

Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien

Slutrapporter

Projektet er iværksat af:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sundhedsstyrelsen
Dansk Psykiatrisk Selskab
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
Dansk Sygeplejeråd
Amtsrådsforeningen
H:S

Kvalitetsafdelingen i Århus Amt har haft
ansvaret for udarbejdelsen af rapporten.

Udover denne rapport er der udarbejdet en publikation: "Evaluering af projektet"
Endvidere kan publikationen: "Bag om tallene" downloades fra:
www.videnscentergennembrud.dk under "Projekter" / "Tvang i psykiatrien"

Henvendelse vedrørende undersøgelsen:
Projektleder Britta Ravn, brr@ag.aaa.dk, 89 44 63 94
Proceskonsulent Helle Høgh, heh@ag.aaa.dk, 89 44 63 92
Proceskonsulent Lea Nørgaard Bek, lnb@ag.aaa.dk, 89 44 63 91

Rapporten kan ses på: www.videnscentergennembrud.dk

Rapporten kan rekvireres hos:
Kvalitetsafdelingen, Århus Amt
Lyseng Allé 1
8720 Højbjerg
Tlf.: 89 44 61 81
amu@ag.aaa.dk

ISBN-nr. 87-90187-56-3

Tryk: Amtsrådsforeningen

© Kvalitetsafdelingen
Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse

Januar 2006

Indhold

Læsevejledning til slutrapporterne	5
Eksempel på datamateriale tilsendt de 22 deltagende team	7
Slutrapport for team Augustenborg	25
Slutrapport for team Bispebjerg	35
Slutrapport for team Brønderslev	43
Slutrapport for team Dianalund	55
Slutrapport for team Glostrup Ung	67
Slutrapport for team Glostrup Voksen	73
Slutrapport for team Herning	83
Slutrapport for team Hillerød	103
Slutrapport for team Horsens	113
Slutrapport for team Hvidovre 809	127
Slutrapport for team Hvidovre 810	137
Slutrapport for team Kolding	149
Slutrapport for team Middelfart	165
Slutrapport for team Odense	179
Slutrapport for team Ribe	195
Slutrapport for team Rigshospitalet	201
Slutrapport for team Roskilde	211
Slutrapport for team Viborg Ung	219
Slutrapport for team Viborg Voksen	237
Slutrapport for team Vordingborg	263
Slutrapport for team Århus Geronto	275
Slutrapport for team Århus Ung	285
Matrix over de 22 deltagende teams afprøvede forandringstiltag	301

Læsevejledning til slutrapporterne

Ved afslutning på projektperioden den 30. juni 2005 har hvert deltagende team udarbejdet en slutrapport. Formålet med slutrapporten er at samle hvert enkelt teams lokale resultater og proceserfaringer fra hele projektperioden.

Hovedtrækkene fra slutrapporterne indgår som en del af evalueringen for at give et nuanceret billede af, hvordan der lokalt har været arbejdet i projektet. Slutrapporterne giver også indblik i de forskelle, der har været lokalt i forhold til deltagelse i projektet.

Det nationale sekretariat har udarbejdet en skabelon for slutrapporten, således at alle team melder tilbage vedrørende de samme emner. Det må i den forbindelse understreges, at det ikke er formålet med slutrapporten, at teamene skal sammenlignes på tværs af hinanden, da teamenes lokale outcome mål (resultatmål) er forskellige, og teamenes projektarbejde har haft forskellige rammer og vilkår. I slutrapporten er der således fokus på teamets egen udvikling i løbet af projektperioden, da ingen team har haft nøjagtig samme proces i projektet.

De overordnede spørgsmål der søges besvaret i slutrapporten er:

- Hvorvidt teamet har nået deres lokale outcome mål (resultatmål)
- Hvilke forandringstiltag er afprøvet og implementeret
- Hvilke væsentlige erfaringer har teamdeltagerne gjort sig i løbet af projektperioden i forhold til at arbejde med tvang og i forhold til at arbejde med gennembrudsmetoden
- Hvad er planen for det videre arbejde.

I det følgende gennemgås de emner, der belyses i slutrapporten:

Informationer om teamet og afsnittet/afdelingen
Beskrivelse af teammedlemmer og kontaktinformation. Desuden en kort beskrivelse af

afsnittets karakter, antal sengepladser, ansatte m.v.

Lokale målsætninger og lokale mål

For at sikre den røde tråd i forandringsarbejdet er der udarbejdet en række forskellige mål og målinger. *For det første* har hvert team formuleret deres egen lokale målsætning for deltagelse i projektet ud fra projektets overordnede målsætninger. Den lokale målsætning er gennemgående for hele projektperioden og skal indeholde mindst to temaer fra forandringskataloget. *For det andet* har hvert team ud fra deres lokale målsætning formuleret mellem 1-4 outcomemål (resultatmål), som er gennemgående for hele projektperioden. Outcomemålene er numeriske og måles hver måned igennem projektperioden. *For det tredje* har hvert team formuleret mellem 2-5 procesmål, der tænkes at være skridt på vejen til at opnå de lokale outcomemål. Procesmålene kan ændre sig i løbet af projektperioden. *For det fjerde* har hvert team haft mulighed for at formulere 1-2 balancerende mål, der kan vise utilsigtede ændringer som følge af forandringsarbejdet.

Målinger

I slutrapporten har hvert team lavet en oversigt over de forskellige målinger, der er foretaget i løbet af projektperioden. Målingerne relaterer sig til målene beskrevet ovenfor og er både kvantitativt og kvalitativt udformet. Målingerne har været foretaget af teamene selv og af det nationale sekretariat. Det nationale sekretariat har bearbejdet tallene for indberetning af tvangsprotokoller samt bearbejdet data for spørgeskemaundersøgelse for patienter udsat for tvang og deres tilfredshed med tvangsepisoden.

Teamene har primært anvendt rundigrammer (runcharts) som grafisk præsentation af deres målinger, da der er tale om forandringsarbejde, der foretages over tid. I rundigrammerne er

medianværdien anvendt som centerlinie, og forandringer vises i forhold til denne pr. måned ved hjælp af runtest.

Afprøvede/testede forandringer

Hvert team har lavet en oversigt over afprøvede forandringstiltag i løbet af projektperioden og uddybet de mest succesfulde forandringstiltag.

Implementerede/spredte forandringer

Det beskrives, hvilke af de afprøvede forandringstiltag, der er blevet implementeret i løbet af projektperioden. Ligeledes redegøres for, hvilke spredningsaktiviteter der er iværksat i forhold til formidling af projektet og 'best practices'.

Resultater

Hvert team beskriver i slutrapporten de væsentligste resultater, de har opnået i løbet af projektperioden. Resultaterne kan relatere sig til både lokale outcome/resultatmål, procesmål og balancerende mål. I slutrapporterne findes både grafer, der er beregnet af Det nationale sekretariat og teamenes egne beregning og grafer. I forhold til beregningerne foretaget af Det nationale sekretariat drejer det sig om opgørelser af de forskellige tvangsprotokoller. Hvert team har fået fremsendt en samlet oversigt over tvangsepisoder i perioden 1. januar 2004 til 30. juni 2005. Perioden 1. januar 2004 til 31. august 2004 er beregnet som teamenes baseline-tal

(sammenligningsgrundlag) og perioden 1. september 2004 til 30. juni 2005 er selve projektperioden. Hver periode fremstår samlet i rundigrammerne, men med forskellig farve (Se endvidere afsnittet om eksemplet på data-materiale tilsendt de 22 deltagende team for en samlet beskrivelse af beregninger og grafisk fremstilling). Udover sekretariatets beregninger har flere team medtaget rundigrammer for procesmål eller andre relevante data, hvor de selv har foretaget beregningerne, og dermed selv står til ansvar for disse beregninger.

Kommentarer til procesarbejdet

I slutrapporten har hvert team givet en beskrivelse af rammer og vilkår for arbejde i projektperioden. Såfremt der har været væsentlige ændringer i projektperioden mht. organisationen, personale og ressourcer er disse anført under denne rubrik.

Erfaringer med gennembrudsmetoden

Hvert team har givet en beskrivelse af deres samlede erfaringer med at arbejde efter gennembrudsmetoden.

Det videre arbejde

Som afslutning på hver slutrapport beskriver teamene, hvilke planer der er lagt for det videre kvalitetsudviklingsarbejde. Såfremt der ikke foreligger konkrete planer beskriver teamet, hvilke ønsker de har til det fremtidige arbejde.

Eksempel på datamateriale tilsendt de 22 deltagende team

Data fra tvangsprotokollerne er blevet bearbejdet af Det nationale sekretariat. Efter Det nationale kvalitetsprojekts afslutning har alle de deltagende psykiatriteam modtaget afsnitsspecifikke opgørelser over omfanget af tvang – sammen med en vejledning om, hvorledes tabeller og diagrammer kunne finde anvendelse i teamenes slutrapporter. Herunder vises et eksempel på en sådan 'datapakke' fra Det nationale sekretariat.

Indledningsvis skal der gøres opmærksom på, at tabellerne, der indgår i datapakken, *summerer* 18 månedsopgørelser over tvang til tre halvårs-opgørelser. I opgørelsen over antal patienter udsat for tvang (tabel 3) har det følgende betydning: Når en patient har afsluttet flere tvangsepisoder inden for samme halvår – men i forskellige måneder – medtælles patienten flere gange, én for hver måned hvor der afsluttes en tvangsepisode. Hvis den samme patient f.eks. har afsluttet én tvangsepisode i februar 2005 og én i marts 2005, så tæller det i tabellen som to patienter, der er blevet udsat for tvang i 1.halvår af 2005.

Diagrammer og tabeller vedr. Det nationale kvalitetsprojekt - Specifikke opgørelser for Team xx

Indholdsfortegnelse:

1. Oversigt over hvilke tabeller og diagrammer dette dokument indeholder
2. Læsevejledning til tabeller og diagrammer
3. Diagram 1, 2 og 3
4. Tabel 1-4
5. Diagram type 4-7 (run-diagrammer)
6. Undersøgelsens baggrund og datagrundlag
7. Statistiske beregninger (signifikanstest, run-diagram-analyse og bias).

1. Oversigt over hvilke tabeller og diagrammer dette dokument indeholder

Diagram 1: Søjlediagram over antallet af tvangsepisoder pr. måned - fordelt på 7 forskellige typer af tvang

Diagram 2: Søjlediagram over antal tvangsepisoder pr. halvår - fordelt på 7 forskellige typer af tvang

Diagram 3: Kurvediagram over baggrundsdata (belægning, normering, antal indskrevne og udskrevne patienter samt antal voldsepisoder på sengeafsnittet).

Tabel 1: Tabel over tvangsepisodernes antal samt varighed og gennemsnitlige varighed – opgjort pr. halvår og fordelt på fire typer af tvang: tilbageholdelse, tvangsmedicinering, bæltefiksering og døraflåsning

Tabel 2: Tabel over tvangsepisodernes antal – opgjort pr. halvår og fordelt på tre typer af tvang: beroligende medicin, fastholdelse og beskyttelsesfiksering

Tabel 3: Tabel over antal patienter udsat for tvang samt varighed og gennemsnitlig varighed pr. patient – opgjort pr. halvår og fordelt på fire typer af tvang: tilbageholdelse, tvangsmedicinering, bæltefiksering og døraflåsning

Tabel 4: Tabel over antal patienter udsat for tvang – opgjort pr. halvår og fordelt på tre typer af tvang: beroligende medicin, fastholdelse og beskyttelsesfiksering.

Diagram type 4: Run-diagrammer over antallet af tvangsepisoder

Diagram type 5: Run-diagrammer over varigheden af tvangsepisoderne

Diagram type 6: Run-diagrammer over en tvangsepisodes gennemsnitlige varighed

Diagram type 7: Run-diagrammer over den gennemsnitlige varighed af tvang pr. patient.

Antallet af run-diagrammer

Der kan være op til syv forskellige run-diagrammer af diagramtypen 4: en for hver af de syv tvangstyper. For hver af diagramtyperne 5-7 kan der være op til fire run-diagrammer: en for hver af de fire tvangstyper, der har været meningsfulde at beregne varighed på, hvilket vil sige tilbageholdelse, tvangsmedicinering, bæltefiksering og døraflåsning.

Sengeafsnit med få observationer

Tvangstyperne bæltefiksering, tvangsmedicinering og beroligende medicin bliver altid rapporteret - uanset hvor få observationer vi har på disse tvangstyper på et bestemt sengeafsnit. Dette kan f.eks. afstedkomme en medianværdi på nul i et run-diagram, såfremt der har været flere måneder med nul tvangsepisoder end måneder med én eller flere tvangsepisoder. Vi har alligevel valgt at vise dem, fordi disse tre tvangstyper udgør nogle særlig vigtige parametre. Stort set alle team har arbejdet med disse parametre enten som outcome mål, procesmål eller balancerede mål.

Tvangstyperne tilbageholdelse, døraflåsning, fastholdelse og beskyttelsesfiksering bliver kun vist i diagramtyperne 4-7, hvis vi har mindst tyve observationer i måleperioden på den pågældende tvangstype på et sengeafsnit.

Diagram 1 og 2 og tabel 1-4 viser alle syv tvangstyper blot der er minimum en observation på hver type. Her bortfalder en tvangstype kun såfremt der ingen observationer har været i hele måleperioden. Dette, fordi disse tabeller og i særdeleshed diagrammerne 1 og 2 er ment som oversigter over, hvilke af de syv tvangsformer der har været anvendt på sengeafsnittet og i hvor stort et omfang.

I diagram 3 viser vi ligeledes alle variabler med minimum en observation i hele måleperioden. Det er f.eks. nødvendigt at vide, hvor mange - eller få - der har været indlagt i en bestemt periode for, at man kan nå frem til en rimelig

tolkning af de stigninger og fald, der måtte være i de øvrige diagrammer og tabeller.

2. Læsevejledning til tabeller og diagrammer

Uanset hvilket diagram eller hvilken tabel, man ønsker at analysere, er det en god ide at sammenholde det med diagram 3. Hvis f.eks. antallet af tvangsepisoder falder drastisk i en periode, skal dette sammenholdes med, hvorvidt antallet af indlagte også falder i samme periode: et fald i antallet af bæltefikseringer er selvsagt kun interessant, når faldet ikke blot kan forklares ved, at der var færre patienter på sengeafsnittet.

Man kan også overveje om øget brug af tvang eller øget antal af voldsepisoder kunne hænge sammen med, at et sengeafsnit har været hårdt belastet. Dette vil ligeledes kunne aflæses af diagram 3, hvor en belægningskurve der overstiger normeringskurven vil være udtryk for en overbelastning på sengeafsnittet. Tilsvarende vil meget høje udslag på kurven for 'antal indskrevne' og 'antal udskrevne' patienter være udtryk for, at afsnittet har en meget stor udskiftning af patienter. Antallet af voldsepisoder er i øvrigt interessant at behandle som et 'balanceret mål': hvad sker der med volden, når antallet af bæltefikseringer eller tvangsmedicineringer daler?

De fire tabeller (1-4) er medtaget for at give teamene en mulighed for at måle i hvor høj grad, de har opnået de lokale målsætninger. Tabellerne er kategoriseret i halve år i stedet for baseline (januar 2004 – august 2004) versus resten (september 2004 – juni 2005). Denne kategorisering har vi foretaget af flere grunde.

For det første giver det en bedre gennemsigthed at sammenstille perioder, der er lige store / har lige mange måneder. Hvis perioderne var skæve, ville det f.eks. ikke umiddelbart være til at se, om 20 tvangsepisoder fordelt på fem måneder var en stigning eller et fald set i forhold til 30 tvangsepisoder fordelt på syv måneder.

For det andet er sandsynligheden for, at man kan måle effekten af projektet større jo senere man måler, da man må forvente, at de

største og mest gennemarbejdede forandrings-tiltag ikke er blevet implementeret før sidst i projektperioden. Det tager tid før en ændring slår igennem og får målbar effekt. At sammenholde en førmåling (baseline på otte måneder) med projektperioden (resten af måleperioden på 10 måneder) giver selvsagt ikke et klart billede af, hvad der er sket af forandringer sidst i projektperioden.

Det ideelle ville være at sammenholde en førmåling (svarende til baseline) med en regulær eftermåling – hvilket ikke har været muligt. Det næstbedste er at måle i halve år, således at vi kan skelne de sidste seks måneder i projektperioden fra resten. Desuden giver en inddeling i halve år bedre mulighed for sammenligninger med eventuelle opfølgende målinger på længere sigt.

Når man studerer tabel 1 og 3 er den gennemsnitlige varighed for eksempel interessant, for den viser henholdsvis forholdet mellem antal tvangsepisoder og den samlede varighed, og forholdet mellem antal patienter og den samlede varighed – den viser f.eks. om varigheden *pr. tvangsepisode* er nedbragt, og det kan den sagtens være, selvom *antallet* af tvangsepisoder er øget – og omvendt.

Når man tolker et run-diagram - eller enhver anden måling – er det vigtigt at gøre sig klart, hvor mange observationer den enkelte måling bygger på – og dét kan til enhver tid aflæses i diagram 1 og 2. Det kan også være væsentligt at vide, hvor mange patienter der forårsager den tvang, der kan måles i bestemt periode. Dette kan aflæses i tabel 3 og 4. Hvis én tvangsepisode eller én patient forårsager et stort udsving, kan man diskutere, hvor stor indflydelse personalet(s) ændrede adfærd kan have haft på det. Med andre ord er det næppe rimeligt at knytte årsagen til sådanne udsving sammen med projektet.

Samtlige opgørelser over tvang er opgjort på datoen for ophør. Det vil sige, at hvis man, f.eks. i et run-diagram over 'antal bæltefikseringer', kan se tallet 'tyve' ud for 'maj måned', betyder det, at der blev *afsluttet* tyve

bæltefikseringer i den måned. I forbindelse med opgørelser over varighed har denne opgørelsesform vigtige konsekvenser. Når man f.eks. studerer '1. halvår 2004' i tabel 1, er 'varigheden' her udtryk for *hele* den varighed, som tvangsepisoderne har haft – gældende for de tvangsepisoder, der er *afsluttet* dét halvår. Det vil sige, at hvis en tvangsepisode strækker sig over flere halvår – hvis den f.eks. blev påbegyndt i 2. halvår af 2004 og afsluttet i 1. halvår af 2005 – så medregnes alle dagene / timerne for tvangsepisoden alene i det halvår, hvor tvangsepisoden blev afsluttet.

Alle målinger er afrundet til nærmeste hele tal. Diagrammer med målinger på under én vises dog med to decimaler. Ved angivelse af antal (tvangsepisoder eller timer / dage) tildeles perioder, hvor der ikke er blevet rapporteret tvang, talværdien nul. Ved angivelser af gennemsnit (den gennemsnitlige varighed pr. patient eller pr. tvangsepisode) vil perioder uden rapporteret tvang også være angivet med talværdien nul, selvom det egentlig ikke er meningsfuldt at tage et gennemsnit af ingenting.

For at kunne foretage en run-diagram-analyse (uddybes i afsnit 8) er man nødt til at have en talværdi for hvert målepunkt, og da er den mest rimelige værdi at indsætte nul. De måneder, hvor der er rapporteret tvang, er talværdierne udtryk for et månedsgennemsnit *af den tvang, der har været*. Dvs. alle gennemsnitsværdier på mere end nul i tabel 1 og 3 og run-diagram type 6 og 7 er gennemsnit *af den tvang, der har været*.

Inden man går i gang med en analyse af tabeller og diagrammer, er det meget vigtigt, at man læser afsnit 6 og 7. Her forefindes yderligere information om, hvilke forbehold man bør tage, når man fortolker materialet samt nogle redskaber til analysen. Såfremt teamene ønsker at kommentere på signifikansniveauet i materialet, er det vigtigt, at teamene foretager de tre beskrevne run-tests og sætter sig ind i, hvad signifikansværdierne er udtryk for (jf. afsnit 7).

3. Søjlediagrammerne 1, 2 og 3

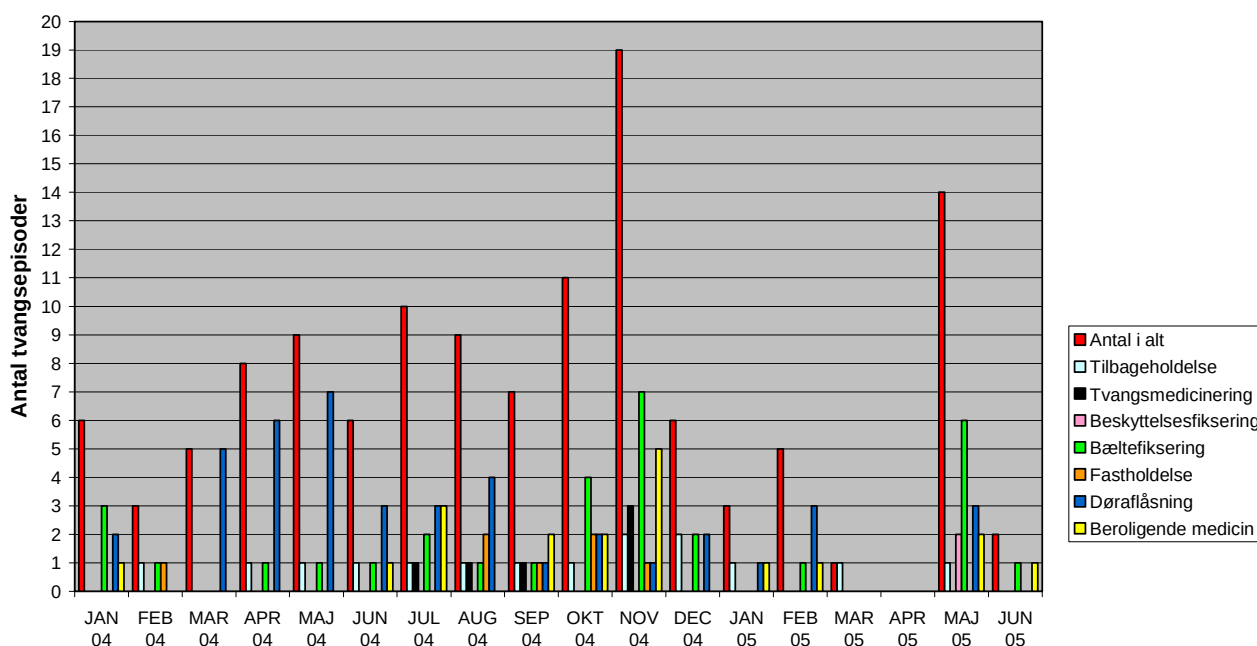
Søjlediagrammerne 1 og 2 giver et hurtigt overblik over, hvilke typer af tvang der forefindes på sengeafsnittet, og hvor mange tvangsepisoder det omhandler. Diagram 1 er en månedsopgørelse, og diagram 2 er en halvårs opgørelse.

Diagrammerne viser antallet af tvangsepisoder (ud af y-aksen) opgjort henholdsvis pr. måned og pr. halvår (ud af x-aksen) fordelt på

syv forskellige typer af tvang samt en total, der summerer antallet for alle syv tvangstyper ('antal i alt').

Som det fremgår af boksen til højre i diagrammet, er hver tvangstype samt totalen markeret med en bestemt søjlefarve. Hvis en eller flere af de syv tvangstyper ikke er vist i boksen, er det udtryk for, at der ikke har været en eneste observation i hele måleperioden på den pågældende tvangstype.

Søjlediagram 1: Antal tvangsepisoder pr. måned



Søjlediagram 2: Antal tvangsepisoder pr. halvår

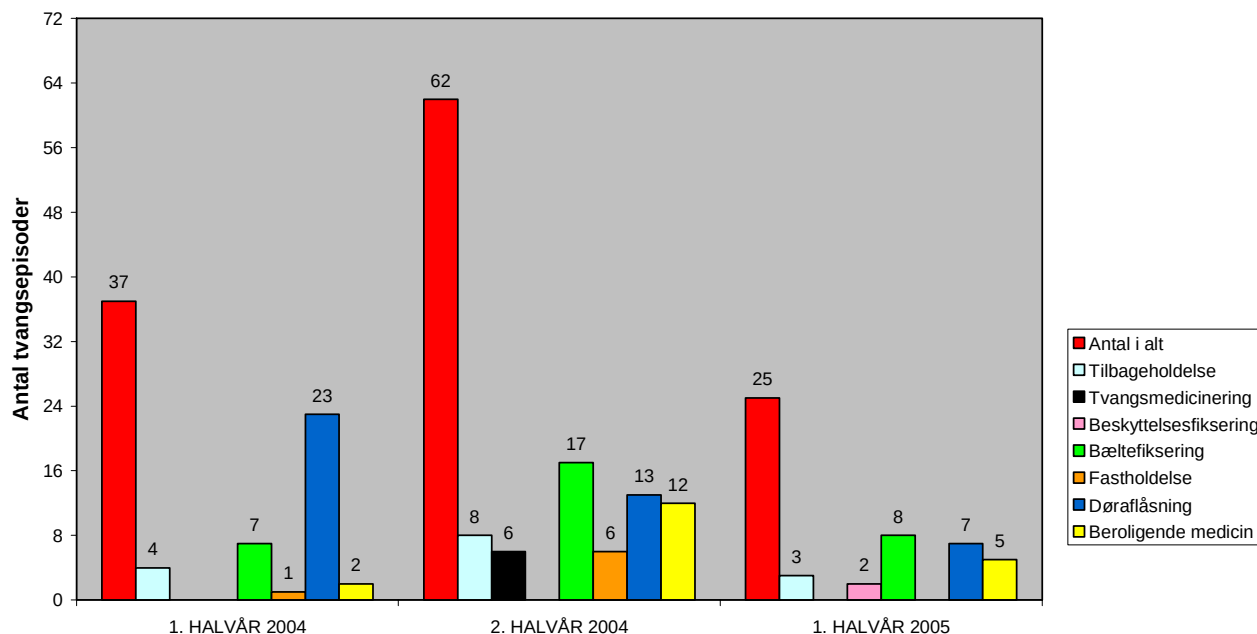
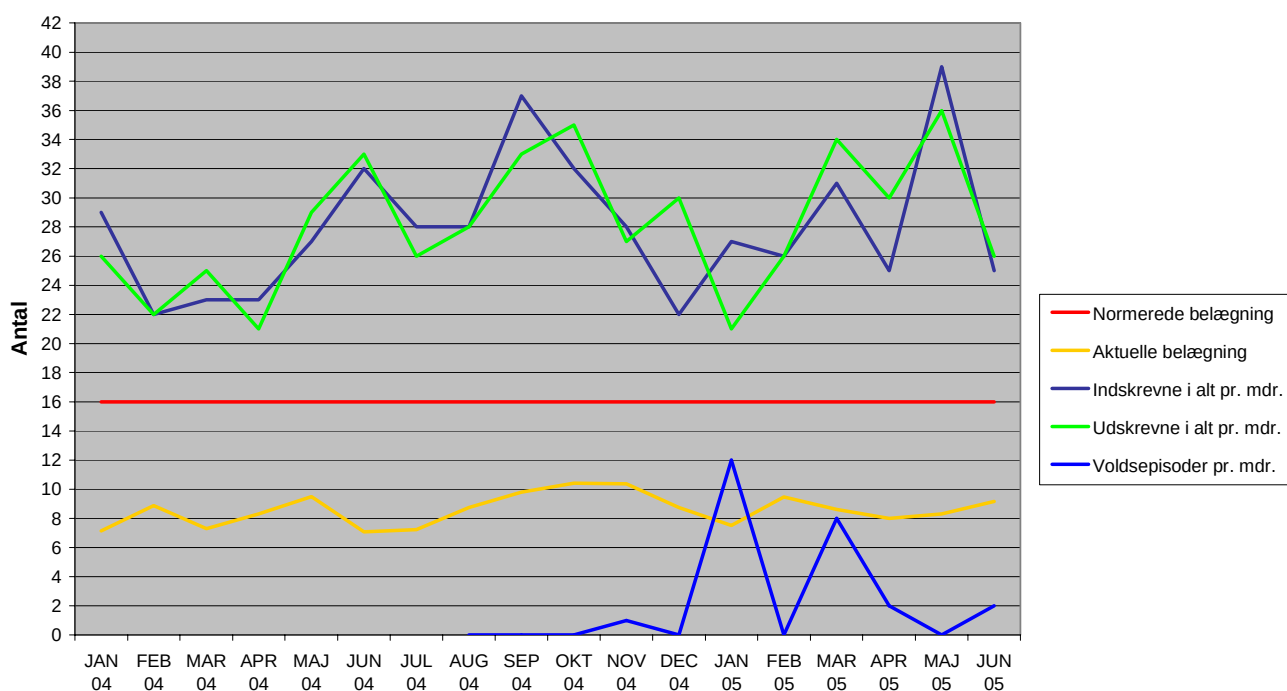


Diagram 3 er et kurvediagram over fem vigtige baggrundsdata. Som det fremgår af boksen til højre, repræsenterer de fem kurver henholdsvis den gennemsnitlige dagsbelægning og dagsnormering, det totale antal indlagte og udskrevne patienter pr. måned samt antallet af voldsepisoder pr. måned. Y-aksen angiver antallet

(hvad end det være sig dage, patienter eller voldsepisoder) og x-aksen angiver månederne. Eventuelt manglende variabler og 'huller' i kurverne er udtryk for manglende data. Dette problem gør sig især gældende for variabelen 'voldsepisoder'.

Søjlediagram 3

Kurvediagram over sengeafsnittets baggrundsdata



4. Tabel 1-4

Tabellerne i dette afsnit er halvårsopgørelser over den tvang, der har fundet sted. De giver et overblik over, om der er sket ændringer over tid, således at teamene kan måle i hvor høj grad, de har nået de lokale målsætninger. Man kan f.eks. aflæse, om der har været færre registreringer af en bestemt tvangsform indenfor det sidste halve år af projektperioden, sammenlignet med halvåret inden projektet gik i gang. Alle syv tvangsformer præsenteres. Sengeafsnit, der har haft tvangsformer med nul observationer i hele måleperioden, vises dog ikke.

Tabel 1 og 3 viser de fire tvangstyper, der er målelige i antal, varighed og gennemsnitlig varighed. Det omhandler tilbageholdelse, tvangsmedicin, bæltefiksering og døraflåsning.

Tabel 2 og 4 viser de tre tvangstyper, der kun er mulige at måle i antal. Det omhandler beroligende medicin, fastholdelse og beskyttelsesfiksering. Alle tabeller har en total for hver tvangstype.

Opgørelserne i tabel 1 og 2 relaterer sig til antallet af tvangsepisoder, medens opgørelserne i tabel 3 og 4 relaterer sig til antallet af patienter, der har fået tvang.

