



PSYKIATRI- AVSLØRINGEN

METODERAPPORT TIL DATASKUP

Synnøve Åsebø, Mona Grivi Norman, Jari Bakken, Isabelle Valette
og Sondre Nilsen

Verdens Gang

INNSENDERE:.....	3
Takk til:	3
Publisert:	3
Kontaktperson:.....	3
Redaksjon:	3
HOVEDSAKER.....	3
1 INNLEDNING	3
2 KVINNEN PÅ GAUSTAD SYKEHUS	4
2.1 En dom i Oslo tingrett.....	4
2.2 Sosiale medier, flere hundre e-poster og krevende etikk	5
2.3 Kontakten med de pårørende og Gaustad sykehus	5
2.4 Fra enkeltskjebne til graveprosjekt	6
3 DE UKJENTE TVANGSTALLENE	6
3.1 Usikre offisielle tall	6
3.2 Innsyn hos 115 institusjoner	6
3.3 Første avsløring: De reelle tvangstallene	6
3.4 Dataanalyse: Å krysse våre tall med andre kilder	7
3.5 Hypoteseutvikling - vi vil grave videre.....	8
4 TVANGSPROTOKOLLENE.....	8
4.1 Håndskrevne tvangsprotokoller	8
4.2 Kampen for innsyn.....	9
DATASETT OG ANALYSE.....	9
5.1 Å bygge sitt eget datasett.....	9
5.2 Manuell registrering	10
5.3 Intern database	11
5.4 Datagrunnlag	11
Forutsetninger for analysen.....	11
5.5 Representativitet.	12
5.6 Analyse i «R»	12
5.7 Analyse av varighet.....	13
5.8 Deling av data	14
5.9 Presentasjon	15
6 DETTE ER NYTT	16
7 KONSEKVENSER:	17

INNSENDERE:

Synnøve Åsebø, synnove.asebo@vg.no - 97103033
Mona Grivi Norman, mona.norman@vg.no – 95780073
Jari Bakken, jari.bakken@vg.no - 48185271
Isabelle Valette, isabelle.valette@vg.no - 92206784

Takk til:

Lars Håkon Grønning, Sondre Nilsen, Silje S. Skiphamn, Anders Sooth Knutsen, Erlend Daae og Benjamin Ree.

Publisert:

Fra 12. mars 2016. Arbeidet fortsetter i 2017.

Kontaktperson:

VG ved Synnøve Åsebø
Pb. 1185 Sentrum, 0107 Oslo

Redaksjon:

Verdens Gang
Pb. 1185 Sentrum, 0107 Oslo
Sentralbord: 22 000 000

HOVEDSAKER

Når er et liv så dårlig at det ikke er verdt å leve?

<http://www.vg.no/spesial/2016/lenket/>

VG avslører: Vet ikke hvor mange som legges i belter

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/vet-ikke-hvor-mange-som-legges-i-belter/a/23665230/>

VG avslører: Pasienter bindes fast ulovlig

<http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/1-bind-es-fast-ulovlig/>

<http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/database/>

VG avslører: Kontrollkommisjonene i psykiatrien: Grep ikke inn mot ulovlig beltetvang

<http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/2-godkjente-lovbrudd/>

VG avslører: Legges i belter når legene drar på ferie

<http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/3-ferie/>

VG avslører: Her holdes pasientene lengst i belter

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/her-holdes-pasientene-lengst-i-belter/a/23858437/>

Lenke til samleside med alle publiserte saker og videoer:

<http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/>

Lenke til hver enkelt sak med dato, samt PDF av saker publisert i papiravisen er vedlagt.

1 INNLEDNING

Kun når det er en akutt fare for liv og helse – eller betydelige materielle skader – kan helsepersonell bruke det mest inngripende virkemiddelet staten har til rådighet: Å binde en pasient fast med makt.

Gjennom omfattende innsynsrunder er vi de første som har fått utlevert sykehusenes tvangslogger. Vi har jobbet i månedsvis for å skape tillit til sårbare pasienter med begrenset bevegelsesfrihet og mulighet til å kommunisere fritt. Og vi har laget vårt eget datasett gjennom å digitalisere pasientinformasjon som kun finnes håndskrevet i bøker i

sykehusavdelingene. Gjennom arbeidet har vi bygget egne verktøy for fortløpende å kontrollere og analysere store datamengder. Og for å kunne fange opp mulige feilkilder i datasettet.

Ved å krysse våre egne datasett med andre tilgjengelige kilder har VG for første gang kunne vise den reelle oversikten over hvor ofte og hvor lenge psykiatriske pasienter bindes fast i Norge. Ved bruk av analyseverktøy som «R» har vi kunne slå fast en sammenheng mellom høy beltebruk og høy andel ufaglærte ved de psykiatriske klinikkene.

Ved hjelp av dataverktøyene har vi funnet sammenhenger som ikke tidligere har vært kjent: Hvordan det er en sammenheng mellom bemanning og tvangsbruk, hvordan tvangsbruken endres gjennom døgnet – og hvordan bruken av belter nær dobles i sommerferien.

Vi har brukt innovative designgrep for å presentere avsløringene og analysene for leserne. Og vi har gjort alt bakgrunnsmateriale i tvangsloggene åpent og tilgjengelig for publikum slik at våre funn kan ettergås og etterprøves – uten at vi utsetter sårbare pasienter for en identifiseringsrisiko.

Resultatet er at VG har avdekket at det i 2015 ble begått et hundretalls lovbrudd mot enkeltpasienter som er tvangsinnlagte i psykiatrien. Vi har avdekket at sentrale helsemyndigheter manglet oversikt over hvor ofte og hvor lenge pasienter har blitt beltelagt. Og avdekket hvordan kontrollkommisjonene, som er pasientenes rettssikkerhetsgaranti, knapt har stilt spørsmål ved sykehusenes praksis.

Dette er data og registre som helsemyndighetene selv kunne samlet inn og analysert. Det har de ikke prioritert.

Stortingssalen, 07.12.2016: Det er andre gang i år at helseminister Bent Høie er innkalt for å redegjøre etter VGs psykiatriavsløringer. I Stortinget slår Høie fast at «dette er den mest alvorlige helsesaken i denne stortingsperioden».

Arbeiderpartiets helsepolitiske talsmann, Torgeir Micaelsen, går på talerstolen - og kommer med et tydelig stikk til Høie:

– Det som er slående, President, er at referansene til Verdens Gang, som et medlem av pressen, går igjen gang på gang i helseministerens redegjørelse. Dette burde jo, i all respekt, vært tall og opplysninger som hadde kommet via de mer ordinære rapporteringssystemene vi har i helsevesenet. Men slik er det altså ikke.

