L, Nilssen K, Ristvedt L, Zeiner P (2012). [Hvordan organisere et akutttilbud for ungdom i selvmordsrisiko?](#) Suicidologi 17 (3):22-27.

Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Salte-Benth J, Ruud T. [Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicenter study](#). BMC Psychiatry 2013, 13:117.

Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. [Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry](#). International Journal of Law and Psychiatry 2013, 36:137-143

Sørgaard KW, Rezvy G, Bogdanov A, Sørle T, Bratli T (2013). [Treatment needs, diagnoses and use of services for acute admitted psychiatric patients in northwest Russia and northern Norway](#). International Journal of Mental Health Systems, 7:4.

Sørle T, Sørgaard KW, Bogdanov A, Bratli T, Rezvy G (2013). [Prevalence and characteristics of suicide attempters and ideators among acutely admitted psychiatric patients in northwestern Russia and northern Norway](#). BMC Psychiatry, 15:187.

akuttnettverket

- Nasjonalt nettverk for evaluering, fagutvikling og kvalitetsforbedring i akuttpsykiatriske tjenester
- Akuttavdelinger, akutteam, akuttenheter og team for ungdom, brukerorganisasjoner og forskningsenheter
- Ikke konferanse, men arbeidsfellesskap: Erfaringsutveksling, samarbeid i ulike prosjekter, men med nettverkssamlinger som ledd i å utvikle relasjoner, prosjekter og samarbeid
- Eies av de regionale helseforetakene og deres helseforetak
- Har hjemmesiden: akuttnettverket.no

Ledelse og koordinering av Akuttnettverket

- **Ledelse og sekretariat** ved FOU-avdeling psykisk helsevern Ahus
 - **Leder** for nettverket frikjøpt på deltid og har ansvaret for drift
 - **Sekretariat** med **administrativ leder** ved Ahus bistår i løpende drift
 - Prosjektledere/koordinatorer engasjeres i konkrete prosjekt
- **Rådet** deltar i arbeid med prioriteringer, strategier og beslutninger
 - **9 fra tjenestene** (akuttavd/akutteam/akuttenheter for ungdom)
 - **6 brukerrepresentanter** (Mental helse, LPP, Voksne for barn)
 - Møtes på nettverkssamlinger og egne møter 1-2 ganger i året
- **Styringsgruppe** fra høsten 2012 **ved de regionale helseforetakene**, med brukerrepresentanter, og observatører fra Hdir og PHV Ahus.
- **Budsjett: 2,0 mill. fra 2015** Opprinnelig 1,3 mill økt til 1,5 mill, + 0,5 mill fra HSØ fra 2015 (fikk også 0,7 mill ekstra fra HSØ ett år)

Nettverkssamlinger

- **To-dagers samlinger** vår og høst siden høsten 2009. Veksling mellom plenum og parallelsesjoner, omtrent likt fordelt. En samling var felles arrangement med tvangsforskning.no.
- **Plenum** med **presentasjoner fra modeller fra akuttjenester** og ulike relevante tema. De fleste presentasjonene har vært fra rundt omkring i Norge (inkludert ved brukere og pårørende), og noen fra England.
- **Parallelsesjoner** med **presentasjoner fra klinisk praksis og lokale prosjekter**, samt drøfting av **felles pågående prosjekter**
- Økning fra ca 130 deltakere til 200 de siste gangene.

Anbefalinger for ambulante akutteam



- **Arbeidsgruppe i Akuttnettverket** utarbeidet utkast til anbefalinger på oppdrag fra Helsedirektoratet
- Utkastet levert mars 2012
- Bearbeidet videre i direktoratet
- Høringsrunde i 2013
- Revidert etter høringsrunde
- **Publisert av Helsedirektoratet april 2014:** www.helsedirektoratet.no

Ambulante akutteam i PHV: Praksis og erfaringer

Torleif Ruud, Bengt Karlsson, Trude Klevan, Nina Hasselberg

Ambulante akutteam i psykisk helsevern:
Praksis og erfaringer

Akershus universitetssykehus HF
Høgskolen i Buskerud og Vestfold
Akuttnettverket
2015



- 58 teamledere (100%) har besvart skjema om teamets praksis
- Kvalitative intervjuer med 14 brukere og 12 pårørende fra 8 team, og fokusgruppeintervju med 50 i 8 team og 44 samarbeidspartnere med 8 team
- Rapporten publisertes september 2015
- Vitenskapelige artikler skrives fra 2015
- Trude Klevan har fått stipend for å analysere de kvalitative intervjuene