Tabel 1. Antal samt sum og gns. af varighed af tvang pr. halvår

Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	30	3	61
	Sum	584	47	2082
	Gns.	19	16	34
2. HALVÅR 2004	Antal	46	5	37
	Sum	613	497	1150
	Gns.	13	99	31
1. HALVÅR 2005	Antal	33	2	40
	Sum	217	59	783
	Gns.	7	30	20
Total	Antal	109	10	138
	Sum	1414	603	4016
	Gns.	13	60	29

Tabel 1 ovenfor viser *antallet* (antal) af tvangs-episoder, den summerede *varighed* (sum) af tvangen og en tvangsepisodes *gennemsnitlige varighed* (gns.) i det pågældende halvår. Varigheden er opgjort i dage med undtagelse af bæltefikseringer, der er opgjort i timer. Signi-

fikante forskelle: variabelen 'tilbageholdelse' er interessant at bemærke, idet forskellene på gennemsnittene er stærkt signifikante ($P=0,001$) og måden værdierne udvikler sig på – lineari-teten – er stærkt signifikant ($p=0,000$). Tabel 2 nedenfor viser antallet af tvangsepisoder.

Tabel 2. Antal af tvangsepisoder pr. halvår

Halvår	Beroligende medicin	Fastholdelse	Beskyttelses- Fiksering
1. HALVÅR 2004	82	40	5
2. HALVÅR 2004	58	25	2
1. HALVÅR 2005	48	37	1
Total	188	102	8

Tabel 3. Antal patienter samt sum og gns. af varighed af tvang pr. patient pr. halvår

Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	30	3	43
	Sum	584	47	2082
	Gns.	19	16	48
2. HALVÅR 2004	Antal	43	2	30
	Sum	613	497	1150
	Gns.	14	249	38
1. HALVÅR 2005	Antal	33	2	30
	Sum	217	59	783
	Gns.	7	30	26
Total	Antal	106	7	103
	Sum	1414	603	4016
	Gns.	13	86	39

Tabel 3 på forrige side viser *antallet* (antal) af patienter, der har været udsat for tvang. Dernæst viser tabellen den summerede *varighed* (sum) af den tvang, patienterne har haft, hvilket vil være identisk med 'sum' i tabel 1. Til slut viser tabellen, hvor mange timers / dages tvang en patient har haft i gennemsnit, dvs. den *gennemsnitlige varighed* (gns.) pr. patient der har

været udsat for tvang. Varigheden er opgjort i dage med undtagelse af bæltefikseringer, der er opgjort i timer. Signifikante forskelle: variabelen 'tilbageholdelse' er interessant at bemærke, idet forskellene på gennemsnittene er stærkt signifikante ($P=0,001$) Tabel 4 nedenfor viser antallet af patienter, der har været udsat for tvang.

Tabel 4. Antal patienter udsat for tvang pr. halvår

Halvår	Beroligende medicin	Fastholdelse	Beskyttelses-Fiksering
1. HALVÅR 2004	39	31	5
2. HALVÅR 2004	28	17	2
1. HALVÅR 2005	33	22	1
Total	100	70	8

5. Diagram type 4-7 (Run-diagrammer)

I det følgende præsenteres fire forskellige typer af run-diagrammer. For hver diagram type forefindes flere forskellige run-diagrammer, én for hver af de tvangsformer der lever op til kriterierne for at blive vist (se afsnit 1). I overskriften angives det, hvilken type tvang run-diagrammet vedrører. I run-diagrammerne angives *antallet* ud af Y akse – henholdsvis antal tvangsepisoder og antal timer eller dage – afhængig af diagram typen. *Månederne* angives ud af x-aksen.

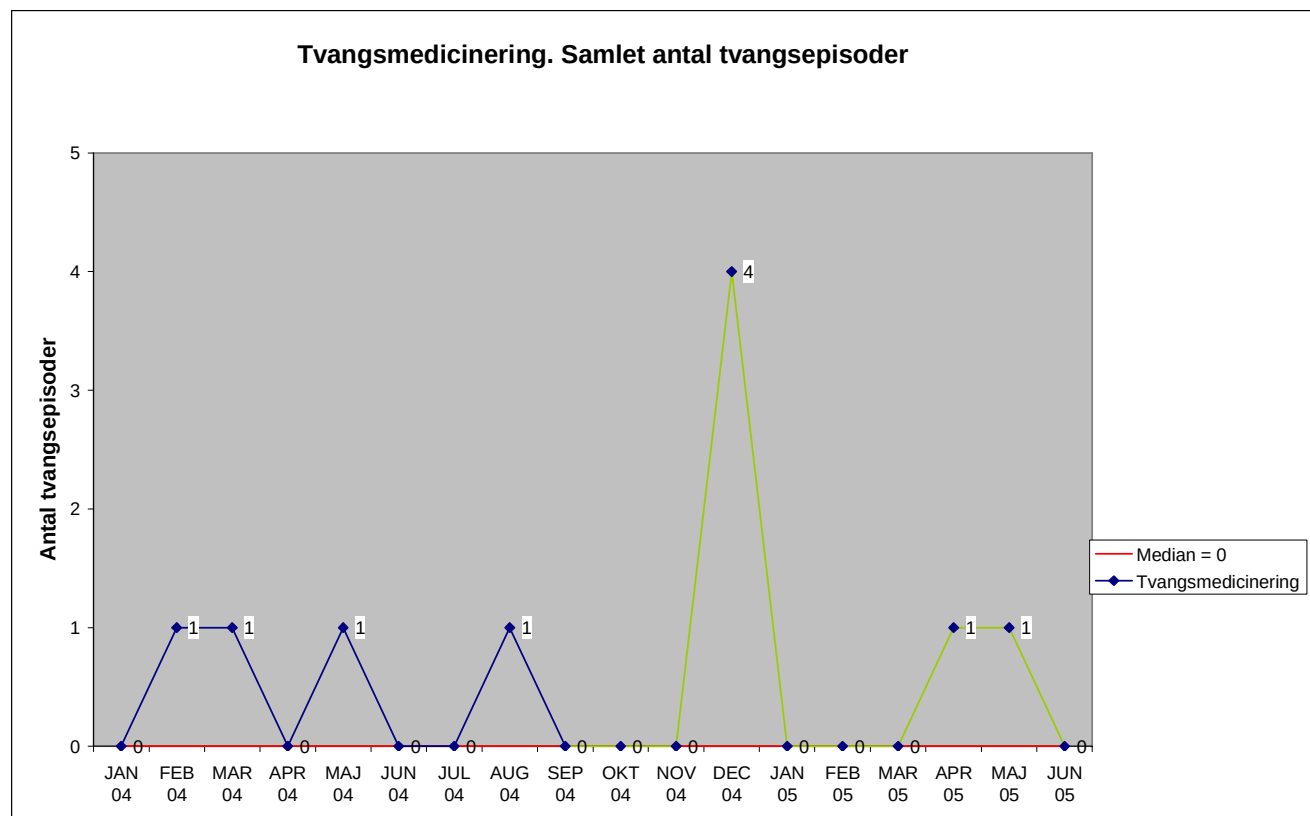
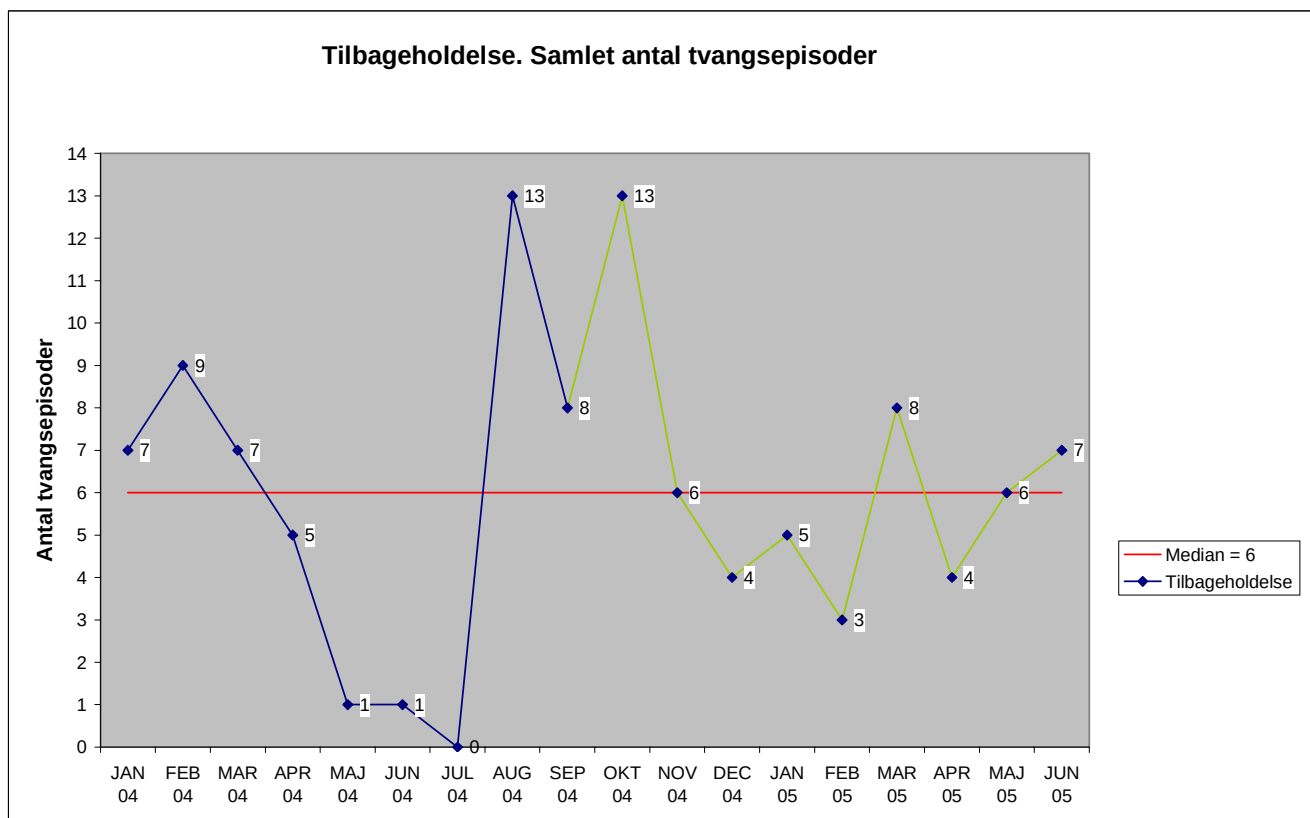
For hver tvangstype viser kurven henholdsvis antallet af tvangsepisoder (diagramtype 4) varigheden af tvangsepisoderne (diagramtype 5), en tvangsepisodes gennemsnitlige varighed (diagramtype 6) og den gennemsnitlige varighed af tvang pr. patient (diagramtype 7). Kurven er tofarvet. Den blå farve angiver perioden 1. januar 2004 – 31. august 2004 svarende til perioden, før Det nationale kvalitetsprojekt blev sat i gang – også kaldet baseline perioden. Den grønne farve angiver projektperioden 1. september 2004 – 30. juni 2005. Dette gør det lettere at identificere, om der er sammenfald mellem nogle specielle variationer og projekt-

perioden. Men bemærk, at man skal foretage run-testene på *hele* måleperioden / *hele* kurven. I en label placeret ud for hvert målepunkt i kurven angives det specifikke antal for den pågældende måned (henholdsvis antal tvangsepisoder og antal timer eller dage – afhængig af diagram typen).

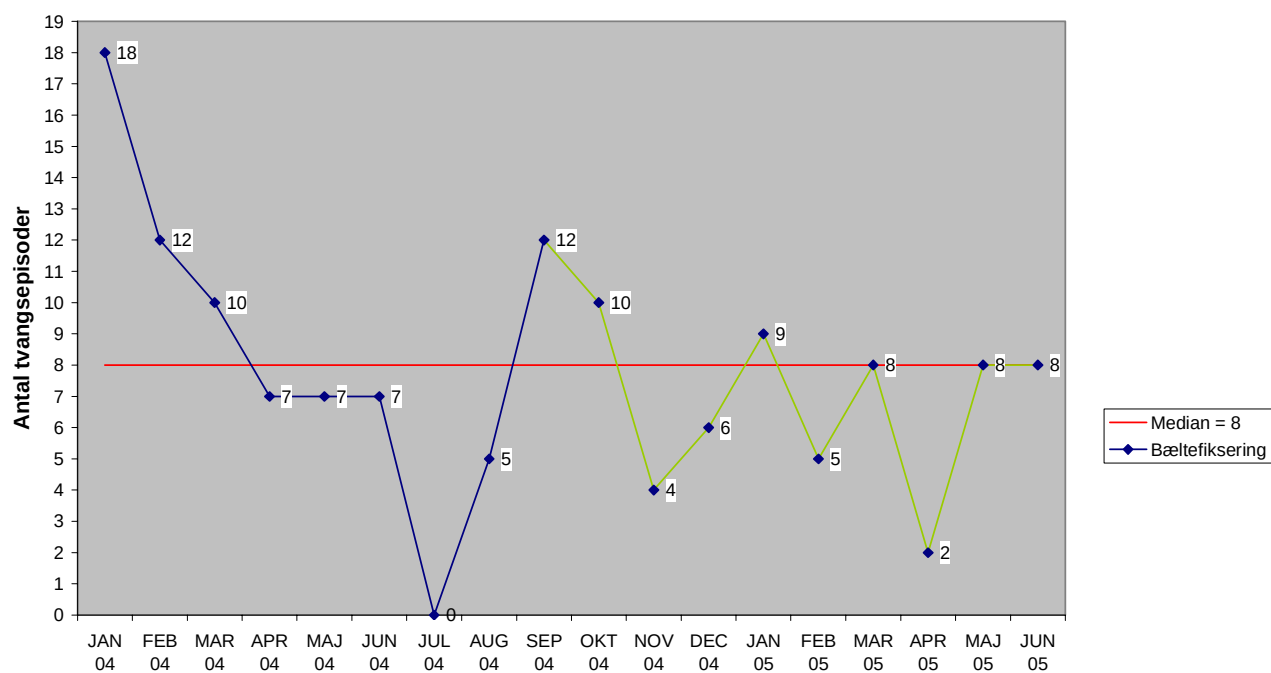
Medianen for måleperioden er vist med en rød linie. I diagramtype 4 og 5 er medianen udregnet som medianen af summerne for de 18 måneder, inklusive måneder med nul tvangsepisoder eller nul varighed. I diagramtype 6 og 7 er medianen udregnet som medianen af summerne for de måneder, der har været tvang, dvs. eksklusive måneder med nul tvangsepisoder eller nul varighed. I diagramtype 6 og 7 behandles gennemsnitsværdier, og som det blev gennemgået i afsnit 2, er det principielt ikke meningsfuldt at tage et gennemsnit af ingenting, hvorfor det heller ikke er meningsfuldt at tage medianen af gennemsnitsværdier der repræsenterer 'ingen ting'.

Man får det bedste indblik i disse data ved at gennemgå de forskellige diagrammer på én tvangstype af gangen.

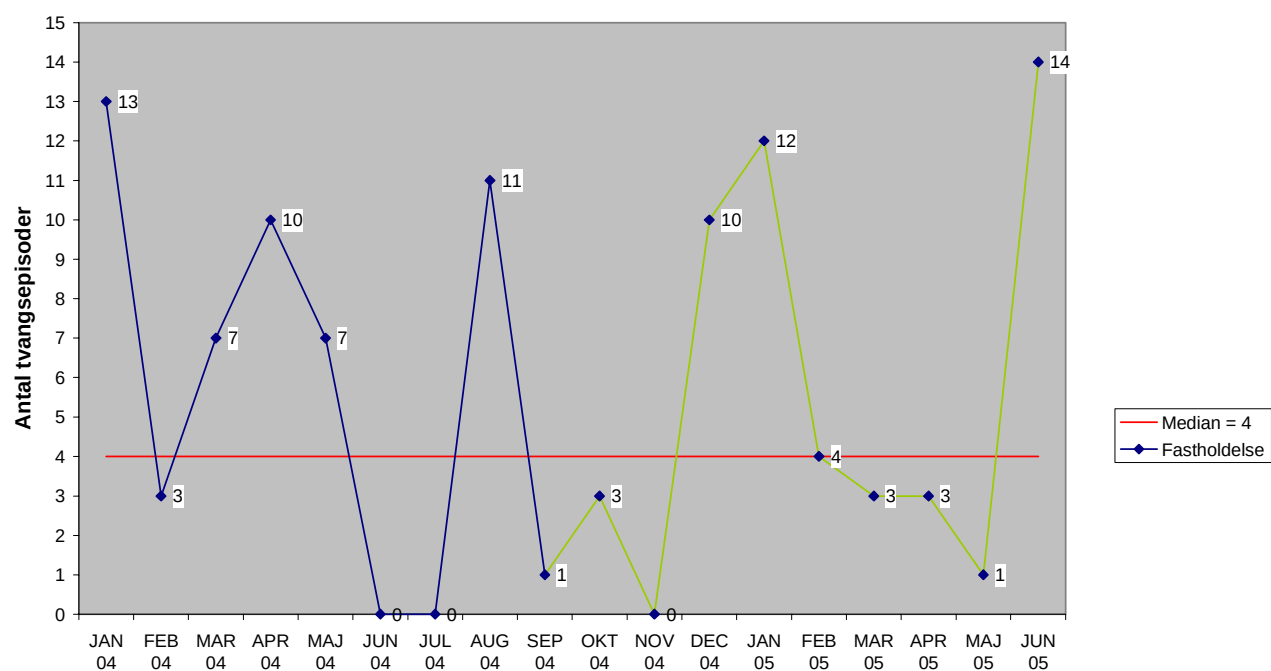
Diagramtype 4: Fem forskellige run-diagrammer over antallet af tvangsepisoder



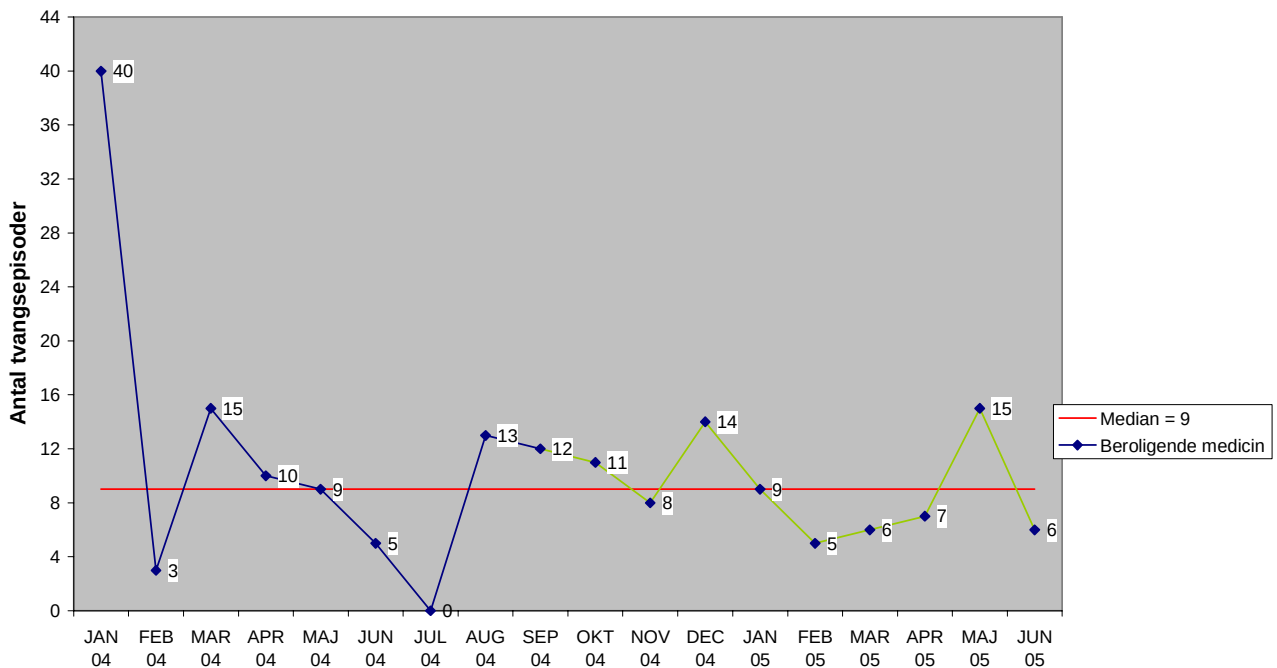
Bæltefiksering. Samlet antal tvangsepisoder



Fastholdelse. Samlet antal tvangsepisoder

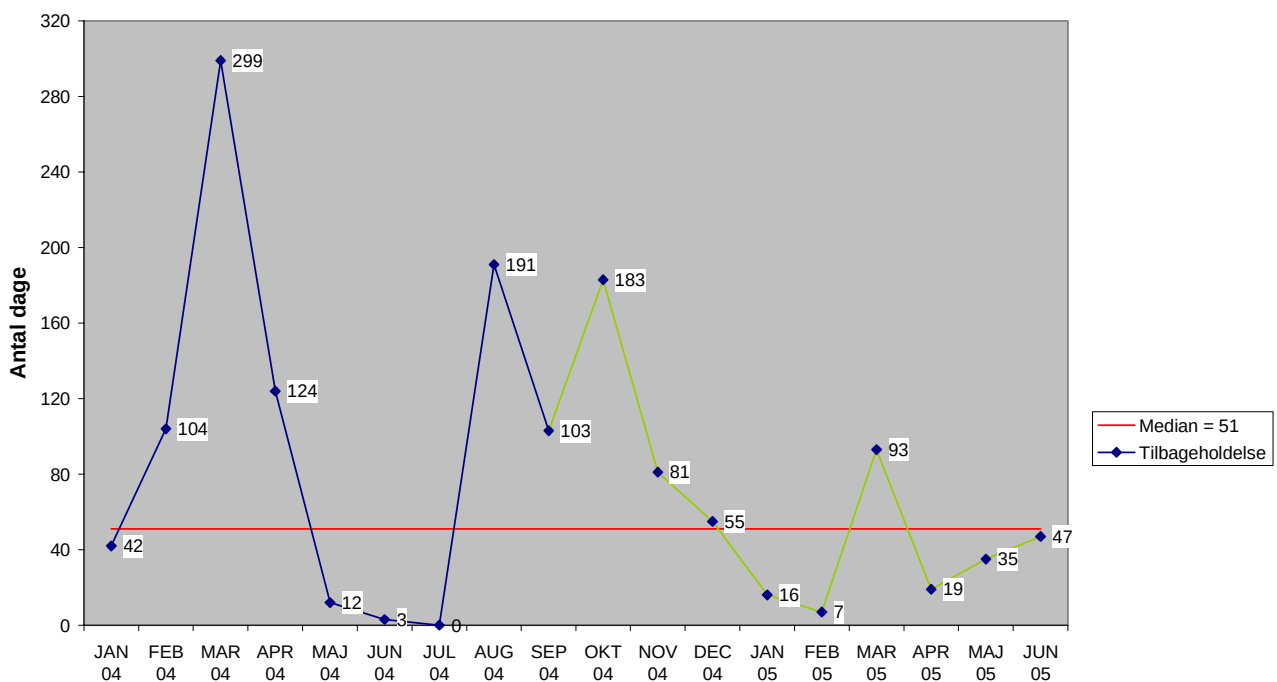


Beroligende medicin. Samlet antal tvangsepisoder

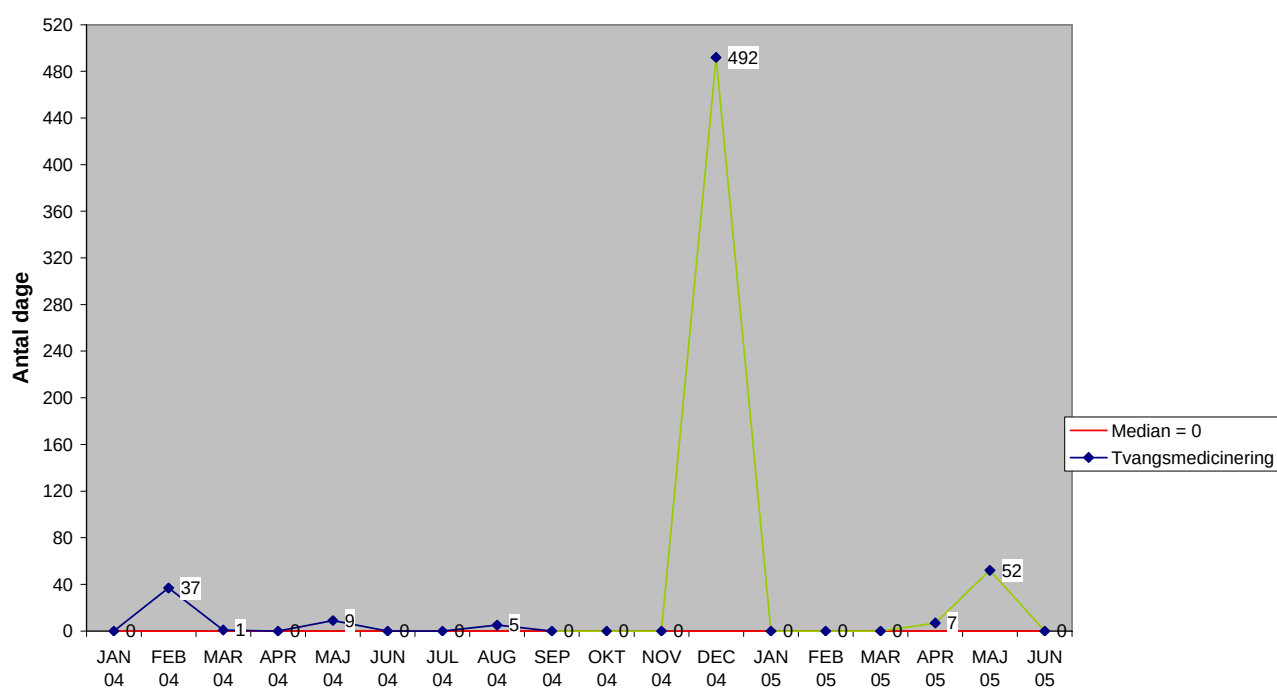


Diagramtype 5: Tre forskellige run-diagrammer over varigheden af tvangsepisoder

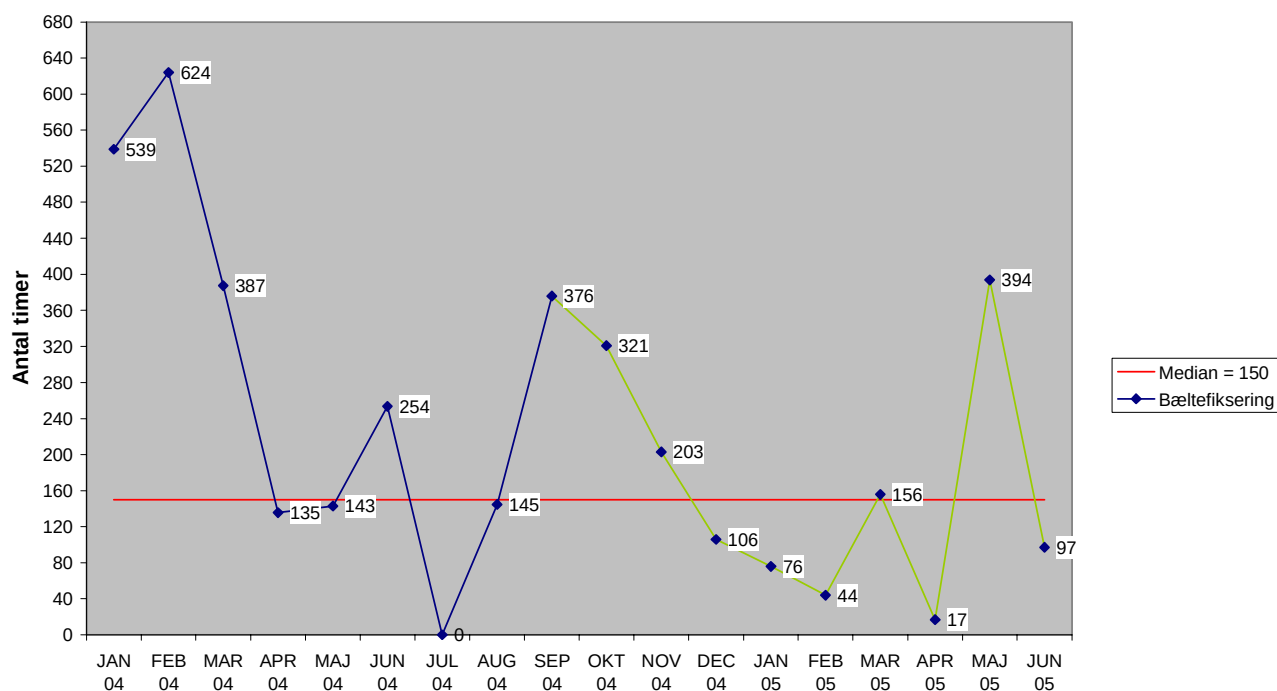
Tilbageholdelse. Samlet varighed



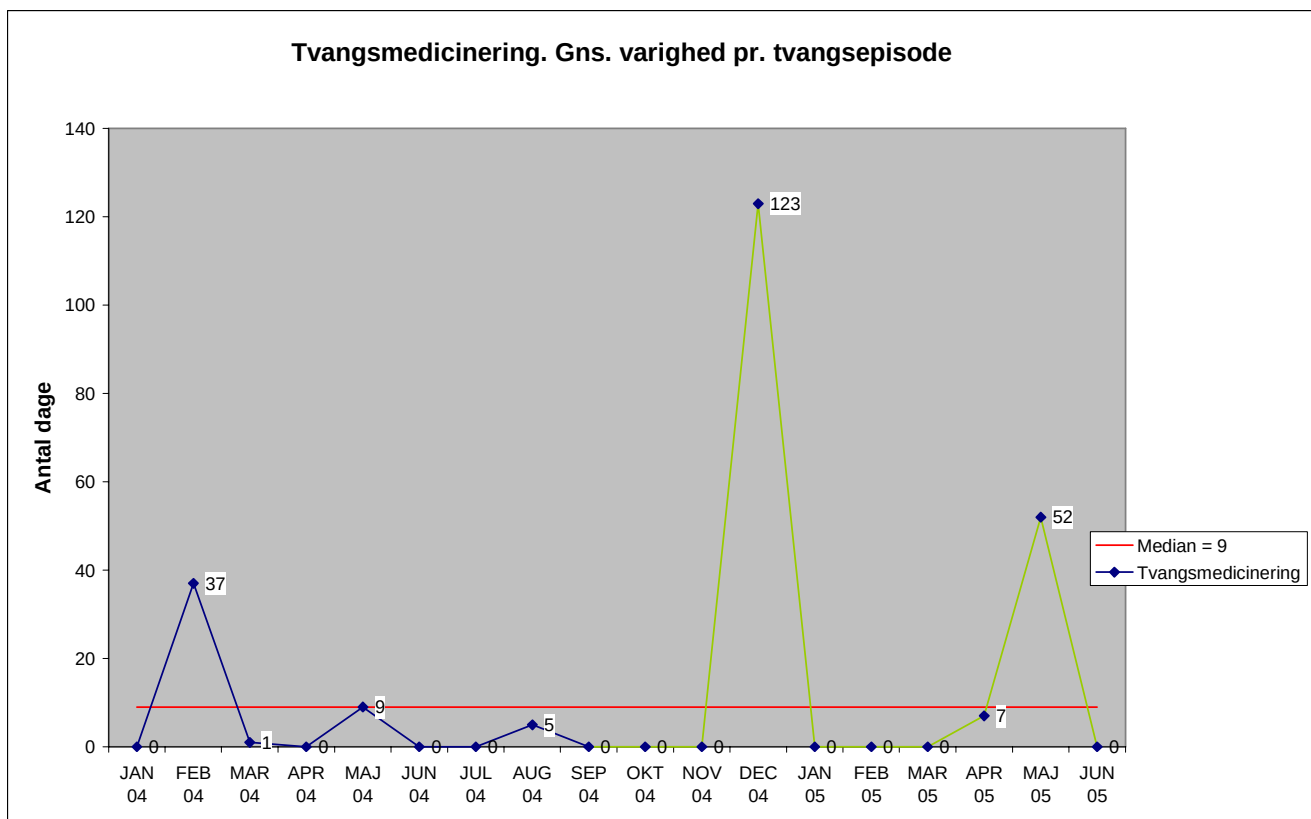
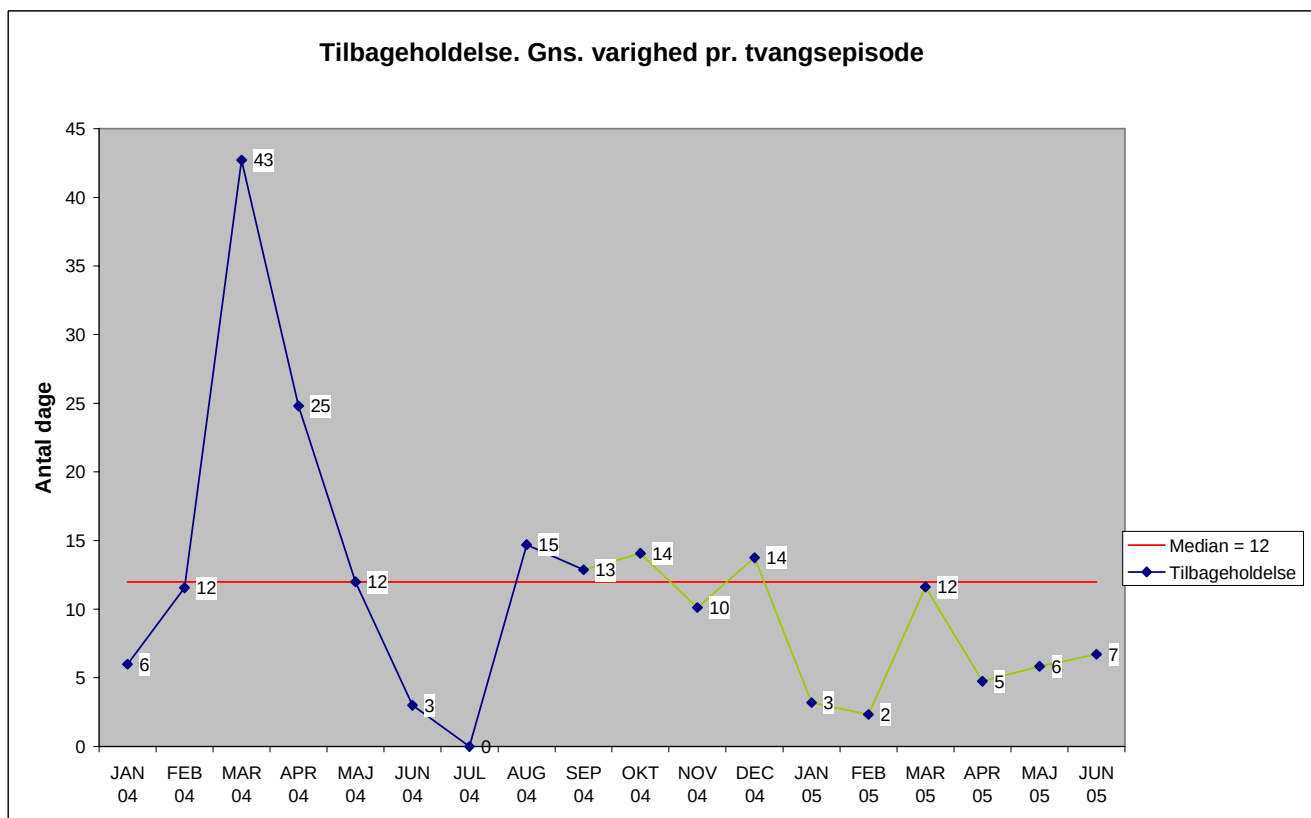
Tvangsmedicinering. Samlet varighed