2 KVINNEN PÅ GAUSTAD SYKEHUS

Når kvelden kommer, legger jeg meg. Jeg blir lagt i belter og når jeg våkner og vil snu meg, må jeg låses opp. Jeg drømmer mye om nettene. Jeg pleier å tenke at jeg lever da.

2.1 En dom i Oslo tingrett

Historien om VGs saker startet 21. november 2014 med en dom i Oslo tingrett, som krimreporter Bjørnar Tommelstad i VG plukket opp i tinghuset og tok med tilbake til redaksjonen. En ung kvinne hadde gått rettens vei for å slippe fri fra et omfattende

tvangsregime ved Gaustad sykehus i Oslo. Hun ville heller dø, enn å fortsette å leve et liv innesperret på et sykehus der hun daglig ble reimet fast.

Bildet som ble tegnet i dommen var oppsiktsvekkende. Den unge kvinnen hadde i årevis levd helt isolert på sykehuset. Hun var konstant overvåket og har ikke vært alene på mange år.

Kvinnen har en rekke diagnoser, blant annet Asperger syndrom, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og alvorlige spiseforstyrrelser. I snart ti år har hun vært tvangsinnlagt ved Gaustad sykehus i Oslo. Hun selvskader hyppig og alvorlig, og har flere selvmordsforsøk bak seg. Gjennom kvinnens advokat Helge Hjort, ble det vinteren 2015 forsøkt å få til et intervju, noe hun avsto. Høsten 2015 ble saken aktuell på nytt. Hun hadde da tapt i to rettsinstanser, og skulle fortsette å leve i tvangsregimet på Gaustad sykehus på ubestemt tid. Samtidig hadde hun gitt ut en bok om jenter med Asperger syndrom.

2.2 Sosiale medier, flere hundre e-poster og krevende etikk

Ett år etter at VG ble gjort kjent med tingrettsdommen kom vi i kontakt med kvinnen direkte. Men vi fikk bare møte henne én gang, i forbindelse med hennes egen boklansering. Hun fikk lov til å være tilstede der – men ble tett fulgt av to pleiere. Løsningen ble derfor utradisjonell: Fra oktober 2015 til mars 2016 hadde Synnøve daglig kontakt med kvinnen på epost og Facebook. Mens hun skrev var armene bundet fast til bordplaten på pulten hennes. I starten søkte hun forståelse og bekreftelse på at det ville være riktig å la henne ta sitt eget liv, noe som gjorde kontakten svært krevende, både presseetisk og personlig. Men etterhvert som hun fikk tillit til VG og en større forståelse for hva vi ønsket å formidle i en sak, åpnet hun seg.

Gjennom over 500 e-poster og periodevis fortløpende Facebook-kontakt fortalte hun om livet på lukket avdeling, hvor hun i nesten to år hadde vært reimet fast bortimot kontinuerlig. Selv om hun lever isolert og overvåket, og åpenbart er svært syk, har hun et reflektert syn på sin egen situasjon. Hun er samtykkekompetent, intelligent og var hele tiden bestemt på hva hun ønsket og ikke. Hun har også tilgang til å bruke pc og internett som hun selv ønsker, og har kontakt med en rekke mennesker «på utsiden» gjennom sosiale medier. Det er åpning i psykisk helsevernlov for å begrense slik kontakt, dersom behandlere mener det kan være til skade for pasienten. Hverken kvinnen selv, hennes advokat eller behandlere motsatte seg omtale. Vi stilte hennes behandlere direkte spørsmål om hun kunne ta skade av det, noe som ble avkreftet.

2.3 Kontakten med de pårørende og Gaustad sykehus

Det var avgjørende for oss å ha dialog med kvinnens nærmeste familie, både for å kunne ettergå faktaopplysninger, men også for å holde familien løpende orientert om arbeidet med saken. Kvinnen var anonymisert i vår sak, men ettersom hun både har gitt ut bok og har en blogg, var det selvsagt en stor mulighet for at hun ville bli gjenkjent og identifisert av leserne. Dette ble inngående diskutert med henne på forhånd, og hun var innforstått med denne risikoen. Både kvinnen selv, behandlere, advokat og foreldre fikk lese manuset i sin helhet før publisering.

Vi fikk også, med kvinnens samtykke, komme inn på de to avdelingene der hun lever isolert. Bildene derfra gir en helt unik dokumentasjon på hvordan noen mennesker lever i årevis på norske institusjoner.

2.4 Fra enkeltskjebne til graveprosjekt

Kvinnens historie var et brutalt møte en verden vi visste lite om fra før – og det meldte seg en rekke spørsmål rundt tvangsbruken hun var utsatt for:

- Hvordan kunne hun være beltelagt mer eller mindre kontinuerlig gjennom to år, uten at sentrale helsemyndigheter ble varslet eller reagerte mot tvangsbruken hun ble utsatt for?
- Kontrollkommisjonen ved Gaustad, som skal ivareta pasientenes rettssikkerhet, hadde ikke reagert, grepet inn, eller stilt spørsmål ved behandlingen hun fikk – til tross for at de hadde gjennomført nær 50 tilsyn ved avdelingen hennes i løpet av samme periode. Hvorfor ikke?
- Hvor unik var egentlig denne kvinnens historie? Hvor vanlig er det å bli lagt i belter?

3 DE UKJENTE TVANGSTALLENE

Å bli lagt i reimseng er det verste jeg har opplevd i psykiatrien. De har så stor makt over livet til pasienten, og da er det maktmisbruk ikke å ha oversikt, sier Vilde (29).

3.1 Usikre offisielle tall

Helsemyndighetene kunne ikke gi oss noen sikre svar på hvor ofte og hvor lenge pasienter ble reimet fast ved norske sykehus. Helsedirektoratet gir hvert år ut en rapport; «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne», med en rekke tall for forskjellige typer tvangsbruk i spesialisthelsetjenesten. I rapporten står det at *komplettheten i grunnlaget ikke er kjent* - og vi ble bedt om å bruke tallene «med varsomhet». Dette var de eneste tallene helsemyndighetene hadde. 18. januar 2016 bestemte vi oss for at vi selv ville forsøke å kartlegge bruken av belter i norsk psykiatri.

Vår hypotese var: **Norske helsemyndigheter vet ikke hvor mange pasienter som til enhver tid er beltelagt i psykiatrien – eller hvor lenge de ligger i belter.**

3.2 Innsyn hos 115 institusjoner

I Norge er det 115 institusjoner som har anledning til å bruke mekaniske tvangsmidler som belter og remmer. Vi kontaktet samtlige og ba om innsyn i fire tall for 2014 og 2015, etter offentlighetsloven §9 – rett til innsyn i en sammenstilling fra database:

- Hvor mange vedtak om beltelegging ble fattet ved institusjonen i 2014 og 2015?
- Hvor mange pasienter gjaldt dette?
- Hvor mange av vedtakene varte over 8 timer (*Merk: Lov om psykisk helsevern sier at pasienten skal ha såkalt friere forpleining etter åtte timer*)
- Hvor lenge varte den lengste belteleggingen for hvert av årene?