Litteraturgjennomgang om skjerming

Skjerming i akuttpsykiatrien

BAKGRUNN Skjerming er et tiltak som benyttes hyppig i psykiatriske døgnposter som en forlengelse av miljøterapien. Samtidig er metoden omdiskutert klinisk og helsepolitisk. Psykiater, tidvis psykolog, er ansvarlig for å fatte vedtak om skjerming i henhold til § 4-3 i loven om psykisk helsevern. På grunn av usikkerhet om metodens innhold og faglige legitimitet har vi gjennomført en litteraturstudie om faglig begrunnelse, praksis og effekt av skjerming.

KUNNSKAPSGRUNNLAG Artikkelen er basert på søk i nasjonale og internasjonale databaser for perioden 1930–2013.

RESULTATER Skjermingsmetoden har nær sammenheng med utviklingen av institusjonspsykiatrien, 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.

FORTOLKNING 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.

Skjerming er et tiltak som brukes hyppig i psykiatriske døgnavdelinger, og da særlig i akuttposter. I forskriften om psykisk helsevern fra 2012 defineres det slik: «Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjermet enhet)». Skjerming skilles i loven fra isolat ved at det ikke er en låst dør mellom pasienten og tilstedeværende personale. Det har vært diskutert om fenomenet har særmorske aspekter, selv om det foreligger overlappende internasjonal praksis (1). Skjermingsstradisjonen i Norge kjennetegnes av sterk behandlingsforståelse og vektlegging av beskyttelse samt lang varighet.

I en rekke land brukes begrepet «seclusion» om en situasjon der pasienten ofte er uten personale på rommet. Forskningsresultater om «seclusion» er derfor ikke direkte overførbare til norske forhold. I likhet med «skjerming» dekker betegnelsen ulike tilnærminger, og en sammenlikning av behandlingseffekter er derfor vanskelig. Vi har ikke funnet engelske ord som direkte dekker det norske begrepet, men «quiet rooms», «open area seclusion», «time-out» og «shielding»/«shielding unit» synes å ligge nær (2, 3). I norske bidrag i internasjonale tidsskrifter har man oversatt skjerming til «seclusion» eller «segregation nursing» og skjermingsenhet til «Psychiatric intensive care unit (PICU)» eller «seclusion area» (4–7).

Det er oppgitt at 20–35 % av pasientene i psykiatriske akuttavdelinger blir skjermet (8–10). I en nasjonal studie fant man 2 689 skjermingsvedtak fordelt på 1 406 pasienter i det psykiske helsevernet for voksne i 2009

(11). Tallene er imidlertid upålitelige, fordi bruken av skjerming varierer mellom poster og fordi forskjellig pasientbelegg kan påvirke en begrenset del av variasjonen (9).

Vi mangler en god oversikt over varigheten av skjerming. For registrerte tilfeller i 2009 varierte den fra noen få til 409 timer, og median varighet var 139,5 timer (11). En kvalitativ studie viser at skjermingstiden kan variere fra timer til måneder (1). Indikasjonene for når skjerming anses å være nødvendig synes også å variere, det dreier seg særlig om observasjon, selvskadning, uro og avvikende atferd (1, 10).

Skjerming har vært gjenstand for faglig, juridisk, etisk og helsepolitisk debatt. Pasientenes klager på skjerming som isolasjon og tvang førte til strengere lovregulering fra 1999. Skjermingsdebatten og fagutviklingsarbeid har synliggjort svakhet ved teorien og ved utformingen av skjermingstiltak (12). Denne oversikten er en litteraturgjennomgang av den norske skjermingstradisjonen. Vi beskriver her utvikling og begrunnelse for bruk av skjerming, analyserer metodens kunnskapsgrunnlag og drøfter implikasjoner for behandling, kvalitetsutvikling og forskning.