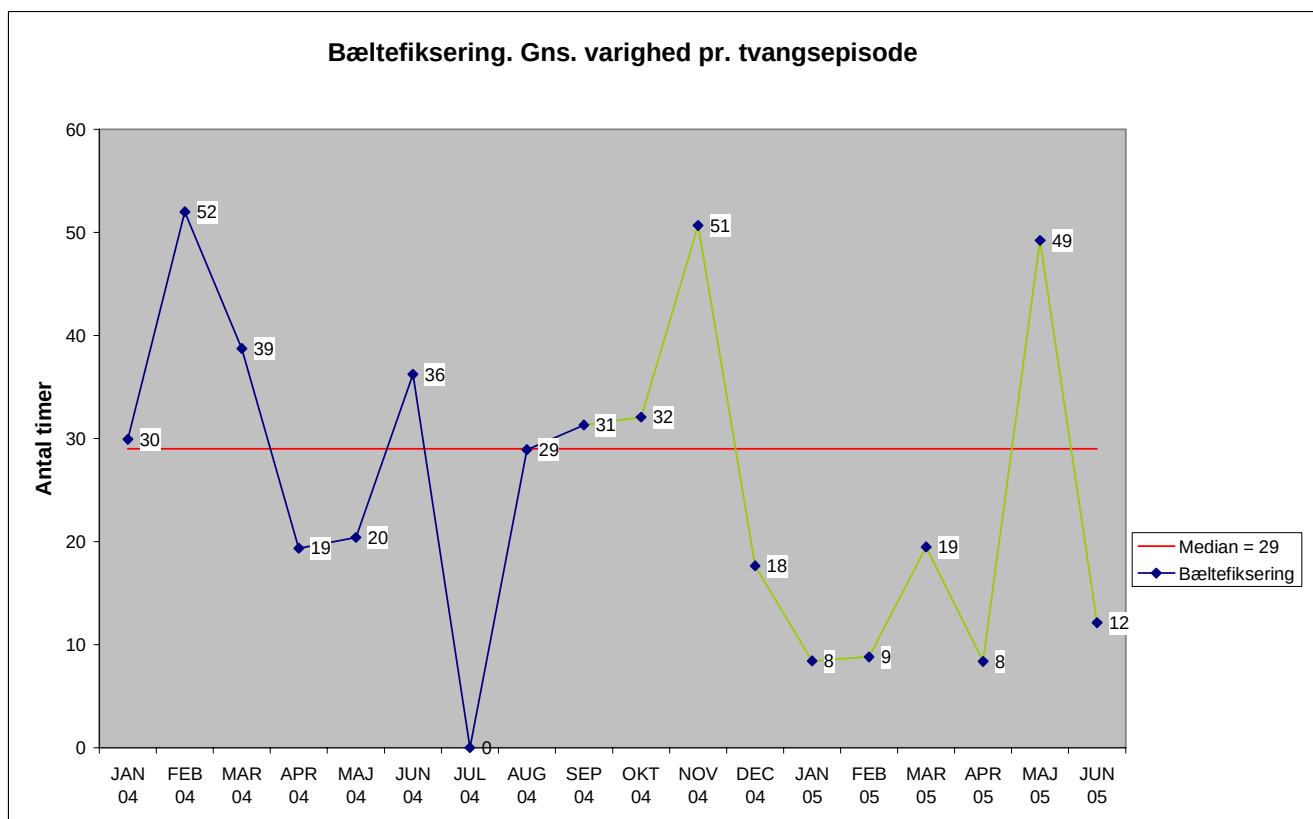


Bæltefiksering. Samlet varighed

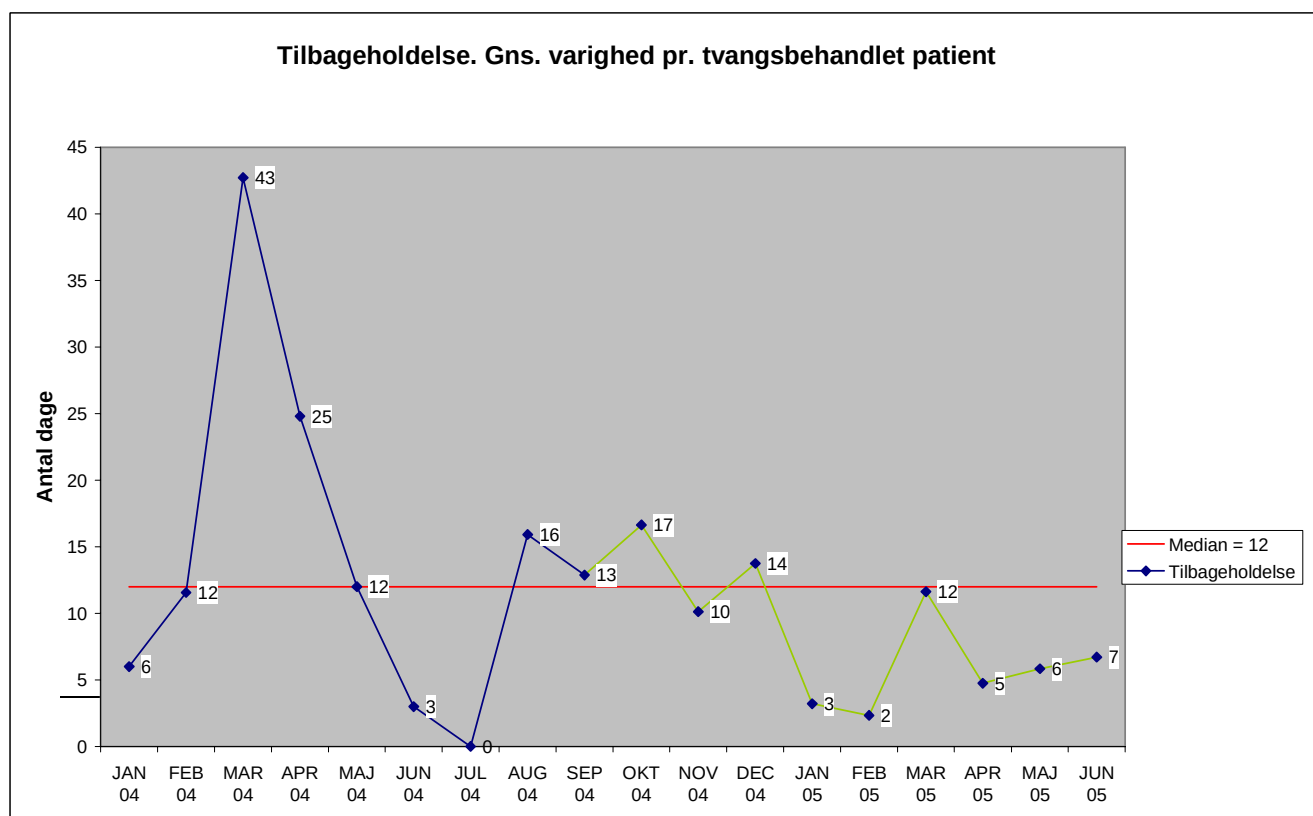


Diagramtype 6: Tre forskellige run-diagrammer over en tvangsepisodes gennemsnitlige varighed



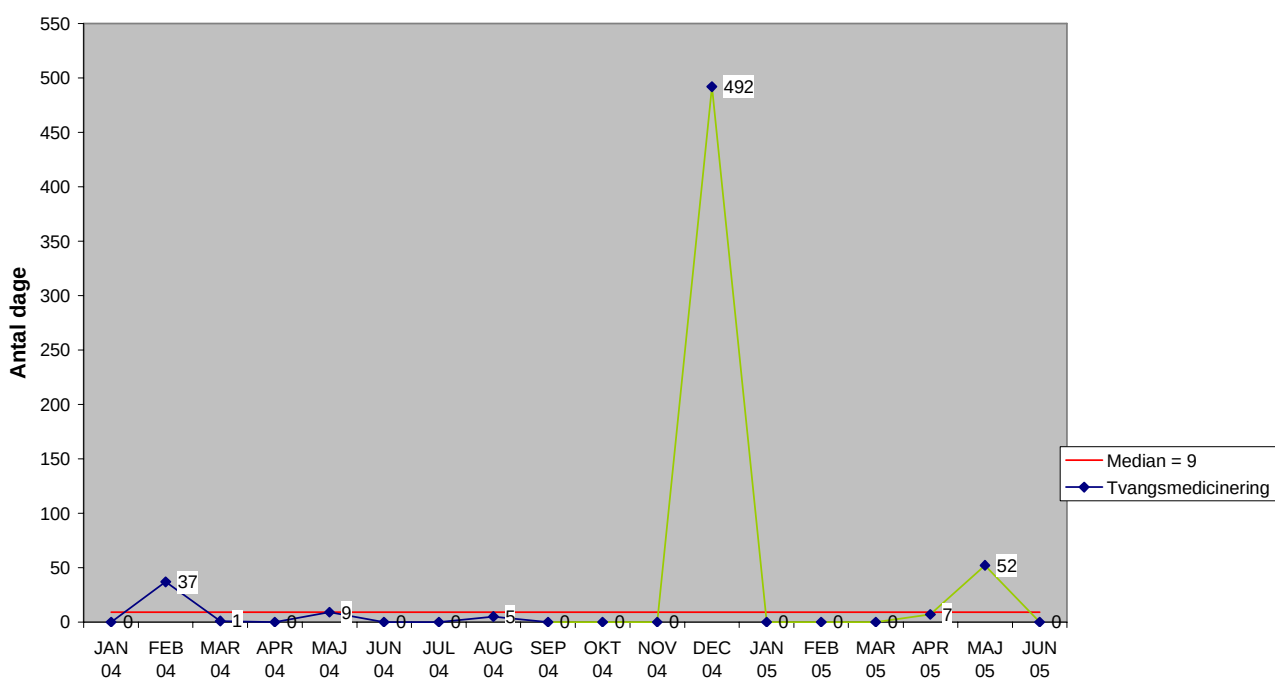


Diagramtype 7: Tre forskellige run-diagrammer over den gennemsnitlige varighed af tvang pr. patient der har været udsat for tvang¹

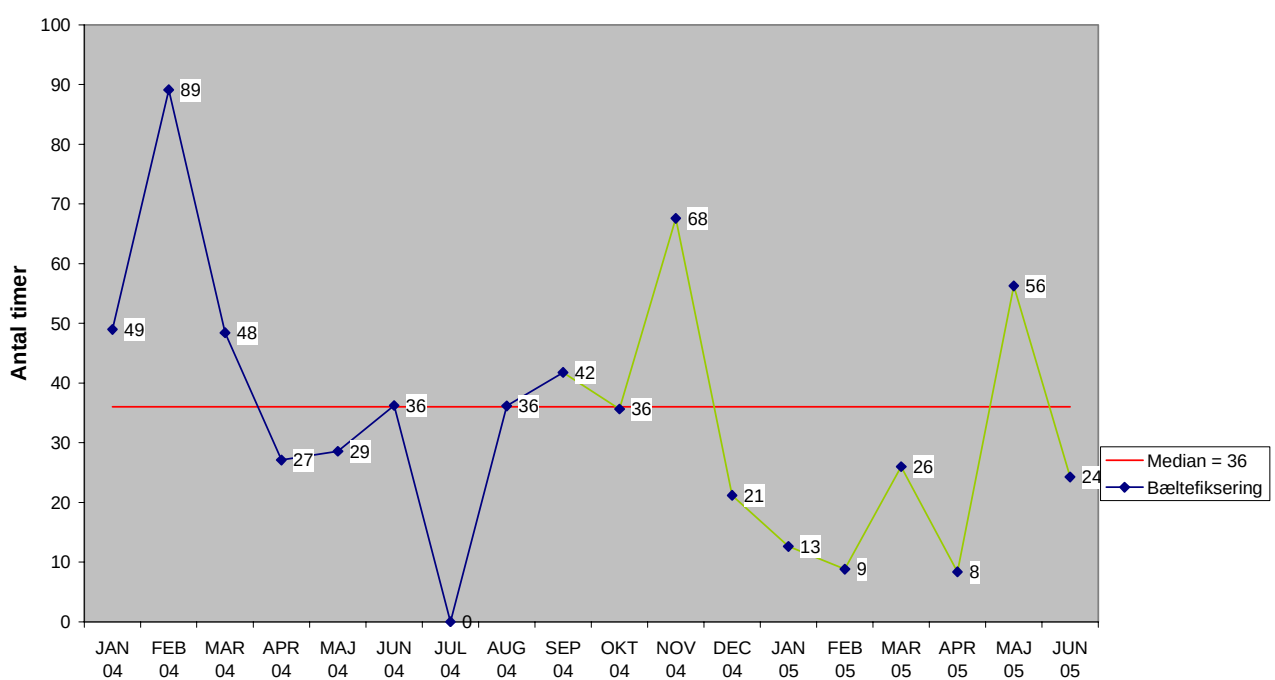


¹ I diagramtitlerne er der gjort brug af udtrykket 'tvangsbehandlede patienter'. Det er misvisende. Diagrammerne angår patienter, der har været udsat for en eller anden form for tvangsforanstaltning og ikke kun patienter, der er blevet tvangsbehandlet.

Tvangsmedicinering. Gns. varighed pr. tvangsbehandlet patient



Bæltefiksering. Gns. varighed pr. tvangsbehandlet patient



6. Undersøgelsens baggrund og datagrundlag

Undersøgelsens afgrænsning - overordnet

Denne undersøgelse omfatter de registreringer, der har været af tvangsepisoder, der er *påbegyndt og afsluttet* inden for måleperioden: 1. januar 2004 – 30. juni 2005. Tvangsforløb, der har en påbegyndelsesdato eller en dato for ophør, der ligger uden for denne periode, vil være 'usynlige'.

Undersøgelsen omfatter de tvangsepisoder, der er foregået på de afsnit, som har deltaget i Det nationale kvalitetsprojekt. Beroende på et velkvalificeret og grundigt skøn har vi bortfiltreret tvangsepisoder, hvor en del af tvangen synes at være blevet udført på andre sengeafsnit, end de deltagende.

Mangelfuld udfyldelse af tvangsprotokoller og manglende indsendelse af tvangsprotokoller

En del data er sorteret fra pga. fejlkrydser og manglende datoer eller klokkeslæt. Det er svært at gøre op præcis hvor meget, det drejer sig om, og en forsøgsvis opgørelse laves først til den endelige rapport². Men dette er vigtigt at holde sig for øje, fordi disse manglende data kommer til at fremstå som manglende tvang i diagrammerne og tabellerne.

Det samme gælder, hvor vi ikke har modtaget alle indberetningsskemaerne om tvang fra teamene. Manglende data fremstår som mindre tvang – i såvel antal som varighed – og er derfor potentielt en alvorlig fejkilde. Man kan dog formode, at et sengeafsnit er nogenlunde lige godt eller dårligt til at udfylde og indsende tvangsprotokoller *hen over året* – hvorfor det ikke burde forårsage store udsving. Men lad os sige, at et sengeafsnit med tiden er blevet bedre til at udfylde indberetningsskemaerne korrekt og er blevet bedre til at indsende dem til os, ja så vil det faktisk tage sig ud som om, at tvangen har været stigende i måleperioden – for vi har jo så registreret flere tvangsepisoder. Og det omvendte scenarium skal man naturligvis også holde sig in mente, hvor et tilsyneladende fald i

tvangen kan skyldes dårligere og dårligere afrapportering til os.

Undersøgelsens måleparametre

Vold

Vi måler hvor meget vold, der har været på sengeafsnittene. Volden er opgjort på meget forskellig vis, hvorfor det ville være urimeligt at sammenligne sengeafsnittenes voldsopgørelser – og det er heller ikke meningen med slutrapporterne. Pointen er at give mulighed for at se, om der er sket ændringer over tid på ét sengeafsnit, og det kan man gøre, så længe rapporteringsformen har været den samme over tid på det pågældende sengeafsnit.

Mange sengeafsnit har benyttet skemaet 'Interne skadesrapporter' som udgangspunkt for at rapportere volden. På nogle sengeafsnit tæller det for en voldsepisode hver gang, der er udfyldt en intern skadesrapport på hændelsen – uanset om den har været årsag til sygefravær, om den er blevet anmeldt, eller det vedrørte vold eller blot trusler om vold. På andre afsnit inkluderer en voldsepisode kun voldsepisoder, der er anmeldt og har medført mindst én sygedag for et personale. Atter andre steder bygger voldsregistreringen slet ikke på de interne skadesrapporter men derimod på afsnits-specifikke registreringsformer. Nogle sengeafsnit har tilsendt os kategoriserede voldstyper (f.eks. vold versus trusler om vold) og i så tilfælde har vi slået alle kategorier sammen, således at enhver form for voldsrelateret handling tæller for en voldsepisode.

Belægning og normering

Belægningen er udtryk for antallet af sengedøgn pr. måned. Sengedøgn er en beregning af hvor mange senge, der har været optaget af en patient i et døgn opgjort pr. måned. Belægningen pr. dag er antallet af sengedøgn pr. måned divideret med antallet af dage i den pågældende måned. De belægningstal, vi benytter, er gjort op på to forskellige måder – overordnet set – men denne forskel har tilsyneladende kun ringe indflydelse på det tal, man får ud i den anden ende. Den ene opgørelsesform kaldes

² For en samlet opgørelse over procent valide cases i undersøgelsen: se bilag 1 til kap. 6.1

'sengedage'. Sengedagene optælles på det geografiske afsnit, som patienten opholder sig på ved døgnets afslutning eller på udskrivningstidspunktet, og overligger (dvs. indlagte på den sidste dag i måneden) inkluderes. Den anden opgørelsesform kaldes 'ved dagens slutning' eller 'indl. slut' og er beregnet ved at sammentælle hvor mange senge, der er optaget af patienter på et givet tidspunkt om aftenen – og summere dette til en månedsopgørelse.

Ifølge den information, vi har fået fra sengeafsnittene, gælder det for begge opgørelsesformer, at en patient først tæller med i opgørelsen dagen efter, at vedkommende er blevet indlagt – medmindre vedkommende har været indlagt mindre end 24 timer, da medtælles patientens første indlæggelsesdag. Nogle steder medregnes patienters orlov fra sengeafsnittet, andre steder ikke. Normeringen er udtryk for, hvor mange sengepladser (svarende til senge-døgn) et givet sengeafsnit har til rådighed pr. dag.

Indlagte og udskrevne patienter

Indlagte og udskrevne patienter er udtryk for det totale antal patienter, der henholdsvis er indgået til og udgået fra sengeafsnittet på en måned. Det inkluderer såvel dem, der er flyttet til eller fra andre afsnit, som dem, der er indskrevet eller udskrevet eller er afgået ved døden, eller som på anden vis er kommet ind eller ud af sengeafsnittet.

Syv former for tvang

Denne evaluering har blandt andre ting til formål at afdække, hvilken effekt Det nationale kvalitetsprojekt har haft på anvendelsen af tvang i psykiatrien – om anvendelsen af tvang er blevet nedbragt eller ej i løbet af projektperioden. Som indikator for det har vi inddraget syv forskellige parametre for tvang: tvangstilbageholdelse, tvangsmedicinering, bæltefiksering, døraflåsning, beroligende medicin, fastholdelse og beskyttelsesfiksering af psykiatriske patienter.

Beskrivelse af de syv tvangsparametre der benyttes i denne undersøgelse

- Data om tvangstilbageholdelser (skema 1) inkluderer såvel episoder, der er startet som tvangsindlæggelser, som episoder der er startet som tvangstilbageholdelser. De varigheder, der er beregnet i den forbindelse, er lavet på 'dato for iværksættelse' og 'dato for ophør'.
- Varighedsberegningerne på tvangsmedicinering (skema 2) er lavet på 'dato for beslutning om iværksættelse' og 'dato for beslutning om ophør'. Varigheden udregnes i antal dage og ikke i antal medicinindgifter.
- Bæltefiksering, døraflåsning, beroligende medicin og fastholdelse er alle fra skema 3. På de to første beregnes varigheden ud fra 'påbegyndt dato' og 'kl.' samt 'Ophørt dato' og 'kl.'. På de to næste tvangsformer beregnes der ikke varighed (men alene antal episoder). Dette, fordi den varighed, der er noteret i skemaet i forhold til beroligende medicin, angår det korte tidsrum det tager at give medicinen – hvilket er uinteressant – den angår ikke varigheden af effekten. Ligeledes varer en fastholdelse så kort tid, at det ikke er interessant at beregne varighed på.
- Beskyttelsesfiksering (skema 4) inkluderer alene episoder, hvor der er givet tilladelse til, at en patient er blevet lagt i 'stofbælte eller lignende'. Her foretager vi ingen varighedsberegning, fordi de i skemaet noterede datoer alene angiver det tidsrum, hvor det har været *tilladt* at benytte stofbælte – ikke tidsrummet for, hvornår stofbæltet faktisk blev benyttet. Dette faktum skal man også være opmærksom på, når man tolker opgørelsen for antal beskyttelsesfikseringer i

denne undersøgelse. Én (tilladelse til) 'beskyttelsesfiksering' kan altså lige så vel betyde, at der har fundet 30 beskyttelsesfikseringer sted eller slet ingen.

En nærmere beskrivelse af de forskellige parametre forefindes i 'Vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller' udgivet af Sundhedsstyrelsen.

7. Statistiske beregninger (Signifikans, run-diagram-analyse og bias)

Signifikante forskelle?

På baggrund af tabellerne 1-4 kan man beregne, om de (gennemsnitlige) forskelle, der findes over tid, er signifikante. Såfremt der er signifikante forskelle, er dette noteret i tekstafnittet under tabellen. Men i de tilfælde, hvor en forskel ikke er signifikant, kan forskellen alligevel have relevans. Forklaring følger nedenfor.

Til forskel fra de fleste andre undersøgelser er dette *ikke* en stikprøveundersøgelse – hvor man indsamler data fra en lille delmængde af den population, man gerne vil vide noget om – men derimod en *populationsundersøgelse*, hvor man indsamler data fra *alle* i den population, man gerne vil undersøge.

Udregning af signifikans benytter man normalt til at belyse, om en forskel eller en statistisk sammenhæng fundet i en stikprøve kan generaliseres til den population, som stikprøven er udtrukket fra. Denne undersøgelse er imidlertid baseret på hele populationen, og signifikansbegrebet inddrages for at give en indikation på, om en forskel antages at skyldes tilfældig variation, eller om der er en systematisk sammenhæng. I denne beregning tages tillige højde for antallet af observationer i de enkelte grupper, og man undgår derved at konkludere på for spinkelt grundlag.

Hvis en forskel karakteriseres som signifikant i en af tabellerne, betyder det, at man med en sikkerhed på 95% ($p < 0,05$) kan sige, at sammenhængen kunne være fundet i enhver gruppe psykiatriske patienter udsat for samme

vilkår – uafhængig af den konkrete patients individuelle karakteristika. Signifikanstesten viser sandsynligheden for, at den alternative hypotese, 'at der er en sammenhæng', er sand, på baggrund af en nulhypotese der postulerer, at 'der ingen forskel er i populationen'. Såfremt en forskel ikke er signifikant, har forskellen alligevel en vis relevans, fordi undersøgelsen bygger på hele populationen, og således vil den registrerede forskel altid være til stede i den konkrete population. Dog er der, som allerede nævnt, en række forbehold der er værd at notere sig (se også nedenfor).

Bias

Eftersom denne undersøgelse omfatter de tvangsepisoder, der er påbegyndt og afsluttet inden for måleperioden: 1. januar 2004 – 30. juni 2005 vil tvangsforløb, der har en påbegyndelsesdato eller en dato for ophør, der ligger uden for denne periode, være 'usynlige'. Det har den betydning, at der indgår færre registreringer af tvang i undersøgelsen hen mod undersøgelsesperiodens begyndelse og slutningen set i forhold til resten af måleperioden: tendensen vil være langsom dalende i begge ender.

Det har endvidere den betydning, at der vil være en bias: jo længere en tvangsepisode er, des større risiko er der for, at den er 'sorteret fra' i slutningen eller begyndelsen af måleperioden (fordi den slutter for sent eller starter for tidligt). Teoretisk set kan man forestille sig, at en tvangsepisode, f.eks. en tvangsmedicinering, der har stået på under hele måleperioden, bliver 'usynlig', fordi den er påbegyndt før og afsluttet efter måleperioden. Hvor det er tilfældet, vil den (manglende) tvangsepisode således udgøre en væsentlig fejlkilde, men vi formoder, at dette er en ret sjælden forseelse.

Run-diagram-analyse

Run-diagram-analysen er en anden måde at undersøge om der har været signifikante ændringer over tid. Teamene skal applicere 3 forskellige run-tests på de run-diagrammer, der anvendes i slutrapporterne for at undersøge, om

der har været nogle forandringer ('specielle variationer') på deres sengeafsnit i løbet af måleperioden.

I citaterne nedenfor forklarer Den Norske Lægeforening³, skridt for skridt, hvordan man griber run-diagram-analysen an (frit oversat fra norsk):

"Et 'run' defineres som: *et eller flere efterfølgende datapunkter på den samme side af medianen*. Når vi tæller antal runs, så skal vi *ikke* tage de punkter med som falder direkte på medianlinien. Hensigten med at identificere antallet af 'runs' er at bestemme om processen har normale eller specielle variationer. Det er vigtigt at skelne mellem de 'ufarlige' normale variationer og de mere alvorlige specielle variationer. Som hjælpemiddel kan vi bruge fire forskellige tests for at bestemme variationen.

Tre tests af run-diagrammet for at bestemme specielle variationer ('special cause')

Test 1 – hvis der er for få eller for mange 'runs' i datasættet

Tæl antallet af observationer eksklusive punkterne på medianen. Tjek i sandsynlighedstabellen for at bestemme den nedre og øvre grænse for antal runs som er tilladt som naturlig variation. Der nedre grænse for antal runs findes i kolonne 2, og den øvre findes i kolonne 3."

³ "Den norske lægeforening (2004): "Kom i gang – Kvalitetsforbedring i praksis"; Ada Schreiner (Red.): Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsudvikling, Oslo.

Når man kigger på den sandsynlighedstabel, der omtales i citatet, viser det sig, at ved atten observationer eksklusive observationer på medianen ('nyttige observationer') er den nedre grænse seks runs og den øvre grænse tretten runs. Det kan være svært at opfylde mindstekravet til punkt og prikke om, at vi skal have atten nyttige observationer, dvs. *eksklusive observationer på medianen*, for vi har jo kun atten observationer til at begynde med. Den Norske Lægeforening skriver videre:

"Test 2 – Hvis et 'run' er for langt indikerer det en ændring i processen

Hvis et run indeholder for mange datapunkter regnes dette for 'speciel' variation" [...] "Hvis vi har færre end 20 'nyttige observationer', så vil 7 eller flere datapunkter i et run indikere en speciel årsag til variationen.