Flere sykehus av slo å svare på de to siste spørsmålene fordi informasjonen ikke fantes i digitale databaser, kun i håndskrevne papirprotokoller. Disse dataene «*vil kreve manuell gjennomgang for sikker rapportering*», skrev Helse Stavanger i sitt avslag.

3.3 Første avsløring: De reelle tvangstallene

Av de totalt 115 institusjonene som var godkjent for å bruke mekanisk tvang, var det omtrent halvparten som faktisk hadde benyttet det. Til 65 institusjoner måtte vi klage

på treg saksbehandling, før vi i slutten av mars satt med et Excell-ark som viste det totale antallet vedtak om beltelegging i Norge for de siste to årene. Med det kom også vår første avsløring: Til tross for at det er det mest inngripende maktmiddelet staten kan bruke mot enkeltpasienter, hadde nesten 1000 vedtak aldri blitt innrapportert, slik sykehusene er lovpålagt å gjøre.

VGs tall viste at sykehusene i 2014 hadde fattet 3768 vedtak om beltelegging, og i 2015 var det fattet 3946 vedtak. I sin årsrapport konkluderte Helsedirektoratet med at tvangsbruken gikk ned. Vår kartlegging viste det motsatte.

Totalt manglet Helse-Norge oversikt over 27 prosent av alle vedtak. 9 av 10 ganger pasienter hadde blitt bundet fast ved St. Olavs hospital, hadde sykehuset unnlatt å rapportere dette videre til Norsk pasientregister.

3.4 Dataanalyse: Å krysse våre tall med andre kilder

Både ute i sykehusene, i Helsedirektoratet og hos andre kilder fikk vi til stadighet høre at det var store regionale forskjeller i tvangsbruken – men det var ingen som kunne dokumentere hva dette egentlig dreide seg om, da vi ba om faktagrunnlaget. Vi hadde samtidig avdekket at omtrent hver fjerde beltelegging ikke var registrert hos helsemyndighetene og at en rekke store sykehus hadde underrapportert tvangsbruken med opptil 90 prosent. Det betydde at de nasjonale tallene om geografiske forskjeller i tvangsbruk som myndighetene satt på, uansett ikke var riktige.

Vår kartlegging av tvangsbruken ved 115 institusjoner hadde gitt oss et unikt tallmateriale. Vi bestemte oss for å finne ut om det var riktig at risikoen for å bli lagt i belter varierte ut i fra hvor i landet man ble innlagt. I tillegg ville vi teste ut om det var riktig, slik flere fagmiljøer hevdet, at bruken av tvang varierte ut i fra hvem som jobbet ved sykehusene.

Hos SSB fikk vi hentet ut befolkningsgrunnlaget for hvert helseforetak. Vi fikk også SSB til å bryte ned tall på sysselsatte i hvert helseforetak (antallet leger, spesialister og ufaglærte).

I VG er det slik at alle utviklere kan bruke ti prosent av arbeidstiden sin til egne prosjekter, men det er sjeldent at disse prosjektene kommer fra redaksjonen. Isabelle Valette er statistiker og jobber med salg og analyse for VG+. Vi ba om hennes hjelp for å analysere tallene. Isabelle brukte analyseprogrammet «R» lagde en korrelasjonsanalyse og en lineær regresjonsanalyse mellom antall vedtak og befolkning som forklaringsvariabel. Hensikten var å få en dypere forståelse av variansen vi så i dataene: Var det en sammenheng mellom antall vedtak og befolkning? Hvor sterk var denne sammenheng og var det unntak, altså institusjoner som skilte seg negativt eller positivt ut?

Analysen bekreftet at:

- Det var en sterk positiv signifikant sammenheng mellom antall vedtak og befolkning. Sammenhengen forklarte ca. 55% av variansen vi så i dataene.
- Enkelte helseinstitusjoner skilte seg negativt ut, ved at de hadde mange flere vedtak enn det de burde hatt, basert på befolkningsgrunnlaget, deriblant Stavanger.
- I motsatt ende skilte Ahus og Innlandet seg ut med færre beltelegginger enn landsgjennomsnittet.

Dette vil si at de store regionale forskjellene var reelle – og at de dreide seg om noe annet enn at de sykehusene som hadde flest pasienter også brukte mest tvang.

En krysning av våre data og SSB-dataene, viste at sykehusene som hadde en høy andel ufaglærte, også lå høyt når det gjaldt bruk av tvangsmidler. Antall vedtak om beltelegging var også større ved psykiatriske sykehus som hadde lavere andel fast ansatte leger og psykiatere. I intervju med ledere og ansatte ved klinikkene ble funnene bekreftet:

– Vi har ingen grunn til å tro at vi har mer utfordrende pasienter enn det andre har. Vi har hatt en svær vakanse, folk har måttet jobbe overtid og vi har måttet leie inn vikarer, så fungerende avdelingssjef i Helse Stavanger, Helle Kristine Schøyen.

3.5 Hypoteseutvikling - vi vil grave videre

Gjennom den første innsynsrunden hadde vi fått innblikk i hvordan tvang ble registrert ute i sykehusene. I etterkant av de første sakene, snakket vi med mange pasienter som ville fortelle sine historier. En av disse var Natalie Simensen (26), som i ungdomsårene hadde vært innlagt ved barne- og ungdomspsykiatrisk på Veum sykehus i Østfold. Natalie fortalte at hun ofte ble lagt i belter da hun ikke ville sove – noe som ble bekreftet av tvangsprotokollene som hun viste oss. Både Natalie, og flere andre pasienter, fortalte om det som fremsto som ulovlig beltelegging.

Både pasienter og pårørende ga uttrykk for at kontrollkommisjonene, som skal ivareta de tvangsinnlagte pasientenes rettssikkerhet, ikke gjorde jobben sin. Kontrollorganet ble beskrevet som å «være i lomma på» sykehusene, og flere mente de kun drev med sandpåstrøing – ikke reell tvangskontroll.

På bakgrunn av samtaler med et titalls pasienter og pårørende utarbeidet vi to nye hypoteser som vi ville prøve å besvare:

- **Norske sykehus binder fast pasienter ulovlig.**
- **Kontrollkommisjonene godkjenner ulovlige beltelegginger.**

4 TVANGSPROTOKOLLENE

4.1 Håndskrevne tvangsprotokoller

Vi visste nå at tvangsbruken ble registrert i store, blå skrivebøker – som ligger på vaktrommet på hver sengepost i sykehusene. Var det i det hele tatt mulig å bruke offentlighetsloven til å få disse utlevert? Det ville i så fall være nøkkelen til informasjon om hvordan, hvorfor og hvor lenge pasienter ble lagt i belter. Det var også disse bøkene som kontrollkommisjonene gjennomgikk og satte sitt godkjentstempel i.