Kunnskapsgrunnlag

Det ble utført litteratursøk i nasjonale og internasjonale databaser (Pubmed, Medline, Cinahl, Psychinfo, Ovid Nursing, British Nursing Index, Cochrane-basen, BIBSYS og Helsebiblioteket) og i norske fagtidsskrifter for tidsrommet 1930–2013, med vekt på perioden 1970–2013. Norske søkeord var «skjerming» og/eller «tvang», «miljø-

OVERSIKTSARTIKKEL

Reidun Norvoll
reidun.norvoll@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Torteif Raud
Divisjon psykisk helsevern
Akershus universitetssykehus
og
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

Torfinn Hynnekleiv
Avdeling for akuttpsykiatri og psyko-behandling
Sykehuset Innlandet, Reinsvoll

Se også kunnskapsprøve
på www.tidsskriftet.no/quiz

Podkast på www.tidsskriftet.no

> Se lederartikkel side 8

HOVEDBUDSKAP

Skjerming benyttes hyppig i psykiatriske døgnposter, særlig i akuttposter

Skjermingsmetoden er i liten grad forskningsbasert og har vært omdiskutert

Det er behov for forskningsbasert evaluering av innholdet i skjerming og effekter av skjermingstiltak

- Gjort for Akuttnettverket av Reidun Norvoll
- Publisert som **artikkel i Legetidsskriftet januar 2015**
- Går gjennom utviklingen av skjerming i Norge
- Diskrepans mellom stor utbredelse og lite kunnskapsgrunnlag
- **Behov for forskning** på typer skjerming og på resultater

Utvikling av kunnskapsbasert og operasjonalisert måleskjema for skjerming

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 korrigering	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐

- Systematiske beskrivelser av 149 skjermingsforløp fra 57 døgnposter
- Identifisering av elementer (grunner, tiltak, avslutningsmåter) ved analyser.
- To runder med Delphi-prosess, der døgnpostene vurderte hvert element.
- Referansegruppe drøftet resultater etter analyser og andre Delphi-runde.
- Utkast til måleverktøy prøvd ut på 234 skjerminger. Revisjon og forenkling av skjemaet ut fra psykometriske analyser.
- Testet interrater reliabilitet ved skåring av 69 skjerminger (to klinikere for hver)
- Ferdig skjema klart til bruk høsten 2015

Spørreskjema til ungdom om opplevd tvang

Nr. _____ Experienced Coercion Scale (ECS)

Spørreskjema om opplevelse av tvang i helsetjenesten

Forsøk å svare på opplevelsen av tvang og press i hjelpe- eller helsetilbudet. Spørsmålene gjelder behandling eller hjelpetilbud du har nå eller har hatt nylig, og ikke tidligere behandling eller hjelpetilbud. I spørreskjemaet brukes ordet behandling og behandling, og med det tenker vi på alle ansatte som jobber med å gi omsorg eller helsetjenester, og på tiltak og tilbud som rettes mot deg.

Hvor enig eller uenig er du i utsagnene om din opplevelse av behandlingen? Sett ett kryss på hver linje	Svært uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Svært enig
1 Behandlingsopplegget gjør meg ufri	☐	☐	☐	☐	☐
2 Jeg er mistenksom med tvang i denne behandlingen	☐	☐	☐	☐	☐
3 Jeg føler meg krenket	☐	☐	☐	☐	☐
4 Jeg føler meg maktesløs	☐	☐	☐	☐	☐
5 Jeg stoler på behandlerne	☐	☐	☐	☐	☐
6 Jeg er enig i at behandlingstiltakene bør gjennomføres	☐	☐	☐	☐	☐
7 Jeg føler meg behandlet som en ting	☐	☐	☐	☐	☐
8 Jeg føler meg ydmyket	☐	☐	☐	☐	☐
9 Jeg føler meg handlingslammet	☐	☐	☐	☐	☐
10 Jeg føler meg ubetydelig	☐	☐	☐	☐	☐
11 Jeg har fått privatlivet invadert	☐	☐	☐	☐	☐
12 Jeg føler meg straffet	☐	☐	☐	☐	☐
13 Situasjonen min blir verre av behandlingen	☐	☐	☐	☐	☐
14 Jeg blir truet til å ta imot behandling	☐	☐	☐	☐	☐
15 Jeg behandles som en diagnose	☐	☐	☐	☐	☐

 Experienced Coercion Scale (ECS)
Utviklet av Olav Nittingnes 2013, Akershus universitetssykehus
Finansiert av Helsedirektoratet

This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License

- Ferdig spørreskjema for ungdom om opplevd tvang **utprøves 2014-2015** i de fleste akutenhetene for ungdom i psykisk helsevern.
- Det bygger på Experienced Coercion Scale (vist til venstre) ved Olav Nittingnes 2013, + med alternative nye spørsmål til ungdom ut fra en kvalitativ undersøkelse.