Test 3 – opdage en trend

En statistisk trend kan signalere at vi har med specielle variationer at gøre. En trend defineres som: *en unaturlig lang serie af på hinanden følgende forøgelser eller formindskninger i dataene.*" [...] "Hvis vi har færre end 20 datapunkter så vil 6 eller flere på hinanden følgende datapunkter indikere en trend dvs. et niveauskifte i processen. Vær opmærksom på, at i denne test medtæller vi datapunkterne på medianen!



Gennembrudsprojekt

Team Augustenborg



Slutrapport

Team	<i>Team Augustenborg, afsnit 41 Storegade 2 6440 Augustenborg Tlf. 73 47 23 21</i>
Teammedlemmer	<i>Else Hyldig, Afdelingssygeplejerske Henriette Krogh, plejer Thomas Kristensen sygeplejerske Lis Sørensen, psykolog Lis Vig Nielsen, Sygeplejerske</i>
Beskrivelse af afsnittet	<i>Akut modtager afsnit, med mulighed for skærmning i afsnittet. Afsnittet har 18 sengepladser og er normeret med 21.0 personale</i>
Resumé af resultater	<i>Vi har ikke lavet direkte beregninger på patienttilfredshed. I forhold til nedsættelse af antal tvangsforanstaltninger, har vi opnået vores lokale mål, idet vi har nedsat antallet af tvangsepisoder med 32 % i forhold til 1.og 2. kvartal 2004.</i>

Lokal målsætning og lokale mål

Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål

Afsnit 41 vil i projekt perioden arbejde med at forbedre praksis omkring anvendelse af tvang med henblik på at reducere anvendelse af tvang, bedre den patientoplevede kvalitet af tvang, og udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang. Der er især sat fokus på at forbedre patienternes tilfredshed vedrørende aggressionsforebyggelse og selve udøvelsen af tvang. Forbedre information – kommunikation omkring tvang.

Outcomemål

Øge patienttilfredsheden i forhold til tvangsforanstaltninger med 50 % i perioden februar – juni 2005-Nedsætte antallet af tvangsepisoder med 30 % i forhold til 1.- og 2. kvartal
Øge patienttilfredsheden med forbedret information – kommunikation omkring tvangsforanstaltningen.

Procesmål:

100 % af patienter udsat for tvang, tilbydes en eftersamtale 1.dag efter tvangens ophør, og igen efter 14 dage.
100 % af alle nyindlagte patienter udfylder kontroltabsskema sammen med kontaktperson.
Ved 100 % af bæltefikseringsepisoder skal skemaet ”DEN GODE BÆLTEFIKSERING” gennemgås med impliceret personale.

Målinger

Beskriv hvordan målingerne blev gennemført

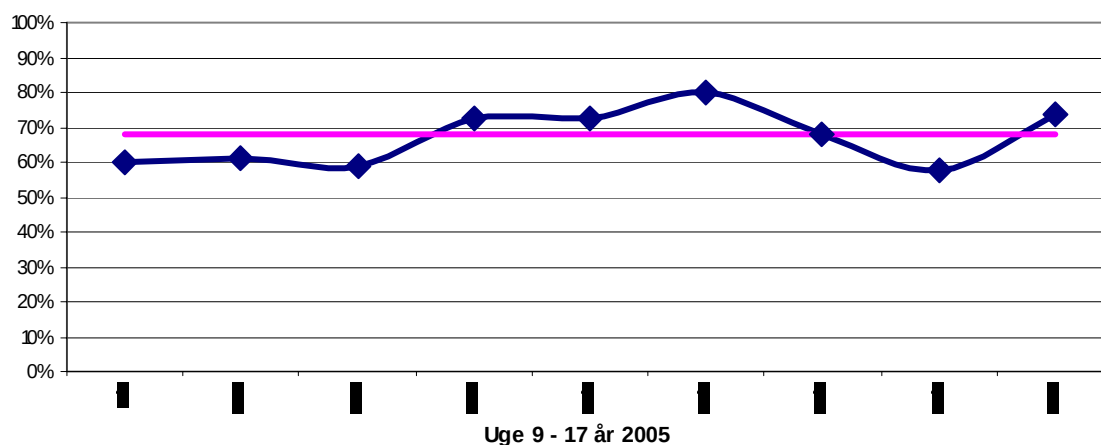
Målingerne er blevet gennemført på forskellig vis:

Data fra tvangsprotokollerne for hele 2004 er databehandlet af Det nationale sekretariat
Data omkring patienttilfredshed er blevet indsamlet via udlevering af ” Det gule spørgeskema ” og databehandlet i Det nationale sekretariat.

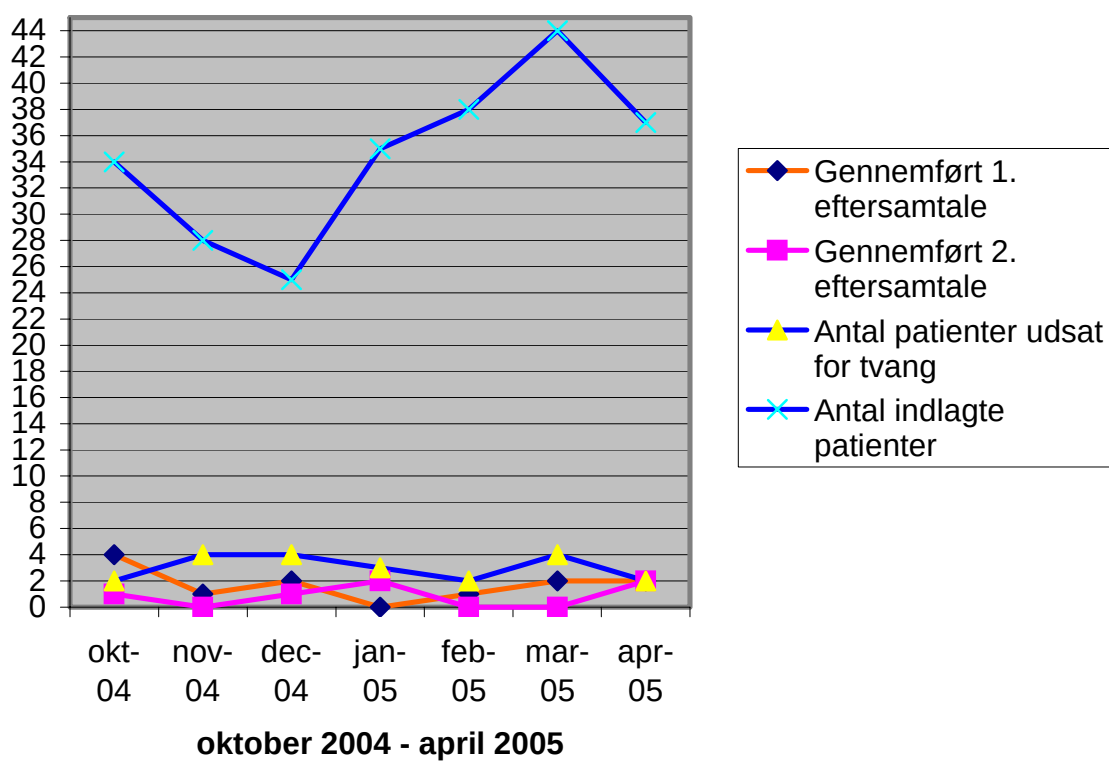
Der er månedsvis udarbejdet runcharts for dokumentation af udførte kontroltabsskemaer.

Der er månedsvis udarbejdet runcharts for dokumentation af antal patienter, der har gennemført 1. – og 2. eftersamtale efter ophør af tvang.

Andelen af patienter, hvor der er gennemgået kontroltabsskemaer.



Andelen af patienter der har været udsat for tvangsforanstaltninger



Afprøvede / testede forandringer

1. Nævn de mest succesfulde forandringstiltag der er gennemført i løbet af projektperioden, 2. Nævn de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang på afsnittet/afdelingen

Succesfulde forandringstiltag

Indlæggelsessamtale og anvendelse af kontroltabsskema.
Eftersamtaler for patienter udsat for tvang.

Forandringstiltag med størst effekt på kvaliteten af håndtering af tvang

Et af de forandringstiltag, der har haft størst indflydelse på vores afsnit er indførelse af eftersamtaler for patienter, der har været udsat for tvangsforanstaltninger. Vi har oplevet, at eftersamtalerne har haft stor betydning, både for patient og personale. Eftersamtalerne giver mulighed for at der bliver talt om, hvad der skete forud for tvangsforanstaltningen, under selve tvangsforanstaltningen og hvorvidt en tvangsforanstaltning fremover kan undgås i lignende situationer. Eftersamtalen har bidraget til større fokus på forebyggelse af tvang fra personalets side.

At patienten får gennemarbejdet og drøftet oplevelserne omkring tvangssituationen, der giver en indsigt i egen sygdom og undgår evt. en flovhed der ofte opstår over egne reaktioner i situationen. Samtidig giver det personalet en indsigt i patientens oplevelser under forløbet, som kan være med til fremover at højne kvaliteten i forbindelse med tvangsforanstaltninger, og synliggøre vigtigheden af information og kommunikation i situationen.

Et andet forandringstiltag, der har haft stor effekt på afsnit 41 er indlæggelsessamtalen og anvendelse af kontroltabsskema. Samtalen bliver afholdt af patientens kontaktperson snarest efter indlæggelsen. Under samtalen udfylder patient og kontaktperson i fællesskab et kontroltabsskema. Skemaet er et rigtig godt redskab til at patientens erfaring kan anvendes i behandlingen. Der spørges ind til, hvad der kan berolige patienten i opkørte situationer. Og omvendt, hvad der kan virke aggressionsfremmende på patienten i opkørte situationer. Kontroltabsskemaet er med til, at personalet hurtigt får et overblik over hvilke individuelle hensyn, der er vigtige for hver patient under indlæggelsen.

Implementerede / spredte forandringer

1. Hvilke forandringstiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden, 2. Beskriv igangsatte spredningsaktiviteter

Implementerede forandringstiltag i afsnit 41:

1. Eftersamtaler for patienter udsat for tvangsforanstaltninger.
2. Indlæggelsessamtaler og udfyldelse af kontroltabsskema

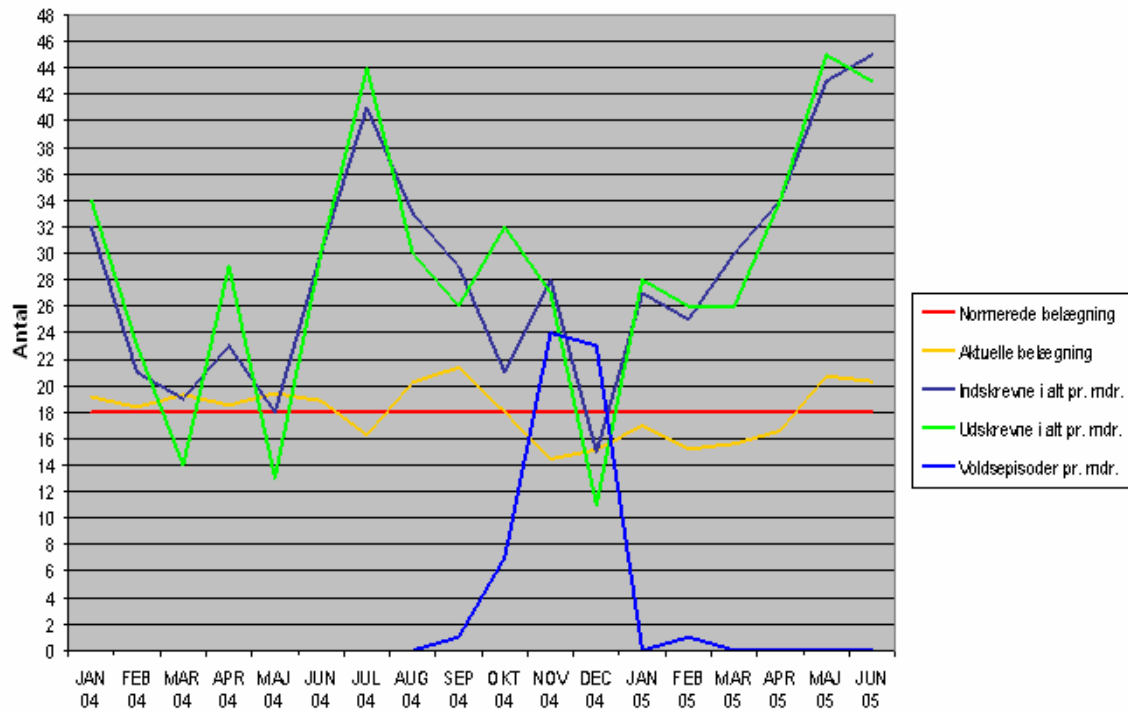
2. Igangsatte spredningsaktiviteter:

Der har været afholdt møder med de øvrige afsnit i Sønderjyllands amt, hvor de er orienteret om de forandringstiltag, der er implementeret i afsnit 41.

Teamet forholder sig afventende, i forhold til aftaler omkring yderligere spredningstiltag.

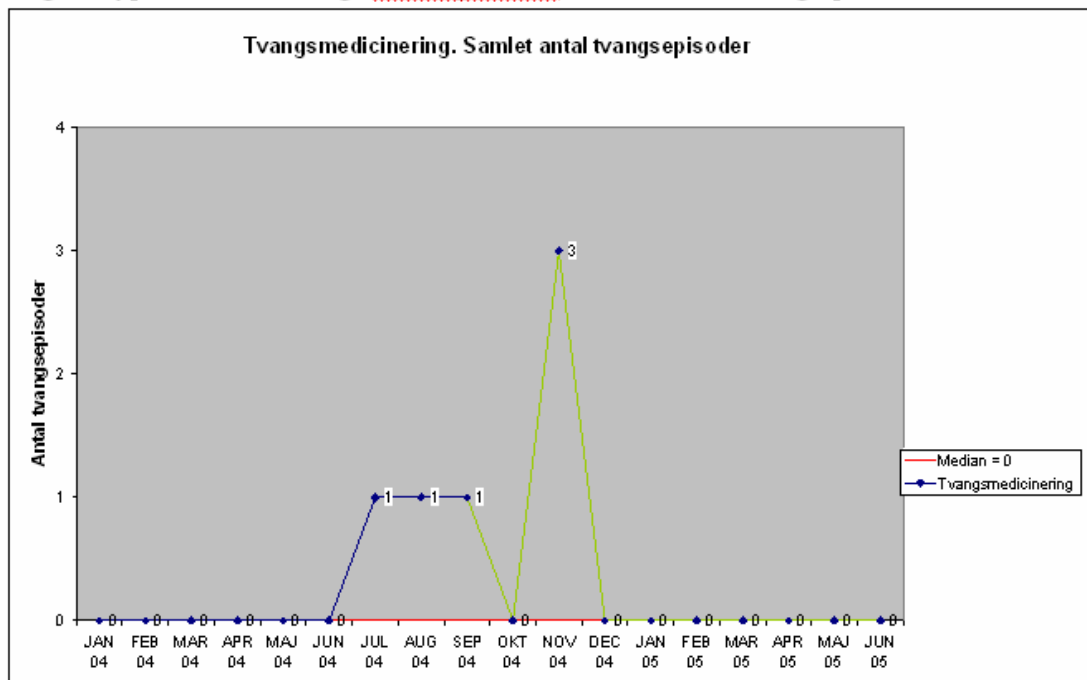
Resultat

Kurvediagram over sengeafsnittets baggrunds data



På trods af stort flow og overbelægning i afdelingen har der været meget få voldsepisoder. De voldsepisoder der har været oktober, november og december kan tilskrives samme patient. Patientbelægningen stiger atter i maj 2005 pga. sammenlægning med anden afdeling.

Diagram type 4: Fire forskellige run-diagrammer over antallet af tvangsepisoder.



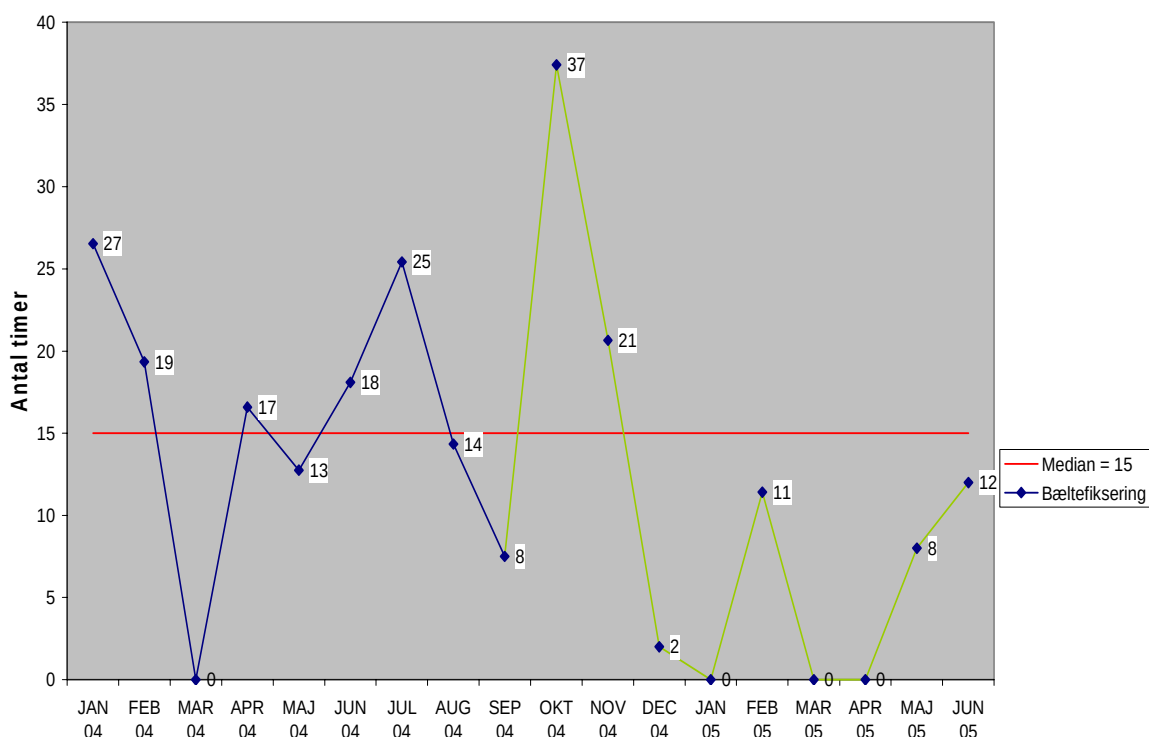
Afdeling 41 har meget få tvangsmedicineringer. Dette kan ikke helt undgås. De perioder, hvor der tvangsmedicineres drejer det sig om få, kendte svært syge patienter, som medicineres over en længere periode.

Antal samt sum og gns. af varighed af tvang pr. halvår

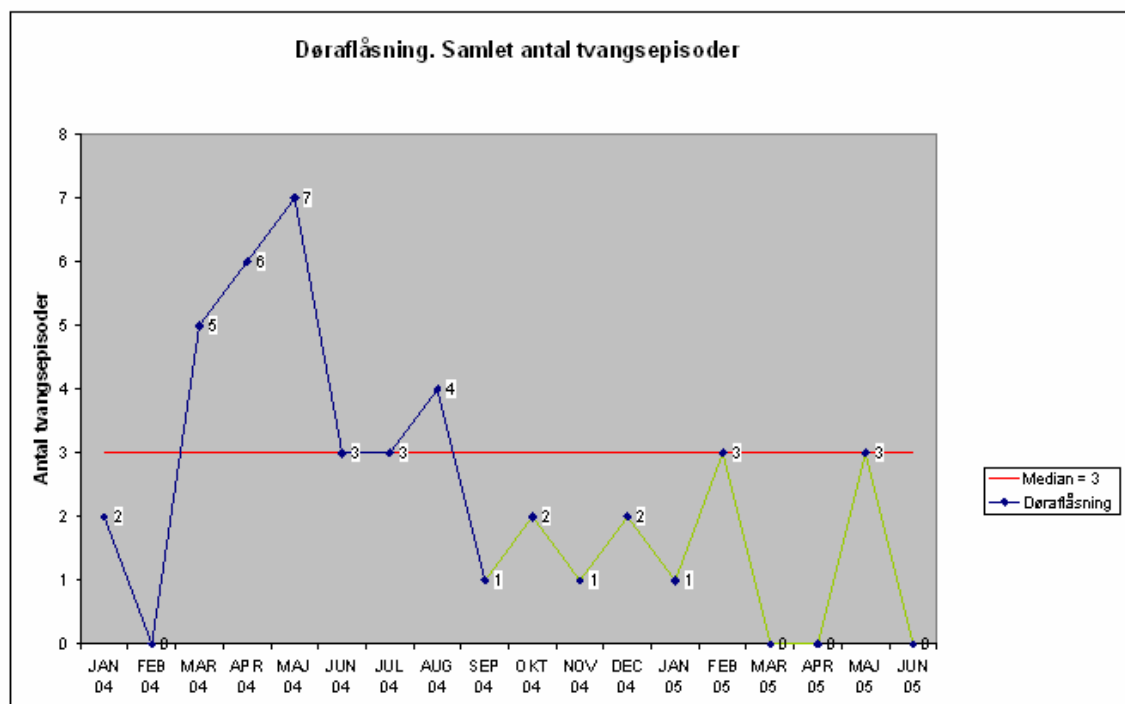
Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	4	0	7
	Sum	47	0	146
	Gns.	12	0	21
2. HALVÅR 2004	Antal	8	6	17
	Sum	58	146	371
	Gns.	7	24	22
1. HALVÅR 2005	Antal	3	0	8
	Sum	34	0	72
	Gns.	11	0	9
Total	Antal	15	6	32
	Sum	139	146	589
	Gns.	9	24	18

Trods antallet af bæltefikseringer i 1. halvår 2005 er større end 1. halvår 2004 er det lykkedes teamet at nedbringe den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringerne med 57 %.

Bæltefiksering. Gns. varighed pr. tvangsepisode

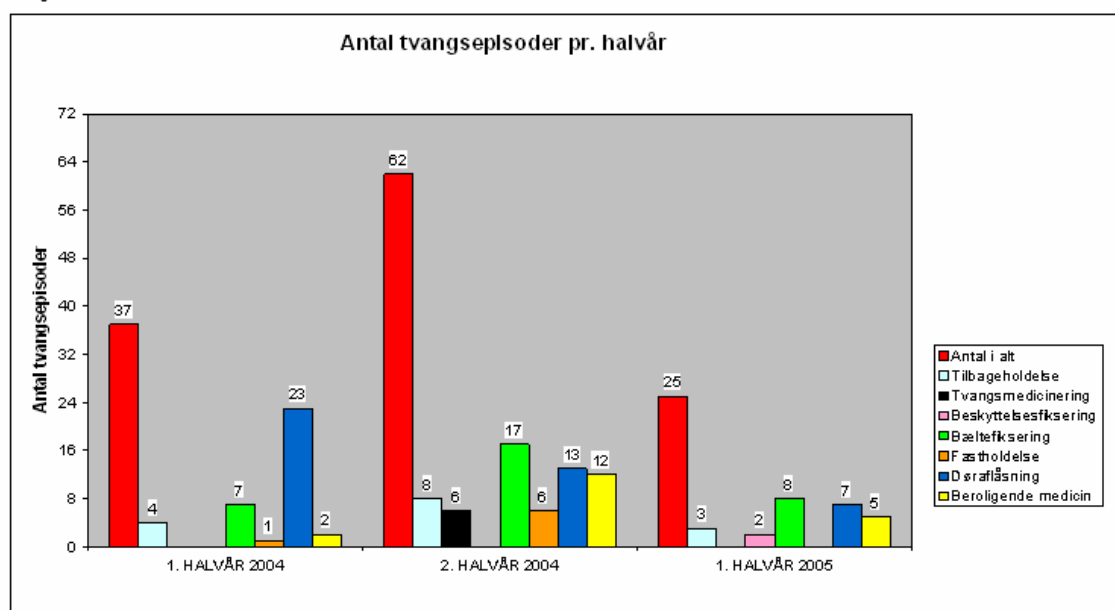


Det større antal bæltefikseringer i perioden september til december 2004, skyldes samme patient. Dette medfører større arbejdspress og stress hos personalet, som får mindre overskud til at afværge tvangsepisoder. Der er mindre tid til en dialog mellem patient og personale.



Da der ikke findes lukkede afdelinger i Sønderjyllands Amt kan det ikke være anderledes end at dørene låses i perioder.

Diagram 2



5

Ved at sammenligne første halvår 2004 med første halvår 2005 har vi opnået vores lokale målsætning, da der er en nedgang i tvangsepisoder på **32 %**. Målsætningen var 30 %.

Stigningen i andet halvår 2004 skyldes mange episoder med en enkelt voldsom patient. I andet halvår 2004 er Teamets forandringstiltag endnu ikke implementeret i afsnittet.

Kommentarer til procesarbejdet

1. *Beskriv rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden. (f.eks. hyppighed og tid til teammøder, frikøb af personale),*
2. *Beskriv væsentlige ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen (f.eks. personale, ressourcer m.m.)*

1. Team Augustenborg var de første par måneder i projektperioden fyldt med entusiasme og gåpåmod. Vi har i hele perioden forsøgt at holde Team møde en hel dag pr måned, og nogle fastlagte timer ca. hver 14. dag. Vi har så vidt mulig overholdt denne planlægning, men vi kan i dag se, at der ikke har været tid nok til rådighed. Det ville have været ideelt, hvis ledelsen havde sat en projektansvarlig på projektet som tovholder, da månedsrapporter og alt papirarbejdet har fyldt meget.

Efter de første par måneder i projektarbejdet løb afsnit 41 ind i en periode, som varede til årsskiftet, hvor der var konstant overbelægning og voldsomme patienter, som krævede at teamets medlemmer blev nødt til at prioritere projektarbejdet fra. Dette bevirkede, at vi var meget tæt på at opgive hele projektet. Efter at have konfereret med Helle Høgh, og arbejdspresset i afsnittet lettede blev vi dog enige om at fortsætte.

Afsnittets øvrige personale har været meget positive, lydhøre og samarbejdsvillige omkring Teamet og projektarbejdet.

Vi har haft stor hjælp af afsnittets sekretær, som har været ansvarlig for at indhente og sende opgørelser over tvangsprotokoller til Det nationale sekretariat.

2. I projektperioden har vi oplevet mange organisatoriske ændringer, som har været med til at besværliggøre arbejdet. Der har været lukning af 1 modtageafsnit og i rehabiliterings afd. på stedet. Dette har medført overbelægning af patienter i vores afdeling den første halvdel af projektperioden. I forbindelse med lukning af disse afd. foretages ufrivillige omrokeringer af personalet i hele huset, hvilket også fik indvirkning på afdelingens faste personalestruktur, og kultur.

Dette medførte store frustrationer og utryghed i hele personalegruppen.

01 05 05 lukkes atter en modtageafdeling, og de sidste måneder er præget af travlhed, og det er svært at overholde tidspunkter for aftalte teammøder. Der er også nye forandringstiltag, som vi ikke har formået at afprøve pga. travlhed

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

1. *Beskriv hvad har været det mest givende ved at arbejde med metoden?,*
2. *Beskriv hvad har været det sværeste ved at arbejde med metoden?,*
3. *Beskriv hvad er jeres samlede erfaringer med at arbejde med metoden*

Det er meget spændende at arbejde med tests af forandringstiltag på små-skala niveau, og at få tilpasset ideer der kommer fra forandringskataloget eller andre teams til vores eget afsnit. Vi synes vi har fået meget forærende i projektet.

Det har også været meget givende at deltage i læringsseminarerne, og udveksle erfaringer med de andre teams.

Det har været svært til at finde tid til at arbejde med forandringstiltag i travle perioder. Især implementeringsarbejdet har været vanskeligt, fordi det er svært at fastholde gode forandringstiltag og nye procedurer når vi føler os pressede. Det er let at falde tilbage i gamle vaner, hvis der ikke er

en person der er ansvarlig for fastholdelsen og omtalen af de nye praksiser i hverdagen. Det har været lidt besværligt at komme til at tale og forstå ”sproget” i det tilsendte materiale. (outcome, procesmål, runcharts osv.)

Det videre arbejde...

Beskriv hvilke planer der er lagt for det videre arbejde med kvalitetsudvikling vedr. tvang. Såfremt der er indgået aftaler med ledelsen om det videre arbejde beskrives disse. Hvis ikke der er lagt aktuelle planer, beskrives de ønsker I som team har for det fremtidige arbejde.

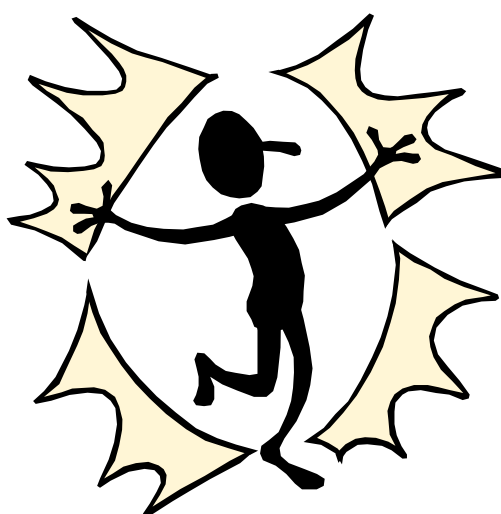
Teamet vil i afsnit 41 arbejde videre med at udvikle ideer fra forandringskataloget og bevare fokus på patienter der udsættes for tvang. Bl.a. har vi fra starten haft et ønske om at arbejde med information og undervisning i forhold til pårørende til patienter udsat for tvang. Har planlagt at lave en fast vagt manual.

I forhold til spredning til andre afsnit på sygehuset afventer vi en videre plan fra de spredningsansvarlige, men gennembruds-metoden er et godt redskab at arbejde videre med. Der er endnu ikke truffet beslutning, om hvordan teamet skal indgå i spredningsarbejdet, og hvordan man evt. får ressourcerne frigjort til dette.



Gennembrudsprojekt

Team Bispebjerg



Slutrapport

Team	Bispebjerg Hospital
Teammedlemmer	Sosu ass. June Rømer Sosu ass. Pia sydendal Spl. Annika W. Kristensen
Beskrivelse af afsnittet	Intensiv psykiatrisk afdeling E15 og E16, 10 sengepladser på hver afdeling med min. 4 personaler i hver vagt.
Resumé af resultater	Vi har arbejdet med GAF modellen, for at øge opmærksomheden for skærmningstiltag i personalegruppen mhp. reducere af bæltefikseret patienter i afdelingen. Samt øge kvaliteten i sygeplejen ved at tilføre aktiviteter og tilbyde eftersamtaler efter hver bæltefiksering i afdelingerne.