Å få tilgang til tvangsprotokoller fremstod imidlertid som utfordrende på flere måter: Som nevnt fantes disse bare fysisk ute i sykehusavdelingene. For det andre inneholdt de informasjon som åpenbart var omfattet av taushetsplikten.

Vi hadde på dette tidspunktet vært i kontakt med flere advokater som fortalte at de hadde blitt nektet innsyn i tvangsprotokollene for pasienter de selv representerte. I motsetning til advokatene hadde vi derimot en fordel gjennom at vi ikke var på jakt etter informasjon om identifiserbare pasienter, men ønsket et totalbilde. I tillegg hadde

vår forrige kartlegging gitt oss detaljert kunnskap om hvor mange pasienter som ble utsatt for tvang ved den enkelte institusjon. Vi mente det for alle institusjoner var snakk om et så stort antall pasienter, at det burde være mulig å utlevere protokoller i anonymisert form.

28. april ba vi om innsyn i tvangsprotokollene til de over 1200 pasientene – fordelt på 20 helseforetak – som ble lagt i mekaniske tvangsmidler i 2015. Det ble starten på nesten ett års kamp for å få innsyn, hvor det ble synliggjort at sykehusene rundt om i landet forholdt seg svært ulikt til offentlighetsloven. Prosessen skulle også dokumentere hvordan flere store sykehus bevisst jobbet for å trenere innsynsbegjæringer og arbeide for hemmelighold.

4.2 Kampen for innsyn

Allerede dagen etter vi sendte innsynsbegjæringen kom de første svarene. Sørlandet sykehus hadde i forrige innsynsrunde vist en vilje til å søke åpenhet, og sa også denne gang at de ville gi oss innsyn. I løpet av den første uken fikk vi i tillegg innsyn hos institusjonene i Helse Vest og hos Nordlandssykehuset. Så sa det stopp. 14 av 20 helseforetak avsto vår innsynsbegjæring, med ulike begrunnelser.

For å holde oversikten over klageprosessen opprettet vi en Google Drive-mappe der vi kunne følge gangen i hver enkelt innsynsbegjæring og laste opp alt av svarbrev, klager og purringer.

Der enkelte sykehus svarte etter tre dager, brukte andre over 40 dager på å svare på enkelthenvendelser, til tross for gjentatte purringer - derfor var det viktig å ha full kontroll over hvor langt vi hadde kommet i prosessen ved hvert foretak.

Argumentasjonen for ikke å utlevere informasjonen endret seg hele veien. Enkelte sykehus som innledningsvis argumenterte for at protokollene ikke var underlagt offentlighetsloven, argumenterte senere for at man måtte sladde så mye at det ville gi et skjevt bilde – eller at arbeidsmengden var for stor.

Først i november – over et halvt år etter at første epost var sendt – fikk vi utlevert protokollene. I tredje og siste klagerunde til departementet ga HOD de resterende sykehusene, og de fire som hadde gjort samme vurdering, mulighet til å sladde datoer og til dels tidspunkt i tvangsprotokollene. Da var det ikke lenger mulig å se varighet eller skille de enkelte hendelsene fra hverandre – og bildet ble for ufullstendig til at vi kunne digitalisere de på samme måte som protokollene fra de sykehusene som hadde gitt innsyn i det vi ba om.

Denne avgjørelsen stod altså i sterk kontrast til at 14 sykehus, blant dem både noen av landets største og minste, hadde gitt innsyn i protokoller med datoer.

DATASETT OG ANALYSE

5.1 Å bygge sitt eget datasett

Protokollene er skrevet for hånd, og til dels vanskelige å tyde – med mange ulike håndskrifter. Vi undersøkte om det ville være mulig å bruke et program for tekstgjenkjenning for å digitalisere dem, men det var ikke mulig. Samtidig var det en umulig oppgave å skulle forholde seg til tusenvis av håndskrevne A3-sider med dokumentasjon. Vi hadde også tidlig en tanke om at dette var informasjon som det på et

tidspunkt ville bli aktuelt å publisere. Papirprotokollene måtte digitaliseres dersom vi skulle klare å hente ut data – og den eneste måten å løse dette på ville være å gjøre jobben manuelt.

Vi lagde et oppsett i Google sheets, med de samme kolonnene som står i de håndskrevne protokollene:

- Dato og klokkeslett for oppstart og avslutning av belteleggingen
- Hvilken paragraf pasienten var innlagt under
- Beskrivelse av vedtaket (eks: full beltelegging)
- Årsaken til beltebruk (eks: utagering og selvskading)
- Dato for kontrollkommisjonens kontroll og påtegning
- I tillegg fikk hver pasient og hver hendelse et eget løpenummer i vår database

Videre var det nå en rekke andre forhold ved protokollene vi nå ville undersøke:

- Var det forskjeller på hvor ofte, hvor lenge, når på døgnet, når på året - og hvordan tvangsmidler hadde blitt brukt i de forskjellige sykehusene?
- Vi visste nå at varigheten på en beltelegging kun føres i papirprotokollen, og ikke i den elektroniske pasientjournalen. Dersom sykehusene ikke hadde loggført dette, så var det ikke mulig for noen å ettergå hvor lenge en pasient ble utsatt for inngripende tvangsbruk.
- Kunne vi avdekke flere kritikkverdige forhold?

Vi lagde derfor flere kolonner i datasettet - som vi tidlig så for oss at ville ende i en slags statistikk:

- Var belteleggingen avsluttet i protokollen? (ok/nei)
- Var det sannsynlig at pasienten sov i belter? (ja)
- Inneholdt protokollen mulige lovbrudd? (ja)
- Var protokollen signert av kontrollkommisjonen? (ok/nei)
- Hadde kontrollkommisjonene skrevet merknader i protokollen? (ja)
- I tillegg hadde vi en kolonne for våre egne notater (eks: Pasienten sover trolig i belter. Blir beskrevet som rolig på kvelden, men løses ikke opp før morgenen)

Noe av det mest krevende med å bygge sitt eget datasett var å være konsekvent i taggingen av hver enkelt linje i Google sheet. Informasjonen i loggene føres svært ulikt på ulike avdelinger – der noen beskriver begrunnelse med ett ord, skriver andre 1000 tegn om hendelsesforløp – i tillegg kommer utfordringer med håndskrift, forkortelser og medisinsk terminologi.