Utprøving av måleverktøy om ambulante akutteam

1

CORE Crisis Resolution Team FIDELITY SCALE

Norsk versjon for utprøving for ambulante akutteam (AAT) i Norge

Utviklet av Brynmor Lloyd-Evans, Sonia Johnson og CORE - forskningsgruppe*
Henvendelser gjøres til Brynmor Lloyd Evans – Mental Health Sciences Unit,
University College London, b.lloyd-evans@ucl.ac.uk
Kan ikke brukes eller endres uten tillatelse fra utviklerne

Henvendelser om norsk versjon og utprøving i Norge**:
Torleif Ruud, Akershus universitetssykehus
torleif.ruud@ahus.no

*) CORE forskningsprogram (The CORE Study) er finansiert av UK National Institute for Health Research ved Programme Grant for Applied Research. Studien er ledet av Professor Sonia Johnson og administrert av Camden and Islington NHS Foundation Trust og University College London.

**) Utprøvingen i Norge gjøres av FOU-avdeling psykisk helsevern Ahus i samarbeid med Akuttnettverket i Norge og CORE forskningsprogram i England.

CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale, Version 1_July_2013 (Norsk oversettelse 2014 0310)

- The CORE Study i UK har utarbeidet et **måleverktøy** for troskap (fidelity) mot modellen Crisis Resolution Teams (CRT)
- **Evalueringssteam på 3 skårer teamets organisering og praksis på 39 skalaer.**
- Verktøyet bygger på skriftlige kilder, lesing av pasientjournaler og intervjuer med teamleder, teamet, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.
- Måleverktøyet er utprøvd på 75 CRT i Storbritannia i 2013-2014, og på **24 ambulante akutteam i Norge i 2014.**
- **Versjon 2** brukes i studien om utfall av behandling ved akutteam i 2015.

Utfall av behandling ved akutteam

- Utforming og hva som måles i løpet av 2015
 - Pre-post observasjonsstudie av 40 pasientforløp x 28 akutteam
 - Pasienter og akutteam fyller ut skjema ved start og slutt av behandling
 - Måler krisen, mestring, støtte, psykiske problem, livssituasjon
 - Om behandling: Tid, sted, deltakere og innhold i hver samtale/møte
 - Evalueringsteam skårer teamenes praksis med et måleverktøy
- Forventet nytte av studien ut fra resultater 2016
 - Dokumentasjon av hvem teamene når og utfallet av behandlingen
 - Akutteam se egen praksis i forhold til andre steder (benchmarking)
 - Nytt kunnskapsgrunnlag om akutteam og konsekvenser av valg som bemanning, krav til henvisning, utvidet åpningstid, portvaktfunksjon

Pilotprosjekter om kvalitetsstandarder

- Bygger på omfattende erfaringer i UK med **kvalitetsnettverk**
 - Har egne landsomfattende nettverk for ulike typer kliniske enheter (poster/team)
 - Hvert nettverk samarbeider om å utvikle kvalitetsstandarder
 - Faglig revisjon hvert år med interne/eksterne folk for å vurdere kvaliteten
 - Frivillig sertifisering (godkjenning) ved nasjonal faglig gruppe
- Kan bli **viktigste metode for kvalitetsarbeid** i regi av Akuttnettverket.
- **Pilotprosjekt for akuttenheter for ungdom** fullføres 2015 og er klar for oppskalering og landsomfattende kvalitetsnettverk fra 2016.
- **Pilotprosjekt for akuttavdelinger for voksne** starter høsten 2015.

Resultat fra høring om Akuttnettverket 2015

- Hovedresultater fra høring og spørreundersøkelse
 - 13 av 19 divisjoner/klinikker (68%) og 217 (38%) i nettverket svarte
 - Akuttnettverket fikk bekreftet tillit, samt noen råd for prioriteringer
 - Erfaringsutveksling og arbeid med kvalitetsstandarder ble prioritert høyt
 - Helseforetakene bør bruke Akuttnettverket mer aktivt
 - Behov for mer kontinuitet ved at de samme personer deltar over tid
 - Høringsrapport med detaljer kan lastes ned fra akuttnettverket.no
- Akuttnettverket skaper forsterket plattform for videre arbeid
 - Har utarbeidet tydeligere statutter som styringsgruppa vedtar
 - Påbegynt arbeid med handlingplan med langsiktige/kortsiktige mål
 - Ny leder, ledergruppe og videreutvikling av rådet som arbeidslag
 - Formidle kunnskap om Akuttnettverket i helseforetak/myndigheter
 - Utfordre helseforetakene til mer aktiv deltakelse og påvirkning