Lokal målsætning og lokale mål

Proces mål:

1. Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål

Vi har på afdeling E15 og E16 arbejdet med den patientoplevede kvalitet af tvang samt hvordan vi kan reducere anvendelsen af tvang. Vi vil have fokus på skærmning, samtale efter bæltefiksering og brugen af PN medicin, som metode i plejen, der kan undgå, reducere og forbedre tvangsforanstaltninger. Dette for at medføre viden om hvilke handlinger der kan anvendes for at mindske brugen af tvang.

Desuden vil vi arbejde med at tilføre aktiviteter i afdelingerne for at give patienterne mulighed for stimulering under indlæggelse.

Outcome mål:

1. Inden for 6 mdr. fra d. 010904 vil vi have afprøvet et registreringsskema der dokumenterer at skærmning i struktureret form er med til at reducere bæltefikseringer med op til 30 %.

2. Inden 10 mdr. fra projektstart vil vi have tilført patient aktiviteter i afdelingerne.

Proces mål:

1. Inden for 2 mdr. har vi på begge afsnit 10-20 % af alle medarbejder med i udviklingen og afprøvningen af relevant redskab til at registrere skærmning som metode.

2. Inden for 6 mdr. er 100 % af medarbejderne blevet introduceret til skærmningsskemaerne.

3. I to test perioder skal 100 % af sygeplejerskerne registrere alt brug af beroligende medicin.

4. 80 % af personalet skal have deltaget i en aktivitet på afdelingen.

5. 100 % af patienterne skal have tilbudt en samtale efter endt bæltefiksering.

Balancerede mål:

1. En fortsat motivation hos personalet til at fastholde interessen i at udvikle og afprøve skærmningsredskabet.

2. Sygefravær

Målinger

Beskriv hvordan målingerne blev gennemført

- 1 Ud fra udarbejdet skærmningsskema, har vi løbende registreret hver skærmningsepisode specielt med fokus på to testperioder – projektstart, projektslut. Skemaerne er inddelt i køn, alder, diagnose, indlæggelsestid, tidligere bæltefiksering, tidspunkt og årsag til skærmning, niveau efter GAF model, mål for skærmningshandling, om patienten blev bæltefikseret, tilbudt medicin og skærmningsophør.
- 2 Udarbejdet registreringsskema for hver udlevering af beroligende p.n. medicin og antipsykotisk medicin i to test perioder (januar- april). Herunder patient, tidspunkt, præparat og dosis.
- 3 Dataindsamling af arbejdsskadeanmeldelser i 3. kvartal 2004 og 1. kvartal 2005.
- 4 Brug af tvangsprotokollerne som er databehandlet af det nationale sekretariat.
- 5 Sygefraværstatistik indhentet fra afdeling E15 og E16.
- 6 Udlevering af blå og gule skemaer omkring patienttilfredshed i psykiatrien.

Afprøvede / testede forandringer

1. *Nævn de mest succesfulde forandringstiltag der er gennemført i løbet af projektperioden,*
2. *Nævn de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang på afsnittet/afdelingen*

- Afprøvet registreringsskema ved skærmning af alle patienter (rev. 6 gange).
- Udfyldt registreringsskema af beroligende P.N. samt antipsykotisk medicin.
- Afholdt fællesmøder E15 og E16. Herunder nedsat udvalg til bearbejdning af husregler, samarbejde osv.
- Afprøvede aktiviteter på E16, aftenmøder og madgruppe.
- Synliggørelse af husorden og døgnrytme i afdelingerne.

Et af de forandringstiltag, der har haft størst indflydelse på vores afdeling, er skærmningsskema nr. 3. Her tilførte vi GAF – scoringsvejledningsmodel, som hjalp os med at få sat ord på de forskellige skærmningsgraderinger. Vi er selv samt flere i personalegruppen blevet mere opmærksomme og bevidste omkring de mange positive skærmningsmåder. F.eks. Personale nærvær i t.v. stuen og ved spisesituationer.

Vores P.N. registreringsskemaer var i starten kun tiltænkt som et kontrolskema. Efter synliggørelse omkring anvendelse af p.n. medicin, viste det sig ved sidste testperiode, at vi faktisk er blevet meget bedre til hurtigere at give p.n. medicin som forebyggende tidligt på døgnnet. Dette har vist sig at aften- og nattetimerne er blevet mere rolige for patienterne.

Implementerede / spredte forandringer

1. Hvilke forandringstiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden, 2. Beskriv igangsatte spredningsaktiviteter

Implementerede/spredte forandringer:

1. Fællesmøder mellem afdelingerne (E15 og E16).
2. Opstarte aftenmøder og madgruppe på afd. E16.
3. Synliggjort husorden og døgnrytme.

Igangsatte tiltag i afdelingerne E15 og E16:

1. Eftersamtalseskema for patienter som har været udsat for bæltefiksering
2. Erfaring/viden i personalegruppen omkring GAF modellen - skærmning.

Igangsatte spredningsaktiviteter:

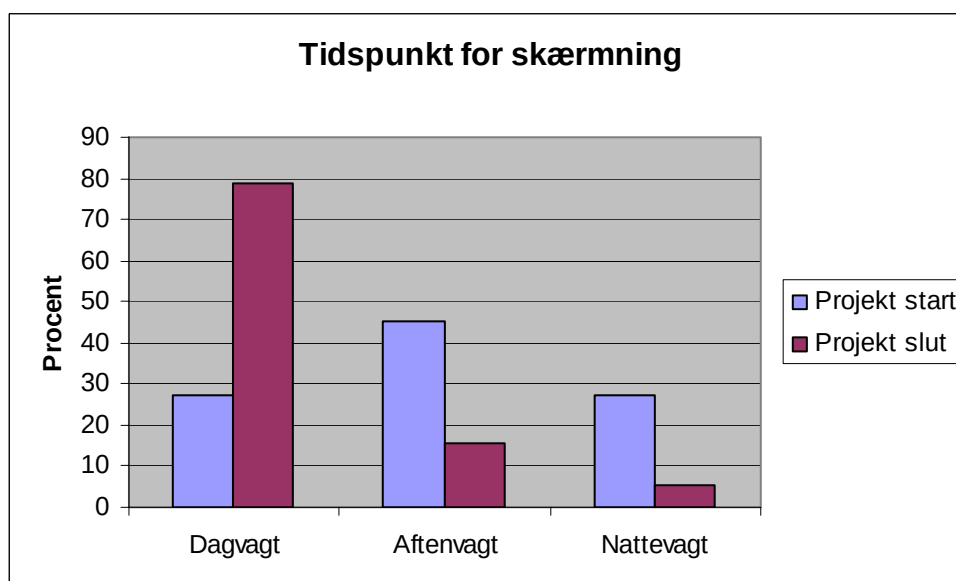
1. Fremlæggelse af gennembrudsprojektet samt forslag fra forandringskataloget for alle psykiatriske afdelinger på BBH.
2. Fremlæggelse af eftersamtalseskema samt skærmningsmodellen.
3. Der er sammensat en ansvarlig spredningsgruppe i H:S.

Resultat

1. Beskriv resultaterne 2. Indsæt de vigtigste grafer (max. 4) med kommentarer indføjet.

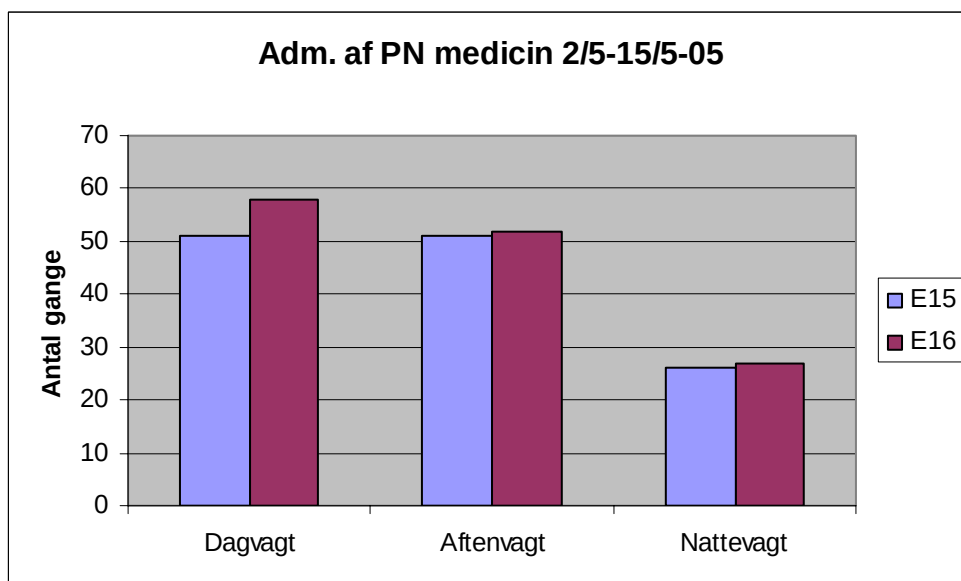
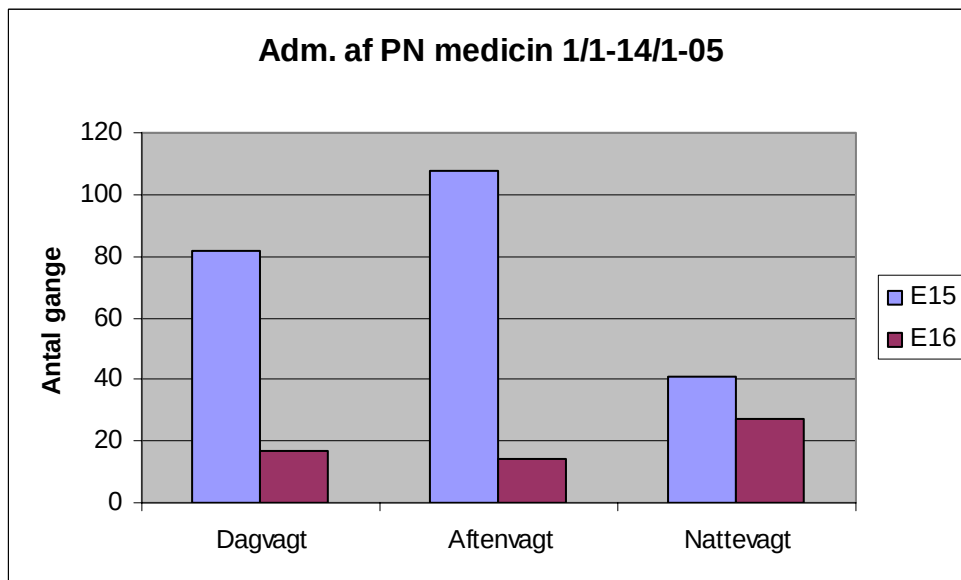
Vores mål var at øge opmærksomheden på skærmning og forskellige gradueringer af skærmning som fremgår af vores udarbejdet skærmningsskema, al dette med henblik på at gribe tidligere ind, før bæltefiksering vises at være den sidste udvej. Dette er også til dels lykket. Dog har vi ikke kunnet opfylde vores outcome mål der indebærer en reduktion på 30 % af bæltefikseringerne i afdelingen, grunden til dette skyldes angiveligt dårlige patienter med længerevarende bæltefikseringer samt øget sygefravær i personalegruppen.

Figur 1: Tidspunkt for skærmning.



Af figur 1 fremgår det at skærmningstidpunkterne på døgnet lå spredt i første testperiode, dog hyppigst i aften timerne hvorimod i sidste testperiode, skærmer vi hovedsageligt dagtimerne, hvilket har haft indflydelse på resten af døgnet og derfor givet roligere aften-og nattetimer.

Pn administrationstider E15 og E16



I figur 2 viser det sig ligeledes at tidspunkter for udleveret p.n. medicin gør en forskel. Her ser vi et øget brug af medicin i dagtimerne i projektslut og falende forbrug i aften- nattetimerne. Ligesom ved skærmningsgrafen viser det sig, at vi ved hurtig indgriben får et roligere døgn. Det har givet os bedre mulighed for at lave aktiviteter med patienterne i aften timerne og patienterne har fået et bedre søvn mønster.

Kommentarer til procesarbejdet

1. *Beskriv rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden.(f.eks. hyppighed og tid til teammøder, frikøb af personale),*
2. *Beskriv væsentlige ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen (f.eks. personale, ressourcer m.m.*

Det har været en lærerig proces i og med at vi i selve teamet er gulvfolk fra 2 forskellige afdelinger, dog med en klinisk overspl. som tovholder. De første 4 måneder bestræbede vi os på at holde et ugentligt morgenmøde, af en halv times varighed, sammen med vores tovholder. Dette blev imidlertid besværliggjort af vores skiftende arbejdstider og måtte derfor ofte aflyses.

Vi har efter LS2 forhandlet os til 1 temadag hver 3 uge, hvilket har givet os mulighed for at arbejde konstruktivt og sammenhængende. Desuden har vi i den sidste måned haft mulighed for mere tid til slutrapport, processkitse samt præsentationsskitse. Dog ville vi gerne have undværet månedsrapport for juni, da den faldt ind i andre projektopgaver og ferieperioden. Der har på afdeling E15 i projektperioden været stor udskiftning i lægegruppen, hvilket har medført ustabilitet i afdelingen samt manglende opbakning/samarbejde fra den lægelige side. På afdeling E16 har det ikke været muligt at opnå samarbejde med overlægen, da gennembrudsprojektet ikke fattede hans interesse. Ligeledes har E16 igennem hele projektperioden været præget af stort arbejdspress, mange sygdommeldinger og tung plejetyngde, hvilket også har påvirket projektarbejdet.

Lige fra projektstart har der været en ustabilitet i teamet. Vi har været ramt af sygdom og 2 teammedarbejdere har valgt at stoppe projektarbejdet undervejs. En tredje teammedarbejder er opstartet psykiatrisk efteruddannelse og derfor ofte har været fraværende. Dette har medført at det har været meget svært at afprøve nye forandringstiltag samt at få implementeret disse i afdelingerne.

Derimod har vi fokuseret meget på udarbejdelse af et brugbart arbejdsredskab i forhold til skærmning. Hvilket vi i gruppen har lært meget af og fået større interesse for at skabe positive forandringer i afdelingerne.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

1. *Beskriv hvad har været det mest givende ved at arbejde med metoden?, 2. Beskriv hvad har været det sværeste ved at arbejde med metoden?, 3. Beskriv hvad er jeres samlede erfaringer med at arbejde med metoden*

Vi synes det har været interessant at arbejde med gennembrudsmetoden, og det har haft stor betydning samt været lærerigt for os, at der har været så mange skabeloner, dokumenter, retningslinjer at læne os op af.

LS2 har været meget givent for os, specielt tænker vi på erfaringsudveksling, både det skriftlige og mundtlige.

LS3 gav os mulighed for at formidle vores erfaringer videre til andre teams, med fokus på flere konkrete resultater. Det at vi fik skriftligt materiale i form af forandringskataloget, vil gøre det lettere for vores og andre afdelinger at tilføre nye forandringstiltag fremover.

Det har for os været svært at finde tid til forandringsarbejdet og implementering pga. skiftende vagter og ved projektstart ikke tildelt ekstra tid til projektarbejde. Da vi alle i grundteamet er grønne når det gælder projektarbejde, havde vi i starten mange problemer med at forstå og tolke alle ord og metoder som bliver brugt i gennembrudsprojektet. Vi har også haft en barriere omkring vores tekniske kunnen i teamet og vi har måtte overlade en del til vores tovholder.

En vigtig erfaring vi har gjort os, er at vi fra starten skulle have været mere målorienteret, det vil sige, at vi først sent i projektet fik defineret nogle konkret procesmål.

Det har været en vigtig del at have adgang til gennembrudsforummet, mhp at hente arbejdsdokumenter, se andres månedsrapporter samt hente ideer og andre teams erfaringer. En anden god ting omkring forummet, er at det har været tilgængeligt hjemme fra og ikke kun på arbejdspladsen.

Vi har i vores team ikke haft tværfagligt personale, hvilket specielt ved implementeringsdelen gør det svært at opnå alles interesse og deltagelse.

Det videre arbejde...

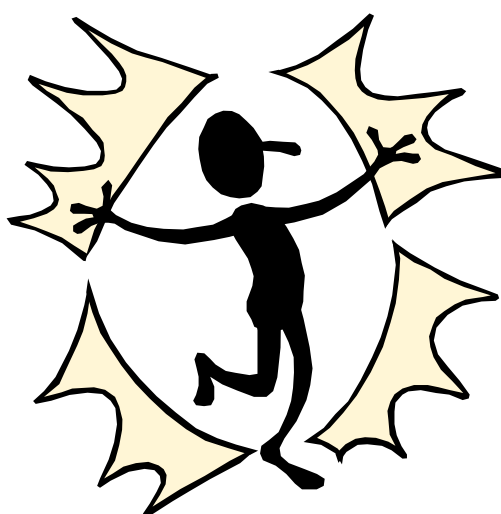
Beskriv hvilke planer der er lagt for det videre arbejde med kvalitetsudvikling vedr. tvang. Såfremt der er indgået aftaler med ledelsen om det videre arbejde beskrives disse. Hvis ikke der er lagt aktuelle planer, beskrives de ønsker I som team har for det fremtidige arbejde.

1. Vi ønsker at fortsætte vores fælles personalemøder (E15 og E16) for at bibeholde og styrke samarbejdet afdelingerne imellem. Der arbejdes videre med fælles holdninger i bygningen.
2. Fortsat implementering af vores igangværende forandringstiltag. Desuden vil vi fremover arbejde med flere tiltag fra forandringskataloget.
3. Vi ønsker at bibeholde teamet med tildelt tid mhp. implementering. Hvis ledelsen giver os lov til at fortsætte arbejdet.
4. Vi ønsker større deltagelse og interesse fra kollegaer samt afsnit- og afdelingsledelsen.
5. Vi vil udarbejde en mappe til hver afdeling til oplysning og brug omkring gennembrudsprojektet samt oplæg i afsnit E.
6. Videre arbejde med spredning i H:S.



Gennembrudsprojekt

Team Brønderslev



Slutrapport

Team	Team Brønderslev. Brønderslev Psykiatriske Sygehus, afsnit 16, Hjørringvej 180, 9700 Brønderslev. Tlf. 96 45 22 00 / 96 45 24 16.
Teammedlemmer	Dorthe Nielsen, Afdelingssygeplejerske, psyk.DNI@nja.dk Tlf.96452416 Ole Lisberg, Overlæge, psyk.OLI@nja.dk Tlf. 96 45 22 02 Gitte Osnes Gottlieb, Socialrådgiver, gog@psyk.nja.dk Tlf. 96 45 23 03 Lisbeth Thiele, Sygeplejerske, psyk.LIT@nja.dk Tlf. 96 45 24 16
Beskrivelse af afsnittet	Intensivt psykiatrisk afsnit/lukket akut modtageafsnit med 12 sengepladser, heraf 2 skærmede pladser. Optageområde: 15 kommuner i Nordjylland, svarende til hele Nordjyllands Amt nord for Limfjorden undtaget Aalborg kommune.
Resumé af resultater	I projektperioden har vi med fokus på aggressionsforebyggelse arbejdet med • Uddannelse af personale • Ændring af fysiske rammer • Aktiviteter for patienterne • Introduktion af nye skemaer - og bl.a. opnået et fald i anvendelse af tvang.

Lokal målsætning og lokale mål	
<u>Lokal målsætning:</u> <u>Outcome mål:</u> • Nedbringe anvendelsen af tvangsmedicinering med 50 %, i forhold til 1. – og 2. kvartal 2004. • At 50 % af patienternes vurdering af den medikamentelle behandling i afs. 16 er ”tilfreds” eller ”meget tilfreds”. • At 75 % af personalet vurderer, at måden den medikamentelle behandling foregår på er forbedret i forhold til før/ efter projektets start. <u>Procesmål:</u> • At udarbejde informationsmateriale vedr. den medicin der anvendes i situationen, til den enkelte patient. • At 75 % af personalet undervises i brugen af pn-medicin og i forebyggelse af aggressiv adfærd. <u>Balancerede mål:</u> • Se på om andre tvangsformer er stigende i projektperioden ud fra tvangsprotokollerne.	

Målinger

Vores intentioner var oprindeligt at:

- Se på tvangsprotokollerne vedrørende tvangsmedicinering.
- Sammenligne tidligere data fra tvangsprotokollerne med nuværende.
- Udarbejde skemaer til at måle om en bedre anvendelse af pn-medicin nedsætter tvangsmedicinering.
- Spørgeskemaer til personalet, der har stået i tvangsmedicineringssituationer, om hvordan de har oplevet den.
- Se på om sygdommeldinger og skadesanmeldelser forandrer sig i projektperioden.
- Forbedre dokumentationen af skærmningstiltag og samarbejdsaftaler med patienten (skema udarbejdes).

Vi har ikke været så gode til at måle undervejs – fraset de formelle registreringer af anvendelse af tvang, skadesanmeldelser m.m.

Vi har udleveret spørgeskemaer i afsnittet under temaet, hvordan personalet har oplevet anvendelse af tvang i afsnittet. De besvarede spørgeskemaer er indsamlet. Vi har erfaret, at vi selv er for tæt på personalegruppen til at foretage en spørgeskemaundersøgelse.

Afprøvede / testede forandringer

- Forbedring af de fysiske rammer i vores modtagelse/sluse.
- Skemaet ”Hvordan kan vi hjælpe dig?” er testet, justeret og implementeret. I forlængelse heraf er afsnittets tilbud om aktiviteter udvidet.
- Vi har udarbejdet checkliste for pn-medicin
- Vi har afholdt undervisning i pn-medicin over tre gange, således, at flest muligt fra personalegruppen har deltaget – ligeledes med deltagelse fra hvert af de tre vagthold.
- I samarbejde med vores kvalitets- og udviklingsafdeling har vi tilrettelagt kursus under temaet ”Kontakt og kommunikation i vanskelige samspil”. Kurset er afviklet over to dage, således at afsnittets personale deltog på hver sin dag. Dette for at sikre at flest muligt deltog og for at afsnittet i videst muligt omfang selv dækkede vagterne.
- Vi har tilpasset ”de-escalation-tips” – snakket om det og hængt det op i personalestuen.
- Vi har udarbejdet skemaet ”KAOS” – som vi fortsat er i gang med at relatere til ”GAF”. ”KAOS” skal også sammenholdes med vores ”checkliste ved pn medicin-givning” samt ”de-escalation Tips eller konflikt-ned-trapning”. Idéen med at sammenholde ”KAOS” med ”GAF” er, at vi allerede er pålagt at anvende ”GAF”. Implementeringen af ”GAF” har vist sig at være vanskelig i vores afsnit for alle i personalegruppen. Vi antager, at endnu et skema/ny model dels vil få en vanskelig start og dels vil forstyrre implementeringen af GAF yderligere. Ved at skabe sammenhæng i disse modeller håber vi, at skabe større forståelse for og anvendelse af modellerne.
- Vi har flyttet tidspunkter og sted for udlevering af medicin. Udlevering foregår nu på et

roligere og mindre trafikeret område i afsnittet samt tidspunkter, der ligger uden for de faste spisetider. Ligeledes udleverer vi medicin to gange i døgnet mod tidligere fire gange i døgnet (i muligt omfang). Patienterne henter selv medicinen – i muligt omfang.

- Skiltning i afsnittet er forbedret – med skilte på alle døre.
- Vi er i gang med at udarbejde personale-galleri til ophængning på gangen i afsnittet. Hensigten er, at patienterne (samt pårørende og nyt personale) selv får mulighed for at orientere sig om, hvem der er ansat i afsnittet.
- Vi har afholdt Walk-through-øvelse i bæltefiksering – med videooptagelse. En god og lærerig oplevelse, der medførte gode diskussioner samt øgede kvaliteten ved bæltefikseringer.
- Tværfagligt personale skulle deltage i morgenmøderne hver fredag. Godt tiltag, som desværre er nedprioriteret som følge af øget travlhed i afsnittet.

Implementerede / spredte forandringer

- Psykiatrilæden og afdelingsledelsen har vi orienteret på møder, i månedsrapporter og i breve
- Vi har løbende orienteret om projektet i vores eget afsnit.
- Gruppen af afdelingssygeplejersker og socialrådgivergruppen på Brønderslev Psykiatriske Sygehus er orienteret
- Kvalitetskonsulenterne i Psykiatrien i Nordjyllands Amt er orienteret. Gruppen af kvalitetskonsulenter vil få yderligere information om projektet.
- Vi har undervist på kvalitetstemadag i Psykiatrien i Nordjyllands Amt oktober 2005.

Resultat

- Vi har ikke været så gode til at måle undervejs (vi har simpelt hen ikke nået det) – fraset de formelle registreringer af anvendelse af tvang, skadesanmeldelser m.m. Alligevel er vi i teamet sikre på, at se effekt af indsatsen.
- Anvendelsen af pn-medicin er faldet. Ordination af pn-medicin sker efter målsætningerne i checkliste for pn-medicin. Ordination af fast medicin og især ændringer foretages nu i langt højere grad på afsnittes planlægningsmøder. Ligeledes at høj udnyttelse af pn-medicin ændres til faste ordinationer på planlægningsmøder.
- Flytning af tid og sted for udlevering af medicin har medført, at kommunikationen med patienterne om medicin foregår i god ro og orden. Vi påstår også, at kvaliteten for medicin-givning er øget for både patienter og personale.
- Tilbud om aktiviteter er øget. Med udgangspunkt i ”Hvordan kan vi hjælpe dig?” er der

sket et skred i forhold til at overveje om, patienten har behov for aktivitet/kontakt i stedet for pn-medicin – eller som supplement. Flere patienter går tur eller deltager i andre aktiviteter. Flere patienter har dags- eller ugeprogrammer.

- Forbedring af de fysiske rammer i slusen er til stor glæde for såvel patienter, pårørende og personale.
- Vi har erfaret at en personaleundersøgelse af hensyn til fuldstændig anonymitet skal foretages af udenforstående – ikke af teammedlemmer ansat i samme afsnit. Ligeledes har vi lært at afkrydsning – i denne sammenhæng - er meget bedre end skriftlige udsagn.
- Tilbagemeldingerne fra personalet, der deltog i temadagene ”Kontakt og kommunikation i vanskelige samspil” har været meget positive. Temadagene ser vi som en appetitvækker på en ny arbejdsmetode, som vi meget gerne vil arbejde videre med.

Udvikling af brugen af tvang på N16

Formålet med det nationale projektet vedr. tvang i psykiatrien er bl.a. at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien. Hvis der ses på det statistiske materiale fra N16, er det vanskeligt at give en entydig fortolkning af dette i forhold til nedbringelse af tvang. Der er relativt store udsving i anvendelsen af tvang gennem perioden, hvilket hænger sammen med, at det er relativt få personer som har været udsat for tvang. For at lette vurderingen og sammenligningen over udvikling over tid er her brug tre perioder: 1. halvår 2004, som kan anses som baseline før projektperioden, 2. halvår 2004 hvor projektet blev igangsat og 1. halvår 2005 hvor projektet er kommet godt i gang. Hvis der ses samlet på anvendelsen af tvang i de tre perioder har der været færrest tvangsepisoder i 2. halvår 2004.

Baggrunden for at der talmæssigt ikke kan ses den store effekt af tvangsprojektet kan hænge sammen med afdelingen i perioden har fået et større optageområde, således at afdelingen patientunderlag er øget med 27 % fra 1/3 2005. Det har medført et øget patientflow. Antallet af indlæggelser i afdelingen er steget med 28 % fra 1. halvår 2004 til 1. halvår 2005 og antallet af tvangsindlæggelser er øget med 21 %.

Vedr. tvang har der været følgende udvikling, når 1. halvår 2004 sammenlignes med 1. halvår 2005 (baseret på data fra det nationale sekretariat)³:

- Antallet af tvangsepisoder er faldet fra 84 til 77 svarende til -8 %
- Antallet af tvangstilbageholdelser er uændret på 10.
- Antallet af bæltefikseringer er faldet fra 16 til 10 svarende til -38 %
- Antallet af fastholdelser er steget fra 20 til 25 svarende til +25 %
- Beroligende medicin er faldet fra 34 til 32 svarende til -6 %

Udviklingen må vurderes at være positiv, særligt set i lyset af de ændrede forhold i afdelingen.

I forbindelse med tvangsprojektet har der i N16 været særlig fokus på medicinering – med et outcomemål om at nedbringe anvendelsen af tvangsmedicin med 50 % i forhold til 1. halvår 2004. Der er i forbindelse med tvangsregistreringen to typer tvang: Tvangsmedicinering og fysisk magtanvendelse ved behandling med beroligende medicin.

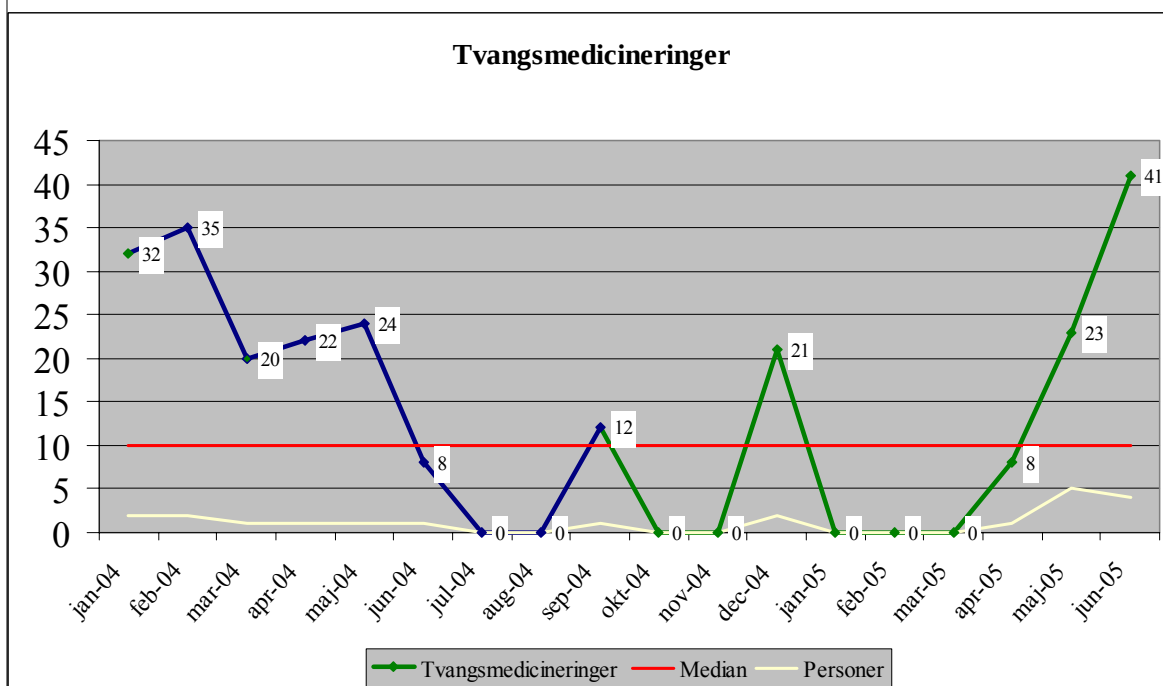
I data fra det nationale sekretariat indgår ikke data vedr. tvangsmedicinering – ved egen opgørelse foreligget tal for, at der i 1. halvår var 141 episoder, hvor der blev givet tvangsmedicinering fordelt på to patienter, i 2. halvår 2004 var der 33 tvangsmedicineringer fordelt på 3 patienter og 1. halvår 2005 er der 72 episoder af tvangsmedicinering fordelt på 7 patienter. Statistisk er antallet af tvangsmedicineringer således faldet med 63 % fra

kontrolperioden til projektperioden - men antallet af personer, som har fået tvangsmedicin er steget med 150 %. Der er således tale om mindre tvang, men til flere patienter. Antallet af patienter er dog så små, at behandling af en enkelt patient påvirker statistikken. Se kurve over udvikling i figur 1. Heraf fremgår også, at den højeste forekomst af tvangsmedicineringer i juni 2005.