Ideelt sett burde én av oss gjort hele den manuelle jobben med å digitalisere protokollene for å sikre at alt ble registrert likt. På grunn av den enorme arbeidsmengden mener vi i dag at det var riktig å være to om det. Vi måtte likevel bruke flere dager – i flere omganger – på å gjennomgå hver eneste linje i datasettet for å forsikre oss om at vi hadde markert kategorier som «mulige lovbrudd», «sover» osv. på lik måte.

5.2 Manuell registrering

Å digitalisere tvangsprotokollene har vært en svært omfattende jobb – og en øvelse i tålmodighet. Gjennom sommeren og høsten førte vi manuelt i underkant av 10.000 x 20 linjer i Google sheets. Vi vil anslå at vi to reporterne har brukt omtrent to måneder hver på digitaliseringen av tvangsprotokollene.

5.3 Intern database

Materialet ble etterhvert så stort at det var vanskelig for oss å holde oversikten i Google sheets. For å kunne se resultater av arbeidet utviklet Jari Bakken i VG et internt verktøy som fortløpende gjorde ulike statistiske analyser, fordelte informasjonen i ulike diagrammer og ga en oversikt over fremdriften med å digitalisere tvangsloggene.

Programmene som ble brukt for å bygge vår interne landingsside er: D3.js, Highcharts, OpenRefine, Pandas, node.js, React og dc.js

Analyseverktøyet satte sammen grunnlagsmaterialet til et helhetlig datasett egnet for videre analyse. Her fikk vi oversikt over hvilken informasjon i protokollene som burde granskes nærmere. Ikke minst lettet det den nitidige jobben med å digitalisere protokollene - fordi vi fortløpende kunne se resultater og mulige saker.

Verktøyet viste frem hvor lenge pasienten lå i belter (lengste og korteste hendelse, gjennomsnitt- og medianvarighet), antall og andel hendelser som ikke ble korrekt avsluttet, de som manglet signatur fra kontrollkommisjonene eller var sannsynlige lovbrudd – og antall pasienter som opplevde beltelegginger i de ulike kategoriene.

Verktøyet inneholdt også grafiske fremstillinger av hvilken dag på året, tid på døgnet eller dag i uken belteleggingene foregikk, og distribusjonen av alle belteleggingenes varighet. Alle analysene var tilgjengelige både samlet og brutt ned på hver enkelt institusjon. Verktøyet ble kontinuerlig videreutviklet gjennom arbeidet for å forbedre datakvaliteten og teste ut nye hypoteser.

5.4 Datagrunnlag

Etter digitalisering av tvangsprotokollene hadde VG et datasett som bestod av 2441 beltelegginger med kjent varighet. Vår tidligere avsløring viste at det i 2015 var ca 3.900 beltelegginger i året. Dette vil si at VG har klart å samle 63% av hele populasjon av beltelegginger for 2015.

Forutsetninger for analysen

1. Helseforetakene har ansvar for å sørge for at tvangstallene som rapporteres til myndighetene er riktige.
2. Helseforetakene har ansvar for å sørge for at tvangstallene som VG fikk innsyn i er riktige
3. I VGs innsynsbejæring ba VG om de fullstendige dataene (tvangsprotokollene). Det er helseforetakets ansvar at de har gitt VG tilgang på alt materiale.
4. Vi antar at vi har fått et fullstendig datasett fra Helse Bergen, Helse Førde, Helse Fonna, Innlandet Sykehus, Jæren DPS, Lovisenberg, Møre og Romsdal, Nordlandssykehus, Stavanger, Sykehuset i Vestfold, Telemark, Universitetssykehuset Nord-Norge og Vestre Viken for 2015.
5. Tallmateriale kan ikke korrigeres eller endres i etterkant av hendelsen. Det er den eneste datakilde for gjennomføringen ved bruk av tvangsmidler i Norge i 2015.

Tallmateriale VG mottok har en del svakheter:

- a. Det mangler konsistens i måten tallene blir registrert på og rapportert til myndighetene på tvers av landet – det mangler blant annet et felles registreringssystem og felles rapporteringsrutiner.
- b. Datasettet er ikke fullstendig - vi mangler data fra følgende helseforetak: St. Olav, Nord Trøndelag, Diakonhjemmet, Oslo, Akershus og Østfold.
- c. Vi har kun tilgang til logg fra 2015. Flere sykehus presiserte den omfattende arbeidsmengden det var å gi VG kopier av protokoller for ett år.
- d. I digitaliseringsprosessen var det umulig å finne en unik identifiseringsnøkkel som ville gi oss et sikkert svar på antall pasienter - da pasienter kan være innlagt på ulike avdelinger og dermed omtales i ulike protokoller. Vi ser derfor på beltelegginger på hver avdeling som en uavhengig observasjon.

Tallmateriale er den eneste informasjonskilde som finnes i Norge for varighet av beltelegginger i 2015. Vi tror ikke det er realistisk å få utlevert et større datamateriale fra helseforetakene basert på den erfaringen vi har hatt. Vi tror at de dataene vi har fått er tilstrekkelige til vår analyse, og velger derfor å analysere tallene videre.

Datakvalitet for pasientnøkkel er ikke god nok til å kunne analysere tallmateriale på pasientnivå. Vi er derfor nødt til å analysere tallene på belteleggingsnivå. En del analyser vil derfor ikke kunne gjennomføres, blant annet korrelasjonsanalysen mellom antall pasienter i belter og befolkning per fylke som vi gjorde tidligere i år.

5.5 Representativitet

En populasjon er hele gruppen vi ønsker å undersøke. Ofte kan vi ikke undersøke hele populasjon og har kun tilgjengelig et utvalg fra denne populasjonen - et såkalt sample. For å kunne ekstrapolere funnene fra sample til hele populasjon, må vi blant annet ha et tilstrekkelig stort sample. I de fleste studier innen samfunnsvitenskap og medisinsk forskning anser man et sample på 30 eller mer til å være tilstrekkelig.

Vi har klart å samle hele populasjon av beltelegginger fra Helse Bergen, Helse Førde, Helse Fonna, Innlandet Sykehus, Jæren DPS, Lovisenberg, Møre og Romsdal, Nordlandssykehus, Stavanger, Sykehuset i Vestfold, Telemark, Universitetssykehuset Nord-Norge og Vestre Viken i 2015. Basert på forutsetning nummer 3, er det rimelig å anta at vi jobber med hele eller tilnærmet hele populasjon av beltelegginger for disse helseforetakene i 2015. Vi har hele populasjon for Møre og Romsdal og vi har ikke mottatt beskjed i motsvaret fra Møre og Romsdal om at deres data er ufullstendig.