I forhold til beroligende medicin er der en afvigelse mellem tal fra det nationale sekretariat og egne data, egne data er anvendt ved kurve og beregning. Der sket et fald på 22 % hvis tal for første halvår 2004 sammenlignes med perioden juli 2004 til juni 2005. Se kurve over udvikling i figur 2. Dog dækker dette over et markant fald i 2. halvår 2004 og et stort set uændret brug i 1. halvår 2005 sammenlignet med 1. halvår 2004.

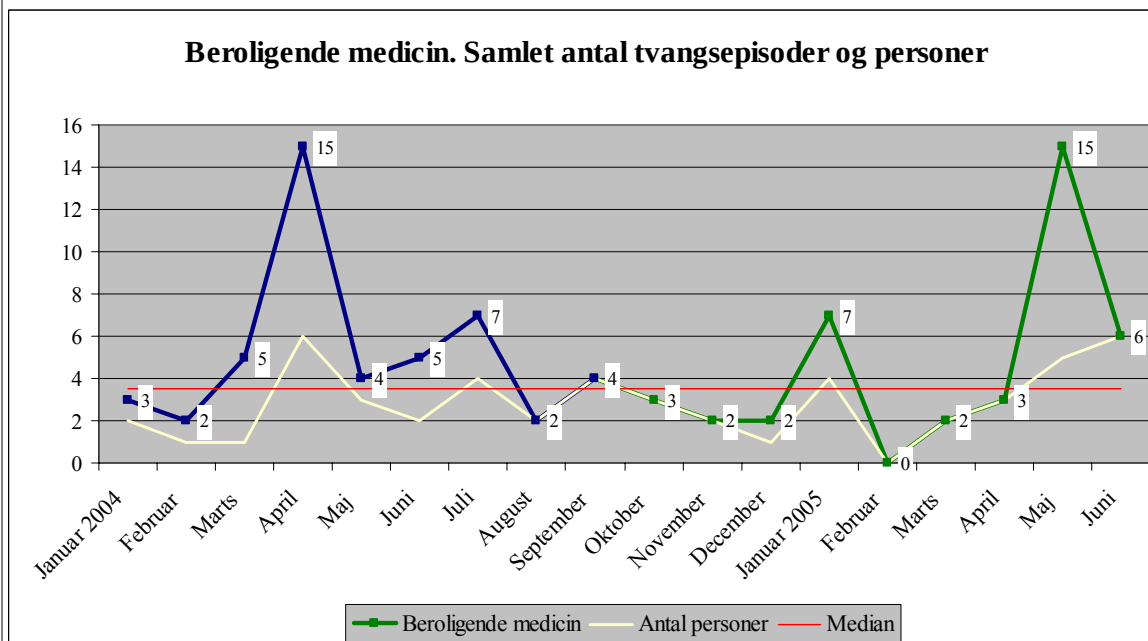
Samlet set er det for de to typer tvangsbehandling, der vedrør medicin sket et fald på 55 % fra 1. halvår 2004 til perioden juli 2004 til juni 2005. Dermed er outcome målet opfyldt. Antallet af patienter, der har været berørt af tvang, er dog ikke faldet. Tallene er ganske små, en enkelt patient kan påvirke statistikken markant.

Figur 1: Udvikling i antallet af tvangsmedicineringer



Kilde: Data fra det patientadministrative system. Antal iværksatte foranstaltninger.

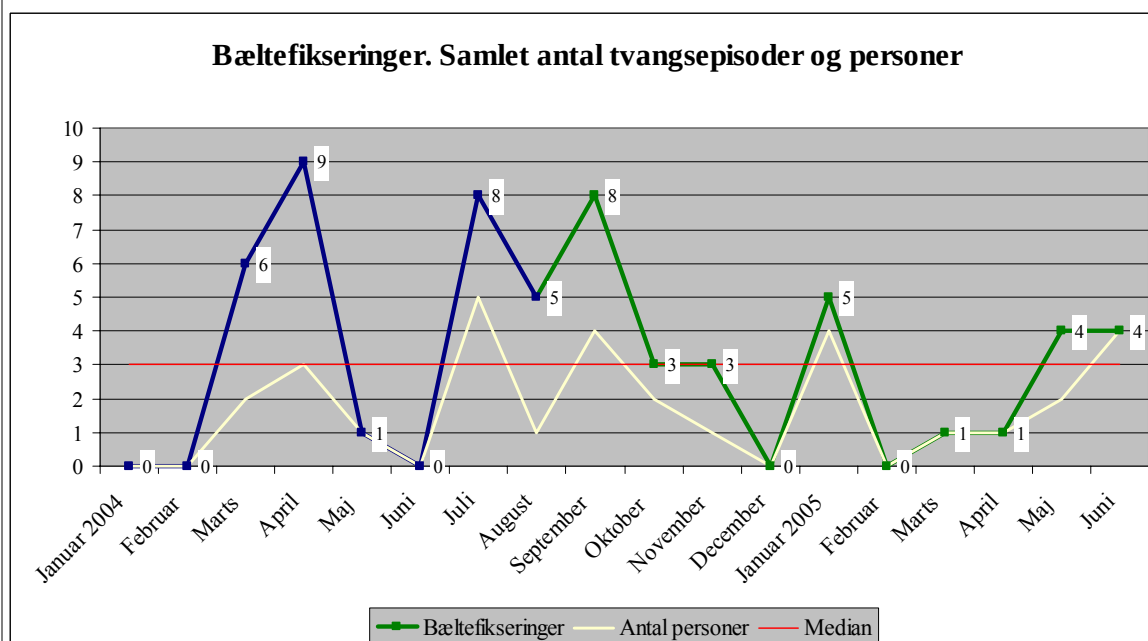
Figur 2: Udvikling i antallet af behandlinger med beroligende medicin



Kilde: Data fra det patientadministrative system. Antal iværksatte foranstaltninger.

I forbindelse med de balancerede mål for projektet er opsat mål om, at kontrollere at andre tvangsformer ikke er stigende i perioden. Generelt er antallet af tvangsforanstaltninger faldet, men antallet af tvangsfikseringer, tvangsendlæggelser og tvangstilbageholdelser er steget lidt. Der er i såvel projektperioden som i kontrolperioden meget store udsving fra måned til måned, men alt i alt er der statistisk set ikke negative ændringer i forhold til andre former for tvang i perioden. Baggrunden for stigning i antallet af tvangsendlæggelser kan tilskrives det øgede optageområde. Det øgede antal tvangstilbageholdelser kan dels skyldes det øgede patientflow, dels bedre oplysning til patienterne. Vedr. udvikling i antallet af bæltefikseringer fremgår denne af figur 3.

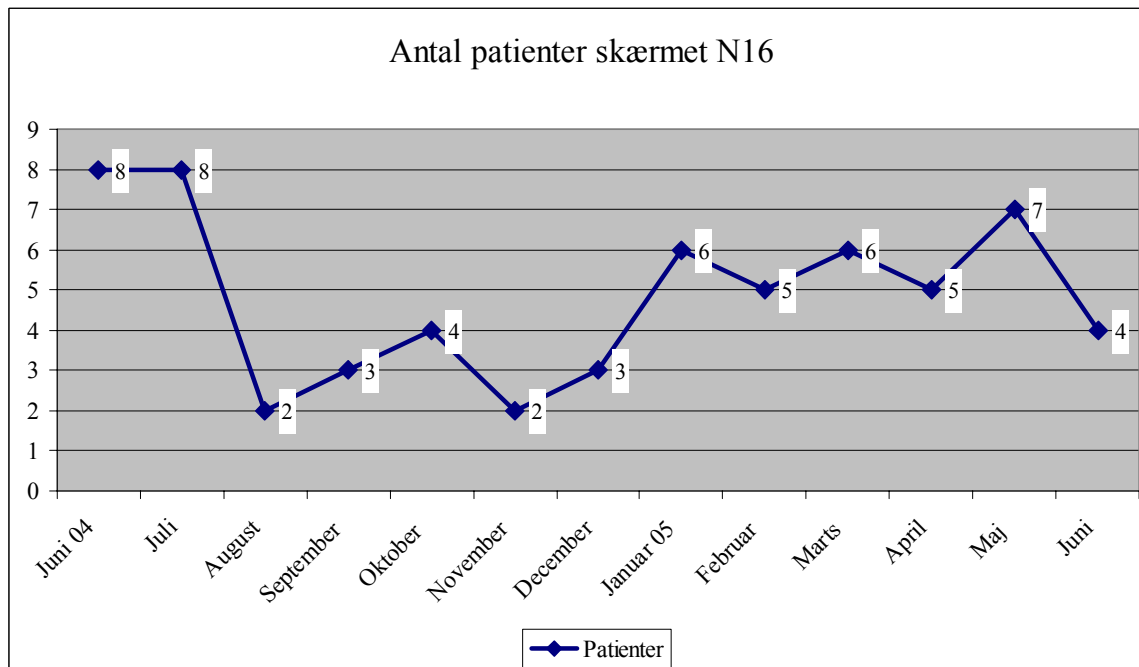
Figur 3: Udvikling i antallet af bæltefikseringer



Kilde: Data fra det patientadministrative system. Antal iværksatte foranstaltninger.

I forbindelse med projektet er der også vurderet på brugen af skærmning jf. figur 3. Denne viser et stort set uændret brug af skærmning i perioden. Der forefindes ligeledes ikke de store udsving i forhold til antallet af voldsepisoder. Således har fokus på nedbringelse af tvangsmedicinering ikke haft negative bi-effekter i forhold til de balancerede mål.

Figur 4: Udvikling i antallet af skærmede patienter



Kommentarer til procesarbejdet

Gennembrudsprojektet og gennembrudsmodellen er og har været spændende at være en del af. Gennembrudsprojektet virker i høj grad velforberedt/ godt planlagt. Et stort og flot projekt. Alligevel undrer vi os over en del af forberedelser eller introduktionen til projektførelsen. Projektarbejdet blev præsenteret således, at vores indsats blot var et lille projekt, der skulle indgå i et større projekt – en opgave der tidsmæssigt kun ville fylde lidt i dagligdagen. Siden august 2004 har vi været 4 teammedlemmer – jfr. ovenstående. Afsnittet fik – på papiret - tilført 0,6 sygeplejestilling som kompensation for deltagelse i projektet. Af organisatoriske grunde blev denne ressource tilførsel ikke realiseret.

Teammøder har vi aftalt ad hoc – i gode perioder ugentligt – og i travle tider månedligt. Vi har klaret projektarbejdet inden for vores almindelige normering...

Projektets omfang og krav til ressourcer må i et vist omfang kunne estimeres forud for projektstart. F.eks. kunne forventninger om ugentlige teammøder, månedlige rapporter, månedlige telefonkonferencer, forberedelser til Læringsseminarer, teambesøg med mere være beskrevet mere tydeligt. Herved kunne alle have dannet sig et indtryk af ressourcebehov, hvilket havde givet mulighed for at afsætte/forhandle ressourcer til projektet før start.

Personalet i afsnittet har været meget interesseret og positive i forhold til at prøve nye tiltag – absolut positivt for projektet og vores egen motivation.

December 2004 ansøgte vi Psykiatrilædelser om penge til igangsættelse af forandringer i afdelingen og fik en rammebevilling, der absolut gav en god start. Vi har ligeledes fået bevilget IT-udstyr i begyndelsen af projektperioden.

01.03.05. blev vi tilført nyt optageområde ”Jammerbugten” svarende til 5 nye kommuner med dertil hørende nye samarbejdspartnere (socialforvaltning, hjemmepleje og praktiserende læger) – uden ressourcetilførsel. Her gik meget af projektarbejdet i stå. I den anledning har vi skrevet brev til afdelingsledelsen, med oversigt over igangsatte og kommende/ønskede tiltag i projektet med estimeret tidsforbrug. Samtidig bad vi om møde med afdelingsledelsen med henblik på drøftelse af ressourcer.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Vi kan godt lide tværfagligt projektarbejde som arbejdsmetode. En af styrkerne ved Gennembrudsprojektet er sammenhængen mellem det daglige arbejde i afsnittet og nytænkning – overvejelser og igangsætning. Den største udfordring er, at få tiden og ressourcerne til at hænge sammen.

Metoden er spændende/inspirerende at arbejde med. PDSA tager udgangspunkt i en problemstilling fra dagligdagen, hvor vi fortager ændringer/tilpasninger, justerer mv. ... ”vi prøver med én”/små-skala... justerer osv. samt forholder os anderledes/konstruktivt til modstand mod forandring.

Synergieffekt

Vi synes om arbejdsformen med læringsseminarer, telefonkonferencer, teamarbejde, månedsrapporter m.v. Gennembrudsforum (it-projektrum) er et godt redskab til informationsudveksling/kommunikation. Vi håber, at vores adgang til Gennembrudsforum varer ved ud over projektperioden – vi får måske tid til senere at arbejde videre med andre områder.

Netværkstanken finder vi meget tiltalende og god. Vi har desværre kun haft begrænset overskud til at deltage i ønsket omfang.

Deltagelse i projektet stiller krav til IT-kundskaber – og udstyr. Ligeledes stiller projektet krav til viden og tid til målinger og databearbejdelse – som vi har haft svært ved at leve op til.

Overordnet mener vi, at omfanget af arbejdet ved deltagelse i Gennembrudsprojektet skulle have været estimeret (i muligt omfang) og tydeliggjort for alle inden projektstart. Dette ville have åbnet mulighed for at indgå leveranceaftaler både i forhold til projektet/sekretariatet og egen ledelse samt givet mulighed for afklaring af ressourcer til projektet FØR start. En beskrivelse af projektets omfang kunne suppleres med en kalender, hvor alle opgaver (f.eks. månedsrapporter, ugentlige teammøder, telefonkonferencer, undersøgelser og deadlines) var plottet ind. Lokalt tror vi, at vi skulle have gjort projektet og vores arbejde mere synligt. F.eks. ved at fortælle meget mere om projektet, printe månedsrapporter, nyhedsbreve og relevante beskrivelser fra Gennembrudsforum ud til personalet i afsnittet.

Visioner:

I teamet vil vi gerne fortsætte projektarbejdet og håber at finde ressourcer hertil. Mulighed for udvikling ligger i denne arbejdsform.

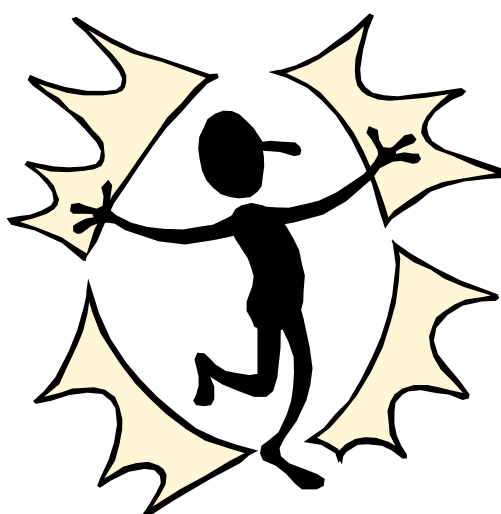
Vi ønsker fortsat at mødes i teamet jævnligt f.eks. én gang månedligt. Umiddelbart har vi fokus på følgende temaer:

- Sekretær i afsnittet
- Fortsætte med udvikling af GAF/KAOS
- Personalegalleri
- Aktiviteter i afsnittet
- ”Kontakt og kommunikation i vanskelige samspil” som arbejdsmetode
- Forbedring af fysiske rammer i skærmningen
- Forbedring af fysiske rammer i hele afsnittet
- Fastholde, vedligeholde og videreudvikle iværksatte forandringer
- Have øje/øre for nye tiltag
- Studiebesøg i relevante afsnit og steder
- Vi har undervist på kvalitets-temadag oktober 2005.

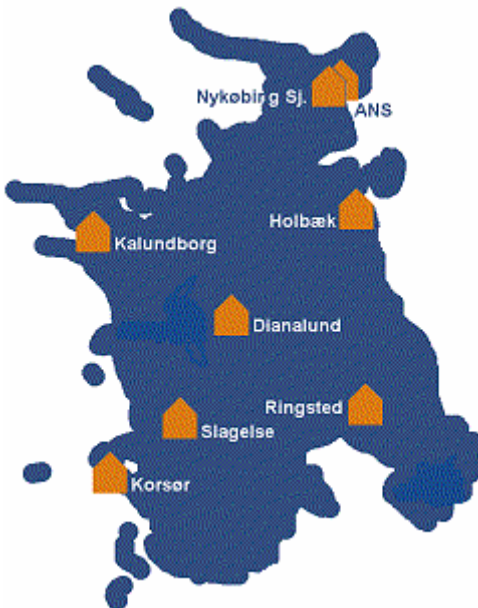


Gennembrudsprojekt

Team Dianalund



Slutrapport

Team	Team Dianalund Dr. Sellsvej 35 A 4293 Dianalund Telefon: 58 27 14 27 – 58 27 14 28 Afsnit E
Teammedlemmer	Ergoterapeut, Naja Bertelsen, kfnabe@vestamt.dk Souschef, Jan Reichenbach Sygeplejerske, Alice Jørgensen Social og Sundhedsassistent, Mette Lindskou
Beskrivelse af afsnittet	Afsnit ”E” er Vestsjællands Amts eneste akut modtageafsnit. Afsnit ”E” er et lukket, miljøterapeutisk afsnit med 16 sengepladser, der dækker 23 kommuner. Det geografiske område spænder vidt, som man kan se på illustrationen:  Målgruppen er borgere i alderen 20 – 75 år med behov for akut almenpsykiatrisk behandling i lukket regi. Vi modtager også patienter, som ikke tilhører målgruppen, fordi der mangler relevante behandlingstilbud. Det er unge under 20 år og retslige patienter. Normering: 35 fuldtidsstillinger, tværfagligt fordelt med læger, sygeplejersker, social – og sundhedspersonale, plejere, ergoterapeut, fysioterapeut, diætist, socialrådgiver og psykolog. Plejebemandingen er: 7 i dagvagt; 6 i aftenvagt og 4 i nattevagt; der skal altid være mindst 2 mænd.
Resumé af resultater Team Dianalund har haft fokus på: Forbedring af relationer imellem personale og patienter, samt flere aktivitetstilbud som middel til at forebygge og nedbringe anvendelsen af tvang. Vi har arbejdet med alle 3 temaer fra forandringskataloget: Forebyggelse af tvang, Tvangsepisoder og Opfølgning på tvangsepisoder, men mest med temaet om forebyggelse. Den største ændring projektet har haft på afsnit ”E”, er de positive holdnings - ændringer og oplevelse af fællesskab. Vi har opnået at: • Fikseringstiden i bælte er blevet nedsat med ca. 50 % i forhold til base – line data.	

- Antallet af bæltefikseringer er blevet nedsat med ca. 30 % i forhold til baseline – data. Da vi begyndte at måle på fikseringerne på afsnit ”E”, viste det sig, at der blev fikseret flest patienter om tirsdage og torsdage. Det er netop vores 2 konference dage, hvor størsteparten af personalet er udenfor patientsamvær i en periode. Vi har ændret på dette, ved at sørge for øget opmærksomhed hos gangvagten og, så vidt muligt, sørge for aktivitets tilbud under konferencen. Det medførte, at mønsteret ændrede sig. Nu er der en tendens, der viser flest fikseringer i week – ends, hvor der mangler tilbud om strukturerede aktiviteter. Vi ser altså en mulig sammenhæng imellem aktivitetstilbud og fikseringer. Vi har derfor fremtidsplaner om at forbedre forholdene i week – ends.
- Tilbud om samvær og aktiviteter i fællesskab med patienter og personale er blevet udvidet til også at omfatte målrettede tilbud om eftermiddagen og aftenen i hverdagene. Der afholdes dagligt fælles eftermiddagsmøde fra kl. 16.15 – 16.30 og der afholdes dagligt aften terapi fra kl. 19.00 – 20.30. Disse tilbud aktiverer patienter, som ellers ikke har deltaget i aktivitetstilbud, på grund af deres dagsrytme. Vores succeskriterium er deltagelse af 1 patient. Vi har samlet nogle gennemgående udtalelser fra både patienter og personale. De fortæller, at tilbuddene giver: Bedre kontakt, større tilfredshed og større fællesskab. En af patienterne udtrykker det på denne måde: ”Ja, man kommer hinanden mere ved. Det giver større selvtillid”.
- Generelt er der sket store positive forandringer i personalets holdning til kvaliteten af samvær med patienterne. Det kan beskrives med dette citat fra en af vores kolleger: ”Nu kan det jo ligefrem være sjovt at være på arbejde”.
- Personalegruppen har fået øget opmærksomheden omkring kvaliteten af tvangsanvendelse. Dette er bl.a. opnået ved indførelsen af vurdering 1 gang i timen af patienter, som er fikserede i bælte.
- Afsnit E er blevet fysisk forskønnet, med nye møbler i samtalerummet. Det har en positiv effekt på patienternes oplevelse af en god modtagelse.
- Ved modtagelse af patienter er personalet på forhånd klar over, hvem der har ansvaret. Det medfører en forbedring i kvaliteten af modtagelsen, og dermed mulighed for hurtig relation imellem patient og personale.

Lokal målsætning og lokale mål

Målsætning:

Som deltagere i: ”Det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien med anvendelse af ”Gennembrudsmetoden”, vil vi forbedre praksis omkring tvangsanvendelsen på afsnit E.

Vi vil forbedre:

Den faglige kvalitet af tvang, den patient oplevede kvalitet af tvang samt reducere brugen af tvang, - ved at lægge vægt på relationer og aktiviteter, som beskrevet i vore fokusområder. Vi vil også arbejde med inspiration og erfaringsudveksling med andre teams i gennembrudsprojektet, og vi vil arbejde med at formidle viden om projektet til relevante personer.

Outcome mål:

Vi vil nedbringe varigheden af bæltefikseringer med 50 % i forhold til base-line data for 1. og 2. kvartal 2004.

Vi vil forebygge tvangsforanstaltninger i henhold til tvangsprotokol 3, så de nedsættes med 50 % i forhold til baseline data for 1. og 2. kvartal 2004.

100 % af indlagte patienter føler sig vel modtaget.

80 % af patienterne føler sig vel informerede ved indlæggelse.

80 % af patienterne er tilfredse med tilbuddene om samvær og aktiviteter på afsnit E

80 % af fikserede patienter skal opleve, at de tilbud de får om aktivitet og samvær under fikseringen har været tilfredsstillende.

100 % af patienter der har været udsat for tvangsforanstaltninger får tilbudt en eftersamtale

80 % af patienter der har været udsat for tvangsforanstaltninger gennemfører en eftersamtale.

Procesmål:

- Ansvarshavende sygeplejerske har ansvar for, at alle fikserede patienter vurderes mindst hver time dag og aften, ud fra standard som udarbejdes af projektteamet inden d. 21.01. 2005
- Alle fikserede patienter tilses af vagthavende læge mindst 1 gang i hver vagt fra d. 21.01. 2005
- Der benyttes en standard for fast vagt funktionen ved fikserede patienter med fokus på samvær, kommunikation og aktivitet. Standarden benyttes til alle fikserede patienter. Standarden udarbejdes af projektteamet før d. 11.05. 2005
- For at skabe mere struktur og forudsigelighed indføres, fra d. 31.08.04, eftermiddagsmøde i tidsrummet 16.15 – 16.30. Det konkrete indhold af eftermiddagsmødet aftales i uge 36, dagsorden foreligger inden d. 31.08.04.
- Patienterne får, fra d.13.12. 2004, tilbud om daglige aktiviteter i tidsrummet 19.00 – 20.30. Aktiviteterne planlægges i fællesskab med patienterne ved eftermiddagsmødet eller kl. 19.00 ved åbningen af terapien.
- Personalet har fra d. 04.11. 2004 markeret på navneskiltet, med farvede prikker hvilket af de 3 kontakt team de kommer fra; rød, grøn eller blå.
- Patienter der kommer i samtalerummet venter fra d. 01. 03. 04 maksimalt ½ time, før de får en lægesamtale.
- Patienter der kommer i samtalerummet får, fra d. 25.10. 2004, mundtlig og skriftlig information om forløbet af ventetid og samtale. Den skriftlige information udarbejdes og sættes op i samtalerummet af projektteamet inden d. 25.10. 2004.
- Folder med husregler er færdig revideret og tages i brug d. 26. 01. 2005. Teamet er opmærksomme på forhold, der kræver ny revidering, således at pjecens oplysninger er korrekte.
- ♦ Teamet udarbejder inden d.? en standard for opfølgende samtaler, hvor enten et personalemedlem der har været involveret i episoden eller en kontaktperson, taler episoden igennem med patienten.

Balancerende mål:

Vil der blive tale om øget brug af beroligende medicin givet med tvang, når vi får nedsat brugen af bæltefikseringer?

MålingerMålinger på: Den faglige kvalitet af tvang og reducere brugen af tvang.

Data fra tvangsprotokollerne for hele projektperioden er blevet behandlet af "Det nationale sekretariat" sammen med baselinedata fra 1. og 2. kvartal i 2004.

Korrekt udfyldelse af bæltefikseringsjournal registreres, for alle journaler i testperioden, og databehandles, ved hjælp af run – charts, af "Team Dianalund".

Ventetiden på lægen er blevet registreret for 27 patienter.

Afholdelse af eftermiddagsmøder er blevet registreret i testperioden af "Team Dianalund".

Personalets tilfredshed med møderne registreres igennem spørgeskemaundersøgelse fra "Team Dianalund". Dette er udført 3 gange, så en udvikling over tid kan registreres.

Aftenaktiviteter er registreret af "Team Dianalund" igennem en periode på ca. 2 mdr. Der blev registreret: Antal deltagende aftenvagter, antal deltagende patienter samt valg af aktiviteter. Personalets tilfredshed med at afholde aftenaktiviteter er registreret i 3 omgange igennem spørgeskemaundersøgelse fra "Team Dianalund".

Målinger på: Den patient oplevede kvalitet af tvang.

Data fra de "Gule" spørgeskemaer er blevet indsamlet af "Team Dianalund" og databehandlet af "Det nationale sekretariat"

Målinger på: Patienter og pårørendes tilfredshed med behandlingen generelt:

Data fra de "Blå" spørgeskemaer er blevet indsamlet af personalet på afsnit "E" og databehandlet af "Det nationale sekretariat". Patienternes tilfredshed med eftermiddagsmøderne registreres igennem spørgeskemaundersøgelse fra "Team Dianalund". Patienternes tilfredshed med eftermiddagsmøderne og aftenaktiviteterne registreres igennem spørgeskemaundersøgelse fra teamet, det er udført 2 gange. Planen er at udføre vores egne spørge skema undersøgelser 1x i kvartalet, til både patienter og personale.

5 patienter har besvaret spørgeskema omkring tilfredshed med informationen på skiltet i samtalerummet.

Afprøvede / testede forandringer

- Samtalerum gøres indbydende og behageligt
- Skilt med informationer i samtalerummet
- Farvede prikker på navneskiltene
- Nedsat ventetid på lægesamtale ved visitering
- Revidering af patient og pårørende pjecer
- Velforberedt modtagelse på "E"
- Eftermiddagsmøde
- Aftenaktiviteter
- Fikseringsjournal
- Fast vagt instruks udarbejdes og lægges sammen med fikseringsjournalen. Skal følges ved hver fiksering
- Fastholde viden om psykiatriloven i personalegruppen

Implementerede / spredte forandringer

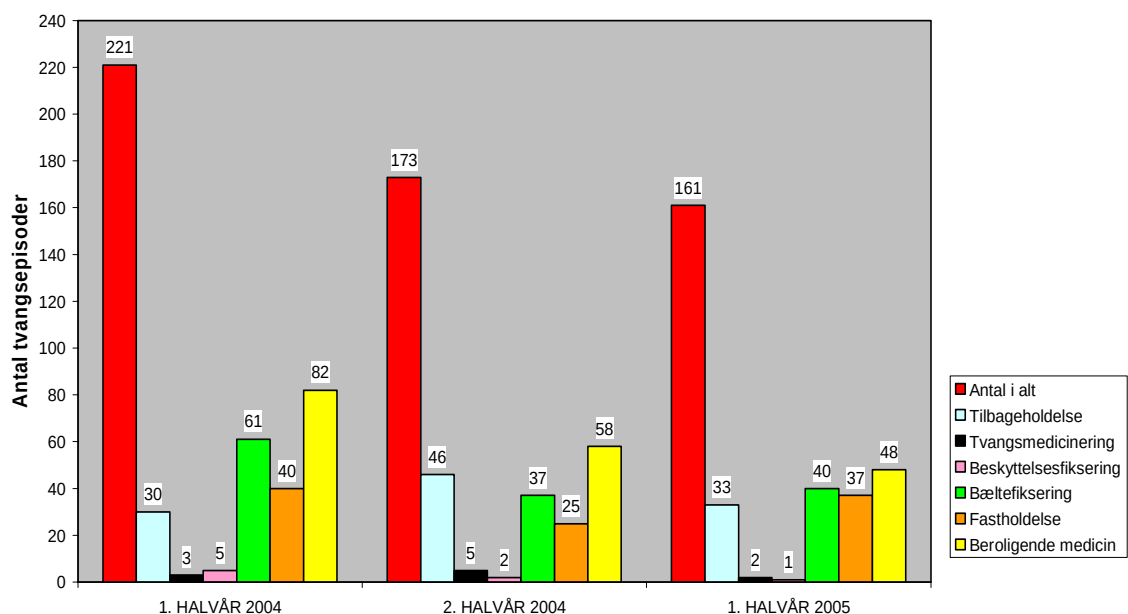
- Samtalerum gjort indbydende og behageligt med nye møbler og tilbud om koldt vand i ventetiden
- Skilt giver klar information om opholdet i samtalerummet
- Farvede prikker på navneskiltene gør kontaktpersonerne tydelige
- Ventetid på lægesamtale ved visitering højst ½ time
- Patient og pårørende pjecer er færdig reviderede
- Velforberedt modtagelse på "E". Alle ved fra vagtens begyndelse, hvem der skal modtage patienter. Visiterede patienter tildeles kontaktteam og stue, før de ankommer
- Eftermiddagsmøde holdes fra 16.15 – 16.30, planlægning af aftenen
- Aftenaktiviteter tilbydes fra 19 – 20.30, mindst 1 aftenvagt deltager
- Fikseringsjournal udfyldes hver time for patienter i bælte
- Fast vagt instruks er implementeret d. 17. 05.2005
- Overlæge underviser personalet i psykiatriloven hver 5. uge på "E"

Resultat

Diagrammer over resultater

Antallet af tvangsforanstaltninger er gået ned i projektperioden. Det kan aflæses på søjlediagrammet.
Med hensyn til vores balancerende mål, kan det ses at tvangsmedicineringen ikke er øget.

Antal tvangsepisoder pr. halvår



Antal samt sum og gns. af varighed af tvang pr. halvår

Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	30	3	61
	Sum	584	47	2082
	Gns.	19	16	34
2. HALVÅR 2004	Antal	46	5	37
	Sum	613	497	1150
	Gns.	13	99	31
1. HALVÅR 2005	Antal	33	2	40
	Sum	217	59	783
	Gns.	7	30	20
Total	Antal	109	10	138
	Sum	1414	603	4016
	Gns.	13	60	29

Der har været et markant fald i antal af bæltefikseringer mellem 1. kvartal 2004 og 1. kvartal 2005 og ligeledes er der sket en reduktion af den gennemsnitlige varighed for bæltefikseringer. Næste tabel viser, hvordan antal og varighed af bæltefikseringer fordeler sig i forhold til antal patienter.

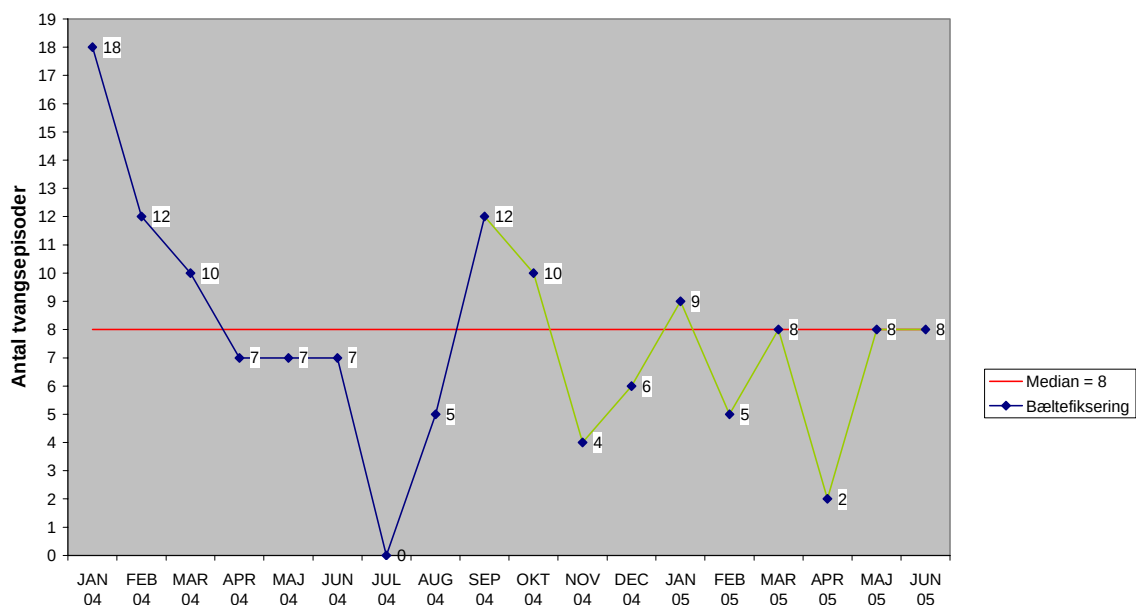
Antal patienter samt sum og gennemsnit af varighed af tvang pr. patient pr. halvår

Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	30	3	43
	Sum	584	47	2082
	Gns.	19	16	48
2. HALVÅR 2004	Antal	43	2	30
	Sum	613	497	1150
	Gns.	14	249	38
1. HALVÅR 2005	Antal	33	2	30
	Sum	217	59	783
	Gns.	7	30	26
Total	Antal	106	7	103
	Sum	1414	603	4016
	Gns.	13	86	39

Den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringer er faldet med 22 % fra 1. halvår 2004 til 1.halvår 2005 set i forhold til antal patienter.

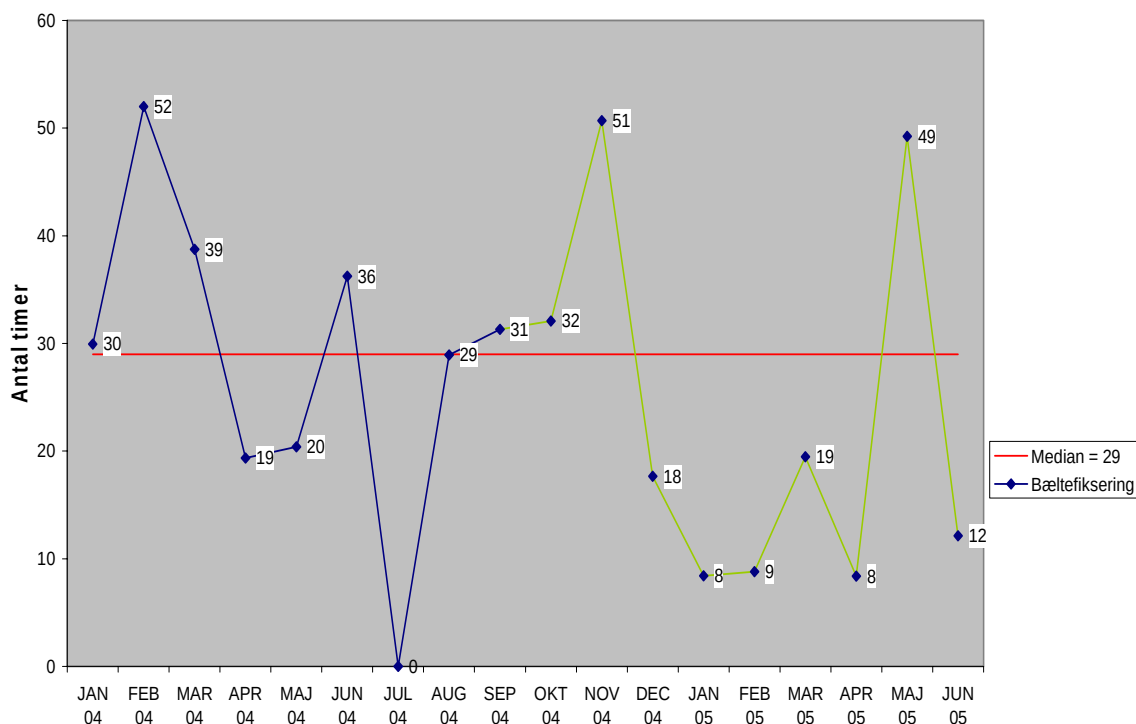
Bæltefiksering. Samlet antal tvangsepisoder

(Bemærk at juli måned er nulstillet, da den ikke indgår i projektperioden)



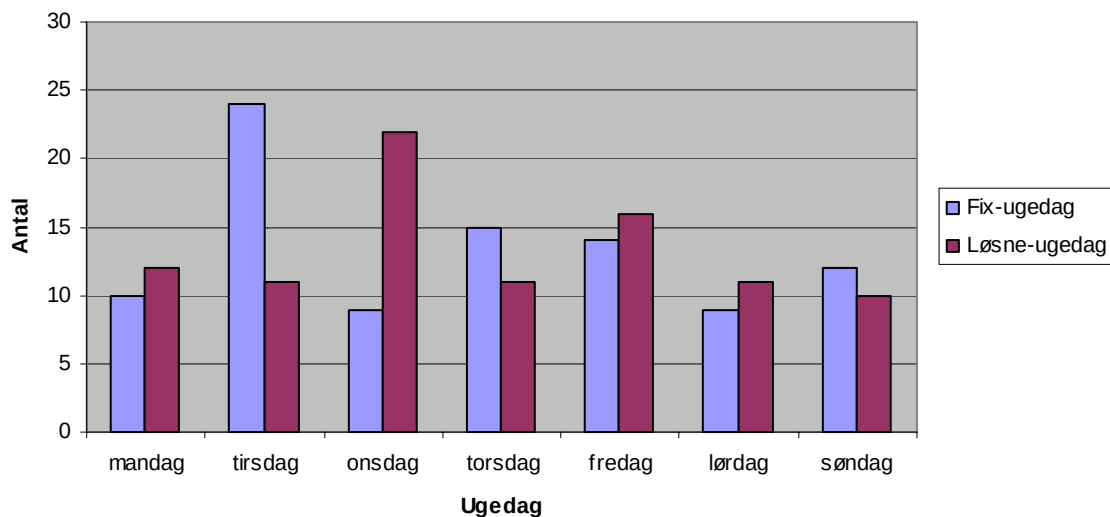
Bæltefiksering. Gns. varighed pr. tvangsepisode

(Bemærk at juli måned er nulstillet, da den ikke indgår i projektperioden)

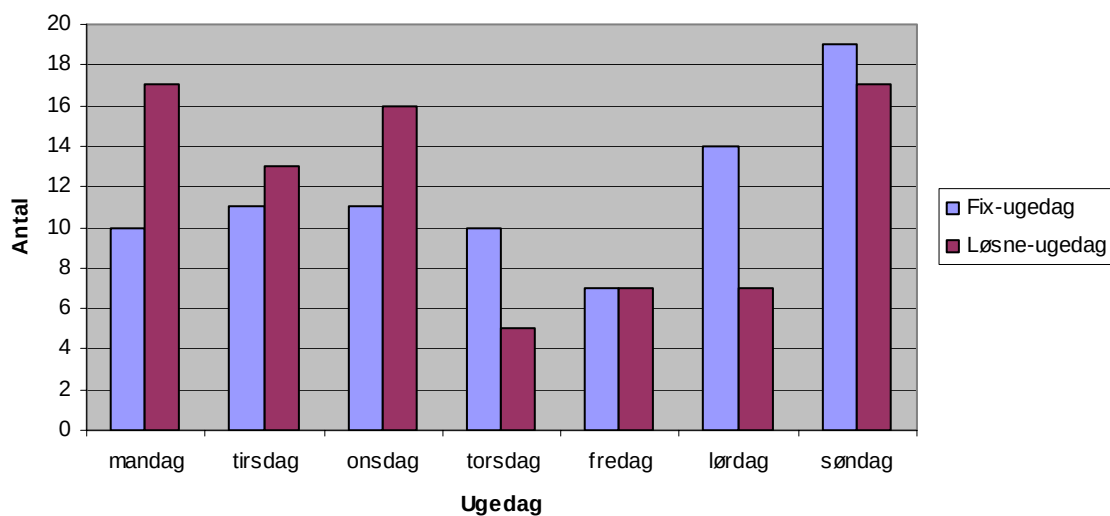


Ugedagene for fikseringer kan aflæses på søjlediagrammerne, beskrivelsen af dette findes på s. 2 i rapporten.

Fix/løsne fordelt på ugedage - 2004



Fix/løsne fordelt på ugedage - 2005



Kommentarer til procesarbejdet

Rammer og vilkår for projektarbejdet:

”Team Dianalund” har fået tildelt 1 projektstilling på 37 timer. Vi har fordelt timerne med 32 timer til tovholder og 5 timer til faglig leder.

Teamet mødes 2 gange om måneden i ca. 2 timer ad gangen.

Teamet prioriterer, at mødet holdes i mødelokale udenfor afsnittet, da det giver bedst arbejdsro.

Det har dog været nødvendigt at afholde møder på afsnittet et par gange på grund af normeringen.

Ledelsen har under hele forløbet bakket op omkring projektet. Der er blevet afsat tid til løbende information til kollegerne på de 2 ugentlige konferencer, på det månedlige personalemøde og i referaterne fra afdelingsledermøderne. Derudover har teamet undervist ved 2 tværfaglige undervisningstimer, et i november og et i april.

På afsnit E har projektarbejdet været præget af:

Personalets modstand mod teamets tiltag i første halvdel af projektperioden –

Personalets holdningsændring med opbakning til teamets tiltag og personalets egne initiativer til forbedringer af miljøterapien i projektperiodens anden halvdel.

Ændringer i organisationen i projektperioden:

Der sker mange ændringer i Sygehus Vestsjælland, hvor 5 psykiatriske afdelinger er ved at blive ændret til 3.

Desuden arbejdes der med store ændringer i forhold til sygehus - og distriktsarbejdet.

På Psykiatrihospitalet i Dianalund har det betydet, at gerontoafsnittet nu dækker alle 23 kommuner, og hospitalet skal endvidere udvide med endnu et åbent afsnit.

De 2 øverste afdelingsledere på Psykiatrihospitalet i Dianalund er skiftet ud i projektperioden.

Der har i en periode manglet psykologer på hospitalet, og derfor har det ikke været muligt at tilbyde patienterne den sædvanlige psykologbistand, og personalet har også manglet tilbud om supervision.

Varetagelsen af vikariatet for tovholderen på afsnit E har desuden været præget af stor ustabilitet, hvilket, i perioder, har betydet vanskeligheder for tovholderen.

Derudover er der blevet indført nye elektroniske registreringsprocedurer for alle faggrupper. Et af teammedlemmerne har fået et stort ekstraarbejde som underviser i de nye registreringsprocedurer.

Så projektperioden har været præget af turbulens og gennemgribende forandringer i organisationen. Det har selvfølgelig været en ekstra belastning for alle medarbejdere.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det er meget givende at: planlægge, afprøve, vurdere og implementere nye tiltag i egen praksis ud fra idéer opstået i det daglige arbejde.

P.D.S.A.- cirklen er et godt arbejdsredskab, der strukturerer dette arbejde.

Walk - through øvelserne er også en meget effektivt arbejdsmetode i forhold til at få indblik i egen praksis og til at få nye forandringsidéer.

Forandringskataloget har været inspirerende og desuden godt som middel til at skabe overblik i forhold til de 3 temaer.

Læringsseminarerne har været udviklende og har givet gode muligheder for indblik i andre teams arbejde.

Telefonkonferencerne har været svingende i forhold til læringsudbyttet, de bedste har været dem med et oplæg og efterfølgende dialoger teams'ene imellem.

Gennembrudsforummet er en rigtig god idé; men det skulle have været tilgængeligt fra dag 1.

Det har været en begrænsning, at vi først kunne bruge det langt inde i projektperioden. Desuden er det ikke helt nemt, at finde de oplysninger man lige har brug for. Gennembrudsforummet kunne godt udvikles, så det bliver mere effektivt.

Noget af det sværeste har været den store mængde dokumentation der kræves. Desuden har det været svært at fatte de forskellige graffremstillinger og deres tydning. Et run - chart giver ikke automatisk en "aha" oplevelse, det kræver grundig undervisning. Det har ikke været tilstrækkeligt for vores team, at der blev undervist 1 person ved 2. læringsseminar.

Det har også været svært at implementere nye tiltag i store mængder, i perioder har vi måttet begrænse vores forventninger.

Brugen af ”Gennembrudsmetoden” har medført kompetenceudvikling blandt teammedlemmerne, det gælder f.eks. i forhold til formidling af resultater og brug af IT udstyr i det daglige dokumentations arbejde.

Sammenfattende har ”Gennembrudsmetoden” været en vældig effektiv og inspirerende arbejdsmetode for vores team. Vi har også klart tilkendegivet, at vi vil fortsætte med at bruge metoden fremover på afsnit E, hvor metoden allerede ”smitter af” i det daglige arbejde. Det kommer f.eks. til udtryk i en skærpet opmærksomhed omkring udførelsen af konferencebeslutninger, hvor der nu altid er klarhed over: ”Hvem gør det?” og ”Hvornår bliver det gjort?”. En lille, men vigtig detalje, som tidligere gav anledning til misforståelser og forsinkelser af arbejdet.

Netværksarbejdet i ”Gennembrudsmetoden” er også et vigtigt område, som vi håber, kan fortsætte og vokse. Derfor mener vi, at det er meget vigtigt, at ”Gennembrudsforummet” fortsætter med at være tilgængeligt og også gerne bliver videreudviklet, så det bliver hurtigere at bruge.

Det videre arbejde...

Psykiatrisk Center har lagt en spredningsstrategi for Sygehus Vestsjælland. Det er en plan, der kræver tilførelse af ressourcer for at kunne gennemføres. Dette arbejde bliver teamet inddraget i ved et møde med Psykiatrisk Centers afdelingsledere i december.. I august og september har vi 1 times oplæg om projektet, på 6 temadage om skærmning, for alt personalet i Psykiatrisk Center. I november har vi også 1 times oplæg for amtets psykiatriudvalg, ligesom vi skal deltage i en temadag om kvalitetsudvikling i Sygehus Vestsjælland. Endelig er vi blevet bedt om at deltage, med en work – shop, på et psykiatriseminar i december, som er arrangeret af psykiatrien i Storstrøms Amt.

Projektteamet har ikke nået alle planlagte tiltag, da det er vigtigt at de iværksatte tiltag bliver grundigt implementerede og samtidig er det vigtigt at personalegruppen er parate til nye udfordringer.

Team Dianalund har fortsat planer om at gennemføre de tiltag, omkring eftersamtaler, som vi ikke har nået at opfylde ud fra vores outcome mål. Vi har endvidere allerede flere nye gode idéer om tiltag, der kan begrænse og kvalitetsforbedre tvangsansvarelsen på afsnit E.

Så vi fortsætter forhåbentlig den gode udvikling som er i gang nu.



Gennembrudsprojekt

Team Glostrup ung



Slutrapport

Team	Team Glostrup Ung Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Glostrup Ndr. Ringvej 69 2600 Glostrup Tlf. 43 23 36 62
Teammedlemmer	Souschef, sygepl. Susan Boyd (kontaktperson) sboy@glostruphosp.kbhamt.dk Social- og sundh.ass. Charlotte Christiansen Ergoterapeut Selma Kofod Overlæge Torsten Warrer (indtil 31.5.05)
Beskrivelse af afsnittet	Akut lukket modtageafsnit for 15-17-årige 8 sengepladser, personalenormering 20,5
Resumé af resultater	Team Glostrup Ung har arbejdet med forebyggelse af tvang, bl.a. ved iværksættelse af individuelle aktiviteter til akut psykotiske unge. Vi har ikke målt på resultatet.

Lokal målsætning og lokale mål
<i>Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål</i> 75 % af patienterne skal være "tilfreds" eller "meget tilfreds" vedr. den samlede tvang ved udskrivelse. 75 % af personalet skal vurdere at der er sket en bedring omkring tvang i forhold til før projektet.
Målinger
<i>Beskriv hvordan målingerne blev gennemført</i> -Data fra tvangsprotokollerne for hele 2004 er databehandlet af Det nationale sekretariat -Data omkring patienttilfredshed er blevet indsamlet via udlevering af det "gule" spørgeskema og databehandlet af Det nationale sekretariat
Afprøvede / testede forandringer
1. Nævn de mest succesfulde forandringstiltag der er gennemført i løbet af projektperioden, 2. Nævn de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang på afsnittet/afdelingen Succesfulde forandringstiltag: 1. Iværksættelse af individuelle aktiviteter til akut psykotiske unge.
Implementerede / spredte forandringer
1. Hvilke forandringstiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden, 2. Beskriv igangsatte spredningsaktiviteter

Implementerede forandringstiltag:

Iværksættelse af individuelle aktiviteter til akut psykotiske unge.

Igangsatte spredningsaktiviteter:

1. Temamøde arrangeret for hele afsnittet om anvendelse af aktiviteterne til akut psykotiske unge.
2. Information omkring relevante arbejdspapirer på personalemøde.
3. Den udpegede spredningsansvarlige (Marie Fuglsang) har aftalt at teamet deltager i en temadag i psykiatrien i amtet hvor vejledning til aktiviteter til akut psykotiske unge og tilhørende skemaer præsenteres. Her fremlægges også teamets erfaringer med at arbejde efter gennembrudsmetoden.
4. Teamets sygeplejerske har deltaget i en temadag for sygeplejersker ansat i psykiatrien i amtet og fortalt om erfaringer med at arbejde efter gennembrudsmetoden.

Resultat

1. Beskriv resultaterne 2. Indsæt de vigtigste grafer (max.4) med kommentarer indføj

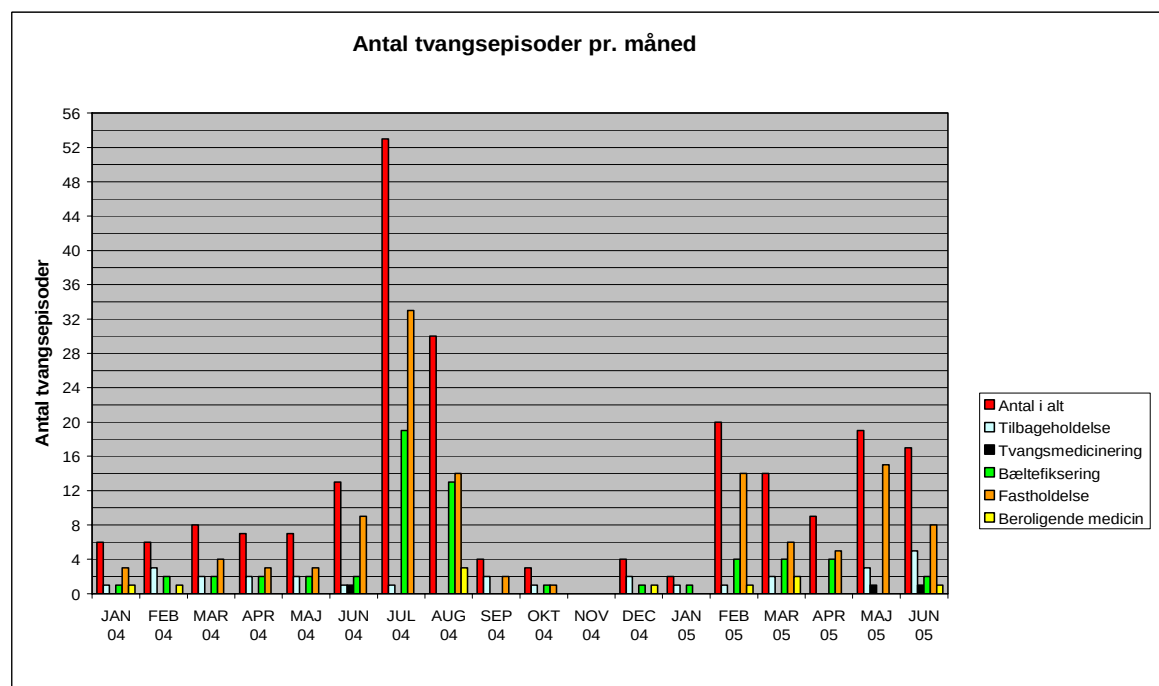


Diagram 1

Antallet af tvang ligger generelt lavt og der har været bestemte patienter som i perioder har udløst meget tvang.

Tvangsmedicinering sker sjældne i afsnit og de fleste af disse i givet i på baggrund af en behandlingsindikation og ikke i forbindelse med fastholdelse eller fikseringer.

Teamet havde som et mål at 75 % af patienterne er ”tilfreds” eller ”meget tilfreds” vedr. de samlede tvang ved udskrivelse. Da der har været lavt brug af tvang har kun 6 patienter fået udleveret det gule spørgeskema og svar % har været så lav at den ikke er et brugbart måleinstrument i f.t. patient tilfredshed. Samtidig er de planlagt eftersamtaler ikke iværksat.

Under hele projektet forløb har personalet haft et øget fokus på brug af tvang. Tilbagemeldinger fra personalet er at der er sket en bedring i forhold til tvang men der foreligger ikke en undersøgelse af personalets oplevelse af brug af tvang på afsnittet før opstart af projektet.

Kommentarer til procesarbejdet

1. *Beskriv rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden.(f.eks. hyppighed og tid til teammøder, frikøb af personale),*
2. *Beskriv væsentlige ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen (f.eks. personale, ressourcer m.m.)*

1. *Der har været afsat 8 timer pr. uge til arbejde i teamet, med mulighed for vikardækning i afsnittet. Der har været et vikartimeforbrug på 54 timer i perioden. Teamet afholdt i starten 2 korte møder pr. uge, men ændrede senere dette til 1 længere møde om ugen med henblik på at skabe overblik og sammenhæng.*
2. *Det ene teammedlem har på grund travlhed næsten ikke deltaget i teammøder fra januar måned og fratrådte sin stilling pr.31.5.05. Der har i perioden været en del øvrige focusområder i afsnittet, som har været prioriteret i det daglige. Teammøder har været aflyst på grund af travlhed.*

1. *Beskriv hvad har været det mest givende ved at arbejde med metoden?, 2. Beskriv hvad har været det sværeste ved at arbejde med metoden?, 3. Beskriv hvad er jeres samlede erfaringer med at arbejde med metoden*

1. *Det har været spændende at arbejde med forandringstiltag i afsnittet. Det har været givende at deltage i Læringsseminarerne, især Læringsseminar 2 og 3, hvor der var mulighed for erfaringsudveksling med andre teams.*
2. *Det har været svært at finde tid til at arbejde med forandringstiltag i travle perioder. Det har gjort det vanskeligt at arbejde med Gennembrudsmetoden at vi manglede baselines, hvorfor vi har haft svært ved at registrere og dokumentere ændringer. I perioder har vi ikke haft akut psykotiske unge indlagt, hvorfor vores tiltag ikke har kunnet gennemføres. Spredning til faste kontaktpersoner har været vanskeliggjort af skiftende arbejdstider.*
3. *Metoden, især småskaletests, er brugbar i forbindelse med kvalitetsforbedring, fordi den er anvendelig i praksis og fordi det løbende kan vurderes om en forandring leder til en forbedring.*

Det videre arbejde...

Beskriv hvilke planer der er lagt for det videre arbejde med kvalitetsudvikling vedr. tvang. Såfremt der er indgået aftaler med ledelsen om det videre arbejde beskrives disse. Hvis ikke der er lagt aktuelle planer, beskrives de ønsker I som team har for det fremtidige arbejde. På mødet med centerledelsen den 17.juni 2005 er der aftalte følgende m.h.p. videre arbejde med kvalitetsudvikling vedr. tvang i afsnittet:

- *at der arbejdes mod implementering af: Forældrepeje tilføjes information om psykiatrilovgivning (er implementeret i august 2005).*
- *systematisk indlæggelse samtale/rundvisning.*
- *information til nyindlagte patienter om tvang.*
- *tydeliggørelse af fastvagt og patientens rettigheder ved fiksering.*
- *eftersamtale efter tvang.*
- *At der arbejdes mod spredning af individuelle aktiviteter til akut psykotisk unge på 2 niveauer: 1) til centeret med fokus på det åbne ungdomspsykiatriske afsnit 61 samt den 7 døgn's børneafsnit 59. 2) til andre amtslig institutioner.*

Vi forventer ikke at fortsat som teamet men skal i den nærmeste fremtiden havde afklaret hvordan der arbejdes videre med og i samarbejde med afsnits nye ledelse og centers ny udviklingschef.



Gennembrudsprojekt

Team Glostrup voksne



Slutrapport

Team	Team Glostrup Voksen, afs. P7879 Psykiatrisk Center Glostrup Ndr. Ring vej 69 - 2600 Glostrup
Teammedlemmer	Sygeplejerske Ina Jensen inaj@glostruphosp.kbhamt.dk Overlæge Poul Brix pobr@glostruphosp.kbhamt.dk Sygeplejerske Randi Holdt raho@glostruphosp.kbhamt.dk Afd. sygeplejerske Christa Rossen chros01@glostruphosp.kbhamt.dk
Beskrivelse af afsnittet	Akut modtageafsnit P 7879, Åben/lukket modul 22 sengepladser, personalenormering 26
Resumé af resultater	Team Glostrup voksen har arbejdet inden for alle tre temaer i forandringskataloget. Vi har i teamet arbejdet målrettet på at nedbringe bæltefikseringer med 50 %. Samlet er bæltefikseringer reduceret til 46,4 % i løbet af projektperioden, set i forhold til 1. og 2. kvartal 2004. (Kort resumé)

Lokal målsætning og lokale mål

Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål

Afs. P7879 vil i projektperioden arbejde med at forbedre praksis omkring anvendelse af tvang med henblik på at reducere anvendelse af tvang, bedre den patientoplevede kvalitet af tvang og udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang. Vi vil have fokus på tvangsfiksering med henblik på at afsøge muligheder og tiltag, der kan nedbringe behov for fikseringer, tiltag der er med til, hvis fiksering er nødvendig, at dette sker i så en skånsom proces som muligt og endelig at nedbringe tvangsfikseringer.

Outcome mål:

- At nedbringe bæltefikseringer med 50 % i forhold til baseline 1. og 2. kvartal 2004.
- At nedbringe antal timer ved bæltefiksering med 50 % i forhold til baseline 1. og 2. kvartal 2004
- At 75 % af personalet på afsnittet vurderer, at der er sket en forbedring af praksis omkring tvang i projektperioden.

Procesmål:

- ♠ At der efter hver tvangsfikseringsepisode, skal foretages en rutinemæssig aflastningssamtale, med det involverede personale, om hændelsen og afdække behov for hvorvidt der er brug for en egentlig systematisk debriefing for den/de involverede personer.
- ♠ At 100 % af de patienter, der har været udsat for tvangsfiksering tilbydes en eftersamtale, og 70 % af disse tilbydes denne inden for 14 dage.
- ♠ At omstrukturere og lave tiltag som vil være med til at gøre vores lukkede del mere indbydende og funktionel.

- ♠ At lave spørgeskema i forhold til arbejdsmiljø.
- ♠ At revidere vores husorden og afdelingens velkomstbrochure.

Balancerende mål:

- ◆ Hyppighed af vold og trusler om vold der registreres på afdelingen
- ◆ sygefravær

Målinger

Beskriv hvordan målingerne blev gennemført

Målinger er blevet gennemført på forskellig vis:

- Data fra tvangsprotokollerne for hele 2004 er databehandlet af Det nationale sekretariat
- Data omkring patienttilfredshed er blevet indsamlet via udlevering af det ”gule” spørgeskema og databehandlet af det nationale sekretariat
- Der vil blive udarbejdet runcharts for antal af patienter der har gennemført en eftersamtale efter ophør af bæltefiksering.
- Tal er indhentet fra ledelsen vedr. sygemeldinger
- Tal indhentes fra sikkerhedsansvarlig vedr. anmeldelser om vold og trusler.