For å ta høyde for eventuelt manglende observasjoner i dataene, har vi valgt å behandle observasjonene i gruppene som et sample. Dette gir oss en dobbelt sikkerhet i slutningene vi trekker.

5.6 Analyse i «R»

Vi ønsket også å undersøke når på døgnet og hvilke ukedager det var flest beltelegginger og om det var sykehus som skilte seg ut i materialet. Isabelle Valette som hadde hjulpet oss tidligere ble kontaktet på nytt.

Isabelle bearbeidet våre rådata i “R”. Hun lagde en algoritme som beregnet når på året, uka og døgnet belteleggingene startet. Algoritmen kunne også sammenligne dataene på landsbasis og institusjonsnivå, slik at det var mulig å sammenligne sykehusene med hverandre.

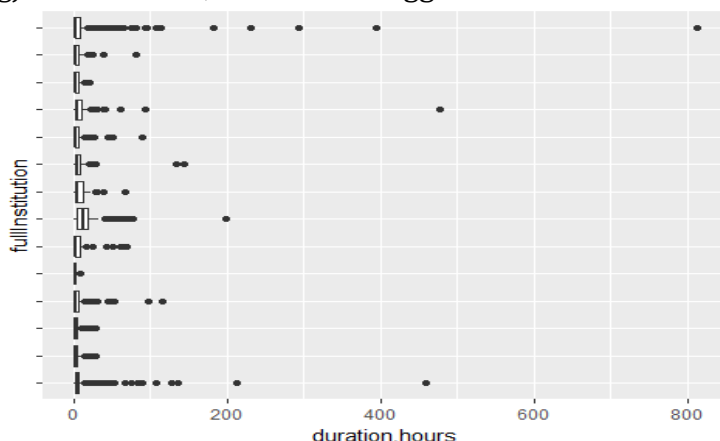
For å sørge for at datakvalitet til analysegrunnlaget er så høy som mulig velger vi å analysere beltelegginger som har et start- og slutt-tidspunkt og derfor har en varighet.

Vi satt oss et minimumskrav til 30 observasjoner per sample. Alle oppfyller dette kravet bortsett fra Jæren og Telemark. Under forutsetning 3, må vi anta at vi har observasjoner fra hele eller nesten hele populasjonen for hver av gruppene. I tillegg ligger de tett opp til minimumskravet på 30. Vi mener derfor at samplene burde være representative for sin gruppe.

Analysen viser at varigheten av beltelegginger har en del ekstreme verdier. Vi må ta stilling til hvordan vi ønsker å behandle disse. En ofte brukt måte å behandle ekstreme verdier på er å ekskludere de fra en analyse. I denne saken mener vi at det kan ligge interessant informasjon i de ekstreme verdiene. Dette inkluderer blant annet hvor lenge man kan ligge i belter, i hvilket helseforetak finnes det mange ekstreme verdier, og om noen institusjoner er mer utsatt enn andre for slike tilfeller.

I en liten gruppe kan flere ekstreme verdier forårsaket av én pasient, påvirke gruppens sentraltendens uforholdsmessig mye. Samtidig kan disse observasjonene ha verdi fra et journalistisk perspektiv. Derfor velger vi å inkludere de ekstreme verdiene videre i analysen, men passer på å høyde for det i vårt metodevalg.

Vi inkluderer de ekstreme verdier i analysen. Vi kommer derfor til å måtte se både på median og gjennomsnitt videre for å få et mer nyansert bilde av hva som foregår i de forskjellige helseforetakene. Fordelen med å bruke median er at man kan «fjerne» effekten av ekstreme verdier. Enkelte pasienter kan alene gjøre store utslag på gjennomsnittet, fordi de har ligget i belter over flere uker.



5.7 Analyse av varighet

Datasettet ga oss også mulighet til å analysere varighet ved tvangsmiddelbruk. Etter å ha analysert belteleggingsvarighet per institusjon så vi at ett sykehus, Møre og Romsdal HF skilte seg kraftig ut. 13 av sykehusene vi hadde analysert hadde en median mellom 1.5 til 4.6 timer. Møre og Romsdal skilte seg ut med en median på 11.67.

```
analysis <- data %>%
  group_by(fullInstitution) %>%
  summarize(inst_median = median(duration.hours),
            inst_mean = mean(duration.hours),
            inst_antall = n()) %>%
  arrange(desc(inst_median))
analysis
```

```
## # A tibble: 14 x 4
```

	fullInstitution	inst_median	inst_mean	inst_antall
	<chr>	<dbl>	<dbl>	<int>
## 1	Møre og Romsdal	11.666667	18.639474	76
## 2	Nordlandssykehuset	4.583333	8.572947	69
## 3	Sørlandet sykehus	3.833333	8.616044	107
## 4	Sykehuset i Vestfold	3.650000	11.269192	132
## 5	Helse Bergen	3.416667	8.204031	521
## 6	Vestre Viken	3.250000	12.381674	462
## 7	Telemark	3.208333	5.178205	26
## 8	Helse Førde	2.633333	4.381674	77
## 9	Universitetssykehuset Nord-Norge	2.625000	5.677113	142
## 10	Stavanger	2.583333	5.145136	289
## 11	Lovisenberg	2.541667	7.904348	92
## 12	Innlandet sykehus	2.333333	6.958413	157
## 13	Jæren DPS	1.833333	2.418966	29
## 14	Helse Fonna	1.500000	3.523431	262

Belteleggingsvarighet "duration.hours" er en kontinuerlig variabel. Her analyserte vi på belteleggingsnivå og ikke på pasientnivå. Samme pasient kan bli innlagt flere ganger. Vi testet om medianen for Møre og Romsdal og medianen for de øvrige foretakene i resten av landet er signifikant forskjellig fra hverandre. Innenfor samfunnsvitenskapelige og medisinske studier er det konsensus om å bruke et signifikansnivå på 0.95. Dette betyr at vi trenger en p-verdi som er mindre eller lik 0.05 for at funnene skal være signifikante. Etter å ha gjennomført analysen kunne vi slå fast med 95% sikkerhet, at medianen i Møre og Romsdal er minst 3.58 ganger større enn i resten av observasjonene.

Analysen av deres data viser at i Møre og Romsdal skjer det noe som er annerledes enn i de øvrige helseforetakene i resten av landet. Før publisering intervjuet vi klinikledelsen og viste frem våre funn for om mulig få en forklaring på hvorfor sykehuset skilte seg ut. Klinikksjefen sa at han ikke kunne se noen naturlige forklaring – utover at det måtte skyldes måten de registrert tvangsbruken i de håndskrevne protokollene.

5.8 Deling av data

På senhøsten 2016 satt vi på et helt unikt datasett. Tvangslogger, som tidligere kun hadde eksistert i store skrivebøker inne på sykehusavdelingene, var for første gang åpnet gjennom offentlighetsloven og digitalisert. Vi er ikke kjent med at lignende metode tidligere er brukt for å avdekke ulovlige forhold i samfunnet.

Dette var informasjon som vi raskt forsto at fag- og forskningsmiljøer var svært interessert i, og vi ønsket å gjøre databasen tilgjengelig for flere. Vi ønsket også å være helt åpne om hvordan vi hadde kommet frem til hovedtallene i vår avsløring – og hva juristene og ekspertene hadde reagert på i hver enkelt sak.

Det er et viktig prinsipp i VGs datajournalistikk at vi skal være åpne om våre arbeidsprosesser og gjøre det mulig for publikum å ettergå vårt arbeid. Protokollene var den viktigste dokumentasjonen for våre avsløringer, og vi ønsket å publisere hele databasen slik at leseren kunne se originalteksten fra tvangsprotokollen – og hvordan innholdet hadde blitt vurdert av våre helserettsekspert.

Samtidig har datasettet en del begrensinger. Tvangsprotokollene inneholder svært sensitiv informasjon om mennesker som er på sitt mest sårbare, som tvangsinnlagte i psykiatrien.

Vi ville ikke at pasienter skulle klare å finne tilbake til seg selv i de digitaliserte protokollene, fordi dette kunne oppleves som belastende. Vi har derfor publisert alt i en samlet base, og ikke per sykehus og per dato. Vi har også fjernet informasjon som kan identifisere enkeltpasienter.

En måned før publisering så vi oss nødt til å utvide datasettet, for å kunne gjøre det offentlig tilgjengelig. Det krevde en ny manuell gjennomgang av de 10.000 linjene i Google sheets der vi tagget samtlige hendelser som allerede var kategorisert som lovbrudd eller problematiske, etter følgende nye kategorier: «ikke avsluttet», «ikke begrunnet», «frivillig», «sover», «rolig», «forebyggende», «rømning», «lite informasjon» og «annet».

De åtte første kategoriene ble koblet mot en standardtekst ved publisering, basert på jusseksperter vurderinger, mens de i underkant av 40 som kom under «annet»-kategorien fikk en spesialtilpasset tekst. (*Eks: Pasienten beskrives som rolig og passiv. Tvangsmidler skal bare brukes når det er fare for liv eller helse, eller store materielle skader.*).

Lenke til databasen: www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/database/

5.9 Presentasjon

Tre av sakene ble valgt presentert utenfor VGs tradisjonelle digitale artikkelmal – med «skreddersydd» presentasjon. Dette valget ble tatt med ønske om å gi leserne en mest mulig pedagogisk fremstilling av funnene. For å i tillegg kunne skape en gjenkjennelighet, ble det utviklet en egen artikkelmal med et felles utseende.

<http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/1-bindes-fast-ulovlig/>

<http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/2-godkjente-lovbrudd/>

<http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/3-ferie/>

Sentralt i artikkelpresentasjonene er at det brukes animasjoner for å forklare. Det ble blant annet benyttet et egetutviklet JavaScript skrollebibliotek, der animasjonene bestemmes av skrollehastigheten. Alternativet kunne vært å etablere triggerpunkter for automatisk avspilling av animasjoner eller lage videoklipp, men dette ble valg bort på bakgrunn av hypotese om at komplekst materie er enklere å forstå dersom leseren selv bestemmer hastigheten.

I tillegg ble det utviklet en samleside for alt innhold – både artikler og spesialartikler – samt en side for presentasjon av selve loggene. Disse sidene ble gjort tilgjengelig via en toppmeny som var synlig uansett hvor i prosjektuniverset leseren befant seg.

6 DETTE ER NYTT

- For første gang er tvangsprotokollene åpnet for offentligheten. VG har dokumentert hvordan flere hundre pasienter ble reimet fast på ulovlig vis ved norske sykehus i 2015, og vi har for første gang kunnet avdekke den reelle bruken av belter og remmer i psykiatrien. Disse tallene var ukjente for norske helsemyndigheter.
- VGs analyser avdekket at beltebruken nær dobles i fellesferien, og at de fleste beltelegginger skjer på ettermiddagen. På disse tidene er ikke de faste behandlerne tilstede i avdelingene, og det er flere vikarer og ufaglærte på jobb.
- VG avdekket at pasienter i Møre og Romsdal ble liggende over tre ganger så lenge i belter som pasienter ved de resterende sykehusene i VGs tallmateriale. Professor Georg Høyer, som leder Tvangsforsk i Tromsø, uttalte til VG at han aldri tidligere sett en slik sammenligning av institusjoner. Hver femte beltelegging ved sykehuset var ikke avsluttet i protokollen.
- VG har avslørt at norske sykehus underrapporterer alvorlig tvangsbruk. Nesten 1000 beltelegginger manglet i den offisielle statistikken. Det utgjør omtrent en fjerdedel av hendelsene.
- VG har avslørt at ingen underrapporterer tvang mer enn St. Olavs hospital i Trondheim, som hadde unnlatt å registrere ni av ti beltelegginger, slik de er lovpålagt å gjøre.
- I sin rapport om tvangsbruk i Norge, som kom våren 2016, konkluderte Helsedirektoratet med at tvangsmiddelbruken gikk ned. VGs kartlegging viste det motsatte.
- I offentlige rapporter har det gjennom flere år blitt slått fast at det er «store regionale forskjeller» i tvangsbruk, uten at dette er dokumentert. VG har for første gang kunnet dokumentere forskjellene og fastslå hvilke helseregioner og sykehus som bruker mest mekanisk tvang mot pasientene: Stavanger og Bergen i Helse Vest. VGs analyser viste videre at disse to stor-sykehusene i Helse Vest også hadde lavest andel leger og spesialister.
- Helsemyndighetene visste kun om en håndfull tilfeller, men VGs tall dokumenterte at over 300 tenåringer ble lagt i belter på barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger i 2014. Ahus hadde unnlatt å rapportere inn over 190 tilfeller i 2014.
- VG avslørte gjennom tvangsprotokollene massiv ulovlig og omstridt fastbinding av psykisk syke pasienter – ved samtlige helseforetak som brukte belter i 2015. I over 640 tvangsprotokoller var det forhold som landets fremste juseksperter mente var ulovlige eller sterkt problematiske. Belter ble brukt på pasienter som var opplyst å være rolige, som sov – eller fordi pasienten ønsket det selv, noe det ikke er åpning for i lov om psykisk helsevern. Belter ble også brukt som forhandlingskort med pasientene og i forebyggende øyemed, avdekket innsyn i tvangsprotokollene.
- VG avdekket grov svikt i hvordan sykehusene dokumenterer belteleggingene. I over 220 protokoller var det ikke oppgitt hvorfor eller hvor lenge pasienten ble

holdt bundet fast. Dette er brudd på psykisk helsevernforskrift. Denne informasjonen finnes heller ikke i elektronisk pasientjournal, hvilket betyr at pasienten selv, pårørende, advokater osv. ikke får vite hvor lenge tvangsmiddelbruken varte.

- VG avdekket hvordan kontrollkommisjonene, som er satt til å ivareta pasientenes rettsikkerhet, unnlot å gripe inn mot ulovlig bruk av belter i 2015. Kun i et fåtall saker hadde kontrollkommisjonene merknader til sykehusenes praksis.
- Kontrollkommisjonene er lovpålagt å kontrollere protokollene minst en gang i måneden. Denne fristen ble brutt over 360 ganger i 2015. I nær 40 saker gikk det over et halvt år før kontrollkommisjonene sjekket tvangsprotokollene.
- Flere kontrollkommisjoner opplyste at de først går inn i pasientenes journal ved en klage - men det skjer nesten aldri. VG har avdekket at pasienter blir lagt i belter mot sin vilje rundt 4000 ganger årlig, men bare mellom 30 til 80 av hendelsene ender med klage. Nesten ingen får medhold.

7 KONSEKVENSER:

- Gjennom vår omfattende innsynsbegjæring har det blitt slått fast at tvangsprotokollene er en del av pasientenes journal og underlagt offentlighetsloven. Pasienter, pårørende og advokater som tidligere ikke har fått protokollene utlevert, kan nå få innsyn i disse.
- Etter VGs avsløringer, har Helsedepartementet pålagt alle norske sykehus å registrere tvangsbruken for 2014 og 2015 på nytt. Dette vil antakelig være klart først på senvinteren 2017. Fra og med denne rapporteringen blir sykehusene pålagt å rapportere tvangsdata tertialvis på nettportalen helsenorge.no. Dette for å sikre større åpenhet om tvangsbruk.
- Helseminister Bent Høie har både våren og senhøsten 2016 måtte redegjøre for tvangsbruk i psykiatrien for Stortinget. Flere partier har fremmet forslag om bedre registrering av tvangsmiddelbruk.
- I juni 2016 ble det nedsatt et regjeringsoppnevnt utvalg (Østenstad-utvalget) som skal gjennomgå og vurdere all tvangslovgivning. De leverer sin innstilling høsten 2018. Etter VGs saker om Kontrollkommisjonene ble professor Østenstad hasteinnkalt til helseministeren, hvor det ble presisert at utvalget skal vurdere alternative tilsyns- og kontrollordninger som kan erstatte kontrollkommisjonene. Samtidig vil utvalget og departementet fortløpende vurdere behovet for en ytterligere utredning, og Høie stiller ressurser til disposisjon dersom utvalget ønsker en videre utredning av kontrollkommisjonene vinteren 2017.
- Helsedirektoratet satte inn flere strakstiltak for å bedre kontrollkommisjonene på bakgrunn av VGs avsløringer. Nye retningslinjer, bedre opplæring og tettere oppfølging av kommisjonene ble iverksatt fra november 2016.
- I samme tale varslet Høie at sykehusene vil fra 2017 bli målt konkret på hvor mye de klarer å redusere antallet vedtak om bruk av tvangsmiddel.
- Helsedepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å nedsette en arbeidsgruppe som skal vurdere hvordan innhold i pasientjournaler skal vurderes opp mot offentlighetslovens virkeområde i fremtiden. Bakgrunnen er VGs innsynsrunder om tvangsprotokollene. Helsedirektoratet har fått utsatt frist til å levere sin betenkning til 20. februar 2017.
- Helseregionene må fra 2017 innføre møter mellom ledelse, pasienter og brukerorganisasjoner i alle sykehusavdelinger der det brukes tvang.

- På statsbudsjettet for 2017, ble det hasteopprettet en egen post på fem millioner kroner for bedre opplæring og rekruttering til kontrollkommisjonene. Midlene kom på bakgrunn av VGs journalistikk.
- Venstre fremmet i april et dokument 8-forslag hvor de krevde et psykiatri-utvalg og et bedre rapporteringssystem. Senterpartiet fremmet i november et dokument 8-forslag om en full granskning av norsk psykiatri etter VGs saker. Disse forslagene er ikke behandlet i Stortinget når denne metoderapporten skrives.
- Helse Sør Øst har nedsatt et eget utvalg som skal se på all reell bruk av tvang i regionen.
- Helseministeren beordret sykehusene, de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) og avdelingene om iverksette både strakstiltak og langsiktige tiltak for å korrigere den tvangsbruken som ikke er forenlig med god faglig praksis og lovverk.
- Helseministeren kalte styrelederne og lederne i de fire helseregionene inn på teppet etter VGs avsløringer. De er pålagt å sikre at institusjonene drives med tilstrekkelig bemanning og nødvendig kompetanse gjennom hele året.
- Helse Møre og Romsdal iverksatte en intern granskning av alle tvangsdata i helseforetaket, samt en full internrevisjon, etter VGs avsløring. Styret i helseforetaket har bedt sykehuset redegjøre for opprydningsarbeidet på samtlige styremøter i 2017.
- To uker etter VGs avsløringer fra Møre og Romsdal ble det konstituert ny klinikkjef og ny avdelingsleder ved Klinikk for psykisk helse i helseforetaket.
- Fylkeslegen åpnet tilsynssak i saken der en kvinne ble beltelagt i tre måneder våren 2016 ved Ullevål, Oslo universitetssykehus. Fylkeslegen opplyser at de vil bruke omtrent seks måneder på å gjennomgå saken.
- Psykiatri- og rettsvernutvalget i ICJ-Norge (International Commission of Jurists), har opprettet en Pro Bono-gruppe for menneskerettighetssaker knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern. Gruppen vil gå til sivilt søksmål i saker som omhandler bruk av belter. ICJ opplyser at saken VG omtalte fra Ullevål sykehus er høyaktuell i denne sammenheng og vil bli vurdert på gruppens møte i slutten av januar.
- Umiddelbart etter VGs reportasje om kvinnen på Gaustad sykehus åpnet Fylkeslegen tilsynssak. Konklusjonen var hun ikke fikk «uforsvarlig behandling», men hennes snart ti år under tvunget psykisk helsevern ble ikke undersøkt. Europeiske menneskerettsekspertener mener saken mangler sidestykke i Europa.

VEDLEGG:

- Anonymisert tvangsprotokoll fra sykehus i Helse Vest
- Eksempel på digitalisert tvangsprotokoll
- Lenke og dato for alle saker publisert på vg.no
- Saker fra VGs papiravis og VG Helg