Afprøvede / testede forandringer

1. Nævn de mest succesfulde forandringstiltag der er gennemført i løbet af projektperioden, 2. Nævn de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang på afsnittet/afdelingen

1. Skema til evaluering af bæltefikseringer med henblik på debriefing.
2. Omstrukturering af afs. daglige fordelingsseddel
3. Forskønnelse af vores lukkede del, ansøgning om ændring af fysiske rammer
4. Revidering af vores velkomstbrochure incl. husorden.
5. Eftersamtaler med patienter udsat for bæltefiksering.
6. Interviewguide til eftersamtaler.
7. Instruks for modtagelse af patient.
8. Instruks til eftersamtaler
9. Vejledning til indlæggelsessamtale

Forandringstiltag med størst effekt på kvaliteten af håndtering af tvang:

Et af de forandringstiltag, der har haft størst indflydelse på vores afsnit, er justering af vores daglige fordelingsseddel. Før justeringen, var vores åbne del, hovedvægten på fordelingssedlen. På den nye fordelingsseddel er der sat fokus på den lukkede, med bl.a. navngivne personaler til morgengymnastik, morgenmøde, husgruppe etc.. Dette har medført en mere tydelig struktur, og dermed kontinuitet for patienterne

Af andre forandringstiltag skal nævnes skema til evaluering af bæltefikseringer, samt eftersamtaler med patienter udsat for bæltefiksering. Her har vi oplevet at, det fokus som er kommet på udøvede bæltefikseringer, har sat mange diskussioner i gang i personalegruppen, hvilket har bevirket at personalet er blevet mere opmærksomme på forebyggelsen af tvang.

Et tredje forandringstiltag, der i fremtiden vil få stor betydning på vores lukkede del er, at teamets ansøgning til ledelsen, om en ombygning af vores fysiske rammer, er blevet bevilliget. Vores lukkede del vil derefter blive et mere åbent miljø, med større mulighed for havebesøg og frisk luft.

Implementerede / spredte forandringer

1. Hvilke forandringstiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden, 2. Beskriv igangsatte spredningsaktiviteter

1. Eftersamtaler for patienter udsat for bæltefiksering.
2. Fordelingsseddel til den daglige arbejdsgang
3. Registreringsskema til evaluering af bæltefikseringer.
4. Interviewguide til eftersamtaler.
5. Instruks til eftersamtaler.
6. Instruks til modtagelse af patient
7. Vejledning til indlæggelsessamtalen.

Resultat

Beskriv resultaterne 2. Indsæt de vigtigste grafer (max.4) med kommentarer indføjjet

Antal samt sum og gns. af varighed af tvang pr. halvår

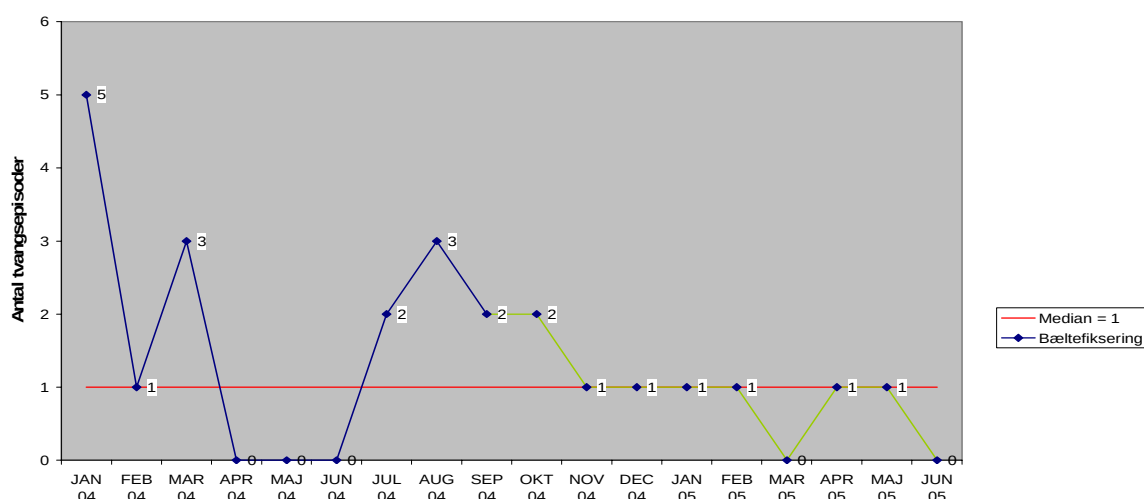
Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	11	4	9
	Sum	295	233	117
	Gns.	27	58	13
2. HALVÅR 2004	Antal	14	5	11
	Sum	246	129	262
	Gns.	18	26	24
1. HALVÅR 2005	Antal	2	0	4
	Sum	33	0	44
	Gns.	17	0	11
Total	Antal	27	9	24
	Sum	574	362	423
	Gns.	21	40	18

I forhold til at teamets to lokale mål om at nedbringe bæltefikseringer med 50 % i forhold til baseline 1. og 2. kvartal 2004 og nedbringe antallet af timer ved bæltefiksering med 50 % i forhold til baseline 1. og 2. kvartal 2004 er følgende resultater opnået:
Fra 1. halvår 2004 til 1. halvår 2005 er antallet af bæltefikseringer reduceret med 55 %, her har teamet nået det lokale mål. Den gennemsnitlige varighed er i samme periode reduceret med 15 %. Ser vi på den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringer pr. patient er tallet dog væsentligt højere i alt 35 % og antallet af bæltefikseringer pr. patient er faldet med i alt 43 % set i forhold til 1. halvår 2004 og 1. halvår 2005.

Antal patienter samt sum og gns. af varighed af tvang pr. patient pr. halvår

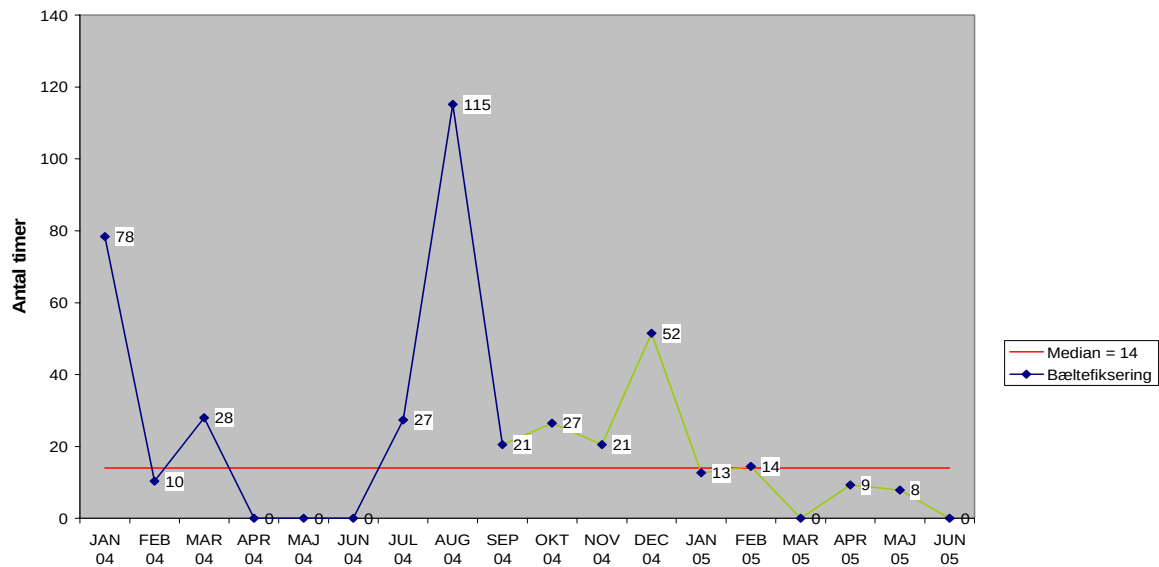
Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	10	3	7
	Sum	295	233	117
	Gns.	30	78	17
2. HALVÅR 2004	Antal	14	5	11
	Sum	246	129	262
	Gns.	18	26	24
1. HALVÅR 2005	Antal	2	0	4
	Sum	33	0	44
	Gns.	17	0	11
Total	Antal	26	8	22
	Sum	574	362	423
	Gns.	22	45	19

Bæltefiksering. Samlet antal tvangsepisoder

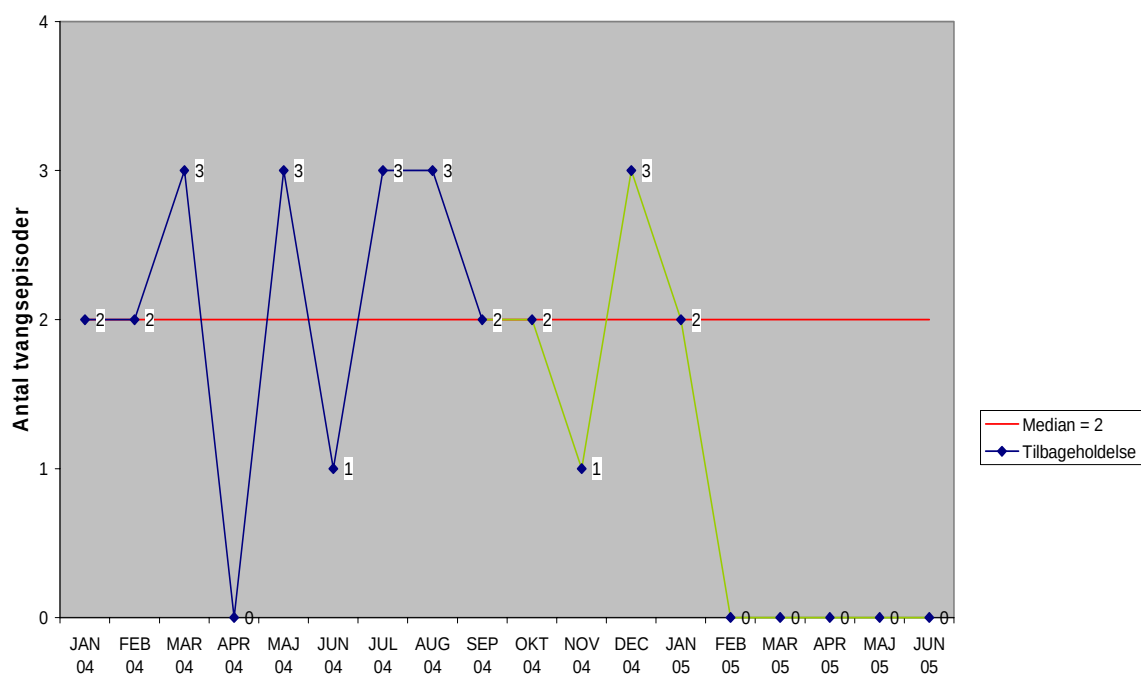


Antallet af bæltefikseringer er meget lavt. I december var der dog en lang bæltefiksering, hvilket skyldes en enkelt patient, som efter eget ønske, valgte at forblive i bælte, da hun var meget usamlet.

Bæltefiksering. Samlet varighed

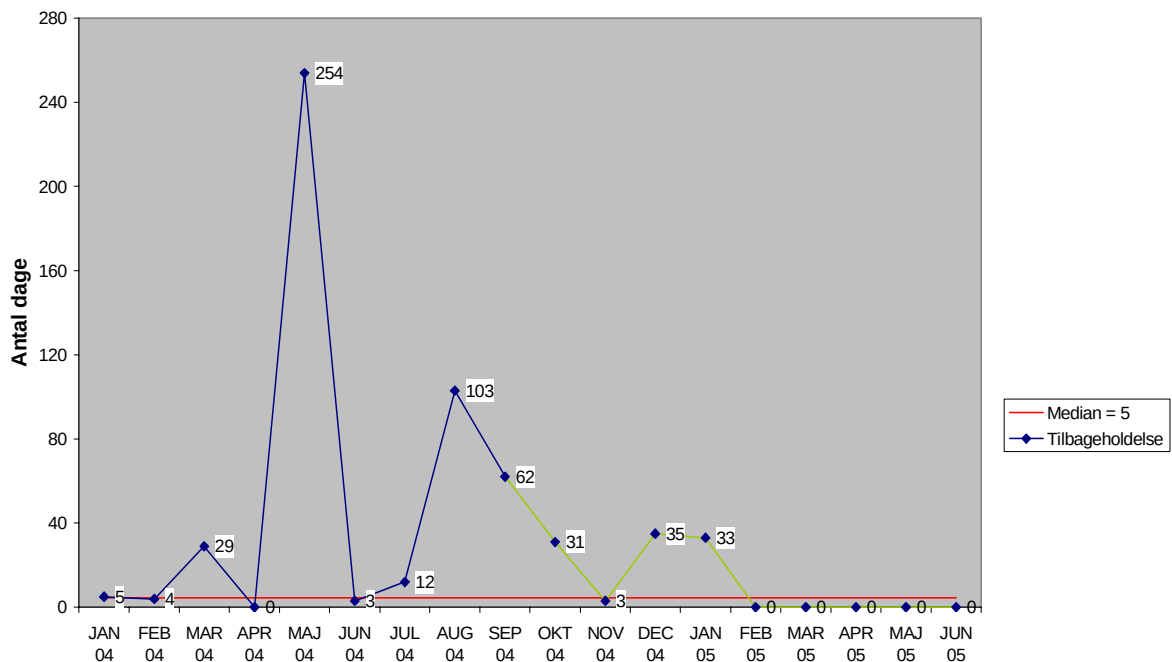


Tilbageholdelse. Samlet antal tvangsepisoder



Det samlede antal tilbageholdelser er reduceret markant i forhold til 1. halvår 2004 og 1. halvår 2005 i alt 82 % ligeledes er den gennemsnitlige varighed for tilbageholdelse også reduceret med i alt 37 %.

Tilbageholdelse. Samlet varighed



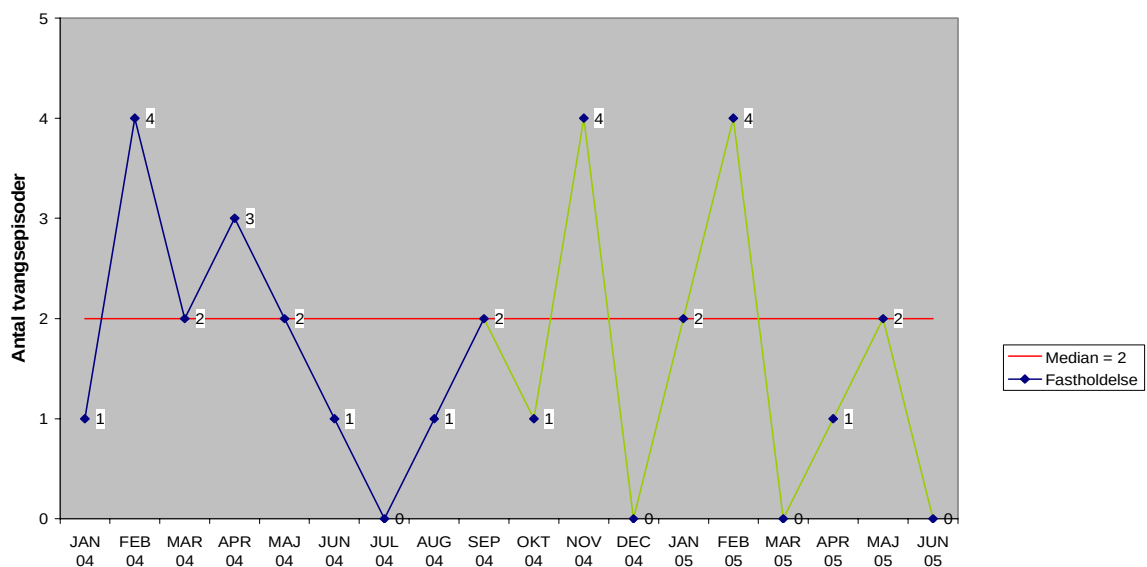
Antallet af tilbageholdelser er opgjort fra den måned de er påbegyndt og til den måned de afsluttes. Dvs. at tilbageholdes en patient i januar til og med marts, så vil patienten tælle med i både januar, februar og marts måned.

Varigheden af afsluttede tilbageholdelser er opgjort som dage. Varigheden tildeles i den måned, hvor episoden slutter. Dvs. begynder en episode den 28. januar og afsluttes den 2. februar, så vil varigheden på 5 dage bliver opgjort i februar.

Antallet af tilbageholdelser stiger i fra april til april, men de afsluttes ikke løbende. Hvorfor?

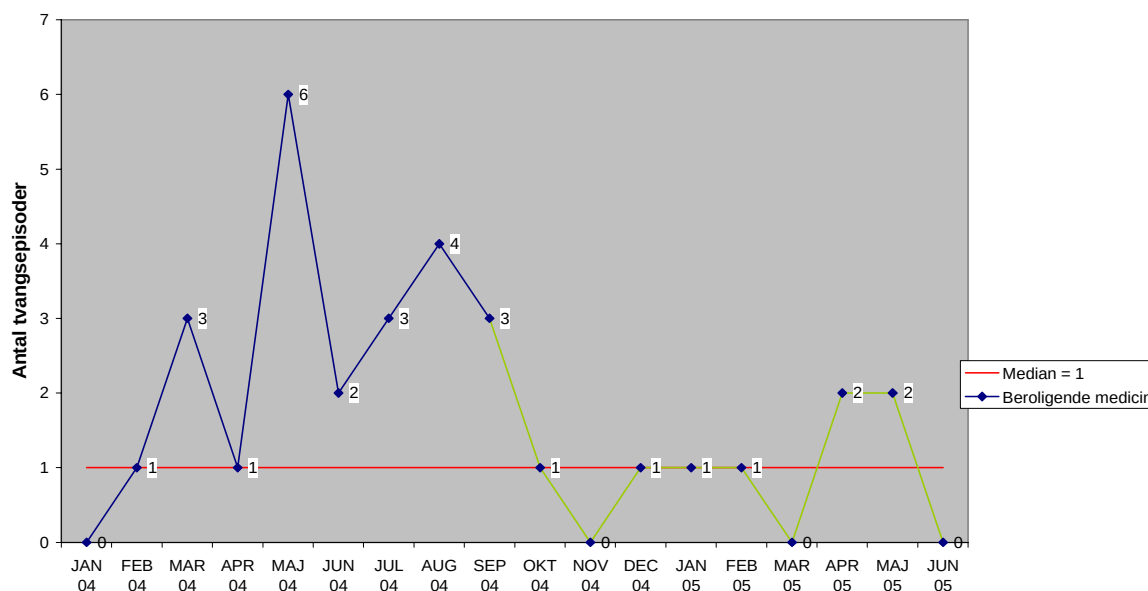
Dette skyldes enkelte debuterende unge psykotiske patienter. Vi har haft opretholdt tvangstilbageholdelsen for at opnå en behandlingsalliance og øge compliance for patienten. Dette for at undgå hurtige og mange indlæggelser.

Fastholdelse. Samlet antal tvangsepisoder



Antallet af fastholdelser følger antallet af patienter udsat for fastholdelser. I november og februar udsættes de samme patienter for flere fastholdelser. Dette skyldes, bl.a. en ung pige, med voldsom selvmutilerende adfærd, hvor personalet har haft mulighed for fastholdelse, og dermed brugt mindstmiddelprincippet. Antallet af fastholdelser er i perioden 1. halvår 2004 til 1. halvår 2005 reduceret med 31 %.

Beroligende medicin. Samlet antal tvangsepisoder



Antallet af beroligende medicin er blevet nedbragt i projektperioden med 54 % set i forhold til 1. halvår 2004 og 1. halvår 2005.

Der er blevet anvendt mindre beroligende medicin i projektperioden, da vi ikke har haft mange voldsomt udadreagerende patienter. Grunden til, at den stiger i april, skyldes den tidligere nævnte unge pige, med voldsom selvmutilerende adfærd.

Kommentarer til procesarbejdet

1. Beskriv rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden.(f.eks. hyppighed og tid til teammøder, frikøb af personale),
2. Beskriv væsentlige ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen (f.eks. personale, ressourcer m.m.)

Rammer og vilkår for arbejde i projektperioden:

Team Gostrup voksen har haft gode vilkår for at arbejde med Gennembrudsprojektet. Sygeplejerske Ina Jensen har været frikøbt 20 timer hver uge til at arbejde med projektet. Dette har været af stor betydning i forhold til det store administrative arbejde der har været i projektperioden. Vi kunne dog sagtens have brugt flere timer, da det ofte har været svært at samle hele teamet til ugentlige møder.

Manglende ressourcer har også været medvirkende til, at det har været svært at få hele personalegruppen involveret i forandringstiltagene. Det havde været ønskeligt, at der havde været mulighed for ekstra temadage, hvor vi ville have haft mulighed for at inddrage hele personalegruppen.

Ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen.

Team Glostrup Voksen har under hele projektperioden været under hårdt pres. Afdelingen har haft flere langtidssygemeldinger, hvilket har belastet budgettet til vikarer, og dermed manglende ressourcer til teammøder. Desuden har vi ikke haft fuld bemanning på lægeområdet, som har medført, at vores overlæge har haft svært ved at være med hele processen. Dette har medført, at det har været svært at afprøve nye forandringstiltag.

Teamet har fokuseret på de enkelte forandringstiltag, der har været sat i værk, i stedet for at sætte alt for mange nye tiltag i "søen".

Vi mener, at de ting som er blevet implementeret, kun har kunne lade sig gøre, fordi Sygeplejerske Ina Jensen har været frikøbt i 20 timer om ugen.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

1. Beskriv hvad har været det mest givende ved at arbejde med metoden?, 2. Beskriv hvad har været det sværeste ved at arbejde med metoden?, 3. Beskriv hvad er jeres samlede erfaringer med at arbejde med metoden

Det mest givende ved at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det har været givende at arbejde med forandringskataloget, og få ideerne tilpasset vores afdeling. Gennembrudsforum har været et godt sted til at kunne læse og dele ideer og ikke mindst stille spørgsmål til andre teams, om deres forandringstiltag. Læringsseminarerne har været rigtig gode at deltage i, og har givet en god baggrundsforståelse. Derudover har vi i afdelingen, fået sat et større fokus på tvang og anvendelsen af denne.

Det sværeste ved at arbejde med Gennembrudsmetoden

I vores team har vi syntes, at det har været svært at få implementeret vores forandringstiltag, specielt i de meget travle perioder. Personalegruppen har til tider følt projektet som en ekstra belastning i deres meget pressede hverdag. Projektet havde ikke kunne lade sig gøre uden frikøb af tovholder.

Samlede erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Der er ingen tvivl i teamet om, at metoden er anvendelig i hverdagen og, at forandringstiltagene fører til forbedringer. Det har dog været vanskeligt at arbejde med PDSA-cirklerne i en travl hverdag, med manglende ressourcer. Men selve pointen med at sætte sig nogle mål og hvilke forandringstiltag der skal anvendes for at nå målene, har været en rigtig god læreproces.

For at implementerings- og spredningsarbejdet skal fortsætte efter projektets afslutning, kræver det en stor opmærksomhed fra ledelsens side, da arbejdet med implementering og spredning er ressourcekrævende.

Kbh. Amt er i gang med Akkreditering, og som på områder har harmoneret med projektet, men til tider også vanskeliggjort arbejdet, da der har været fokus på mange aspekter.

Det videre arbejde...

Beskriv hvilke planer der er lagt for det videre arbejde med kvalitetsudvikling vedr. tvang. Såfremt der er indgået aftaler med ledelsen om det videre arbejde beskrives disse. Hvis ikke der er lagt aktuelle planer, beskrives de ønsker I som team har for det fremtidige arbejde.

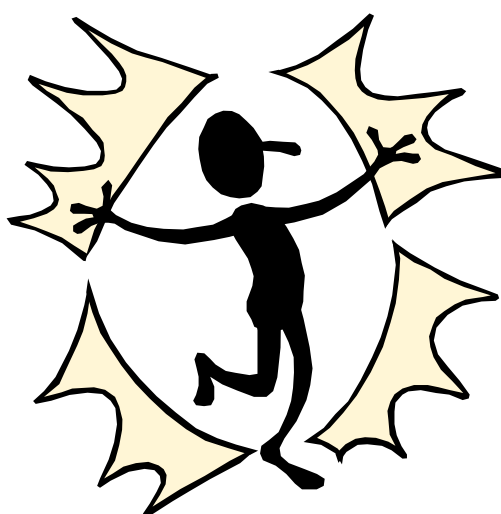
Der er fra ledelsen side arrangeret, informationsmøde for hele centret i juni måned, hvor vi i teamet vil fremlægge vores arbejde med projektet. Dette med henblik på spredning til hele centret. Efter læringsseminar 3, hvor der deltog repræsentanter fra Københavns Amt, er der blevet besluttet i Amtet, at der skal ske et spredningsarbejde til afdelinger her på centret samt til amtets 2 andre psykiatriske centre. Det vil betyde, at deltagerne fra vores team skal fungere som ressource personer, til det fortsatte arbejde med Gennembrudsmetoden.

Vi har i teamet et stort ønske om, at vi kan få frikøb i en eller anden form, så vi kan forsætte den gode proces der er i gang. Vi vil meget gerne forsætte vores arbejde med aktivitet og psykoedukation. Vi vil derfor sende en ansøgning til ledelsen om mulighed for frikøb. Vi har efterfølgende få bevilliget frikøb til projektet i yderligere 4 mdr., da vi er et af de team, som havde mulighed for at forlænge projektperioden.



Gennembrudsprojekt

Team Herning



Slutrapport

Team	Team Herning Psykiatrien i Ringkjøbing Amt Psykiatrisk Afdeling Herning Afsnit E4 Gl. Landevej 61 7400 Herning Tlf.: 99 27 24 00
Teammedlemmer	Reservelæge, Marika Poulsen hecmapou@ringamt.dk Projektsygeplejerske, Bente Pedersen hecbepe@ringamt.dk Projektsygeplejerske, Charlotte Eriksen hecche@ringamt.dk Projektmedarbejder, Lise Arnth psylan@ringamt.dk
Beskrivelse af afsnittet	E4 er et akut modtageafsnit med 12 sengepladser. Afsnittet optager patienter fra de 9 sydlige kommuner i Ringkjøbing Amt. Bruttonormeringen plejemæssigt er 23,39 fuldtidsstillinger; 3,71 vikarstillinger til dækning af sygefravær, barsel, kurser mm; 4,76 til særydelser (afspadsering og udbetaling). Oveni er der 0,5 ergoterapeut stilling og 0,25 fysioterapeut stilling. Derudover er der tilknyttet en overlæge, 2 1. reservelæger, og 1-2 reservelæger. (Lægegruppen dækker også et andet afsnit). Der er socialrådgiverdækning efter behov (svarende til 0,33 stilling).

Resumé af resultater

Team Herning har arbejdet inden for alle tre temaer i Forandringskataloget - Forebyggelse af formaliseret tvang, Formaliserede tvangsepisoder og Opfølgning på formaliserede tvangsepisoder.

Resultater og sidegevinster

- ▶ Medianværdien af bæltefikseringer er faldet med en tredjedel
- ▶ Medianværdien af fikseringsgraden er halveret.
- ▶ Alle medarbejdere oplever, at den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang er udviklet. Personalebarometret som angiver medarbejdernes oplevede faglige kvalitet omkring forebyggelse af tvang og tvangsbehandling er steget fra 7 til 11 på en skala fra 1-10.
- ▶ Den faglige indsats er mere struktureret og systematiseret
- ▶ Episoder med vold og trusler om vold er reduceret med 80 %
- ▶ Patienttilfredsheden* med brugen af tvangsbehandlingen er 41 % (se bilag 11)
- ▶ Patienttilfredsheden* med bearbejdning af tvangsbehandling er 87 % (se bilag 12)

Der er ingen baseline data på patienttilfredsheden, hvorfor det er umuligt at dokumentere en udvikling. Men patientkommentarer tilknyttet forskellige forandringstiltag viser, at kvaliteten er bedret.

En typisk patienterfaring fra mestringsamtaler:

”Man er mere involveret i sin indlæggelse, tingene træffes ikke hen over hovedet på en”.

Patientevalueringer af eftersamtaler:

*”Man får selv lov til at få indflydelse på den situation man har været i. Man får lov til at komme ud med de ting, som måske fyldte under bæltefikseringen.
 ”Man kan få lov til at komme med nogle mestringsstrategier om hvordan man måske bedre kunne have været hjulpet i situationen”.*

Patienttilfredsheden** i forhold til

- ▶ Modtagelse: 96 %
- ▶ Kontakt med personalet: Kontaktperson 91 %, lægerne 85 %
- ▶ Hensyn og respekt: 93 %
- ▶ Information om sygdom og behandling: 63 %
- ▶ Aktiviteter: 73 %
- ▶ Indflydelse på behandlingen: 72 %
- ▶ Pårørendekontakt: 82 %
- ▶ Koordination mellem sektorer: 90 %

Samlet indtryk: 4-5 stjerne:75 %

* I høj grad og i nogen grad jf. den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse om brug af tvang i perioden oktober 2004 – juni 2005

** * I høj grad og i nogen grad jf. den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse om indlæggelsesforløb

Lokal målsætning og lokale mål

Det har været målsætningen at forbedre praksis omkring forebyggelse af tvang og anvendelse af bæltefikseringer med henblik på at reducere brugen af bæltefikseringer, bedre den patientoplevede kvalitet af tvangsbehandling med bælte og udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang.

Tema 1: Forebyggelse af formaliseret tvang

1. Outcome mål

Antallet af tvangsfikseringer reduceres med 30 % i forhold til 2003.

Procesmål

- ▶ Alle patienter tilbydes samtale om tidligere erfaringer med tvang.
- ▶ Alle patienter tilbydes løbende samtaler om mestringsstrategier til bevarelse af selvkontrol.
- ▶ Alle patienter tilbydes målrettede aktiviteter i forhold til deres aktuelle symptombillede.
- ▶ Konflikthåndtering drøftes på alle afdelingskonferencer.
- ▶ Alle medarbejdere tilbydes kursus i ikke-voldelig kommunikation.
- ▶ Kurser i voldsforebyggelse ændres til kurser i konflikthåndtering og tilbydes personalet en gang årligt.
- ▶ Alle afdelingssygeplejersker tilbydes kursus i praktisk konfliktmægling med henblik på supervision af personalet.
- ▶ Efter hver alarmsituation foretages en rutinemæssig defusing med det involverede personale.
- ▶ Anvendelse af aktiviteter til aggressionsforvaltning
- ▶ På alle patienter med skærmning 2 og 3 anvendes observationsskema.
- ▶ På alle patienter med skærmning 2 og 3 tilbydes målrettede aktiviteter.
- ▶ På alle patienter med skærmning 2 og 3 anvendes mestringskema.

Balancerede mål

- Antallet af fastholdelser forbliver på niveau med 2003
- Brugen af beroligende medicin fastholdes på niveau med 2003.
- Brugen af tvangsmedicinering fastholdes på niveau med 2003.
- Antallet af arbejdsrelaterede sygedage fastholdes på niveau med 2003.

- Fremmødet fastholdes på niveau med 2003.
- Antallet af episoder med vold og trusler om vold fastholdes på niveau med 2003.

2. Outcome mål

- 75% af patienterne vurderer, at de respekteres i kontakten med personalet.

Procesmål

- ▶ Alle patienter tilbydes løbende samtaler om mestringsstrategier til bevarelse af selvkontrol.
- ▶ Alle patienter tilbydes målrettede aktiviteter i forhold til deres aktuelle symptombillede.
- ▶ Alle medarbejdere tilbydes kursus i ikke-voldelig kommunikation.
- ▶ Der udarbejdes informationsmateriale til patienter.
- ▶ Husordnen opdateres.

3. Outcome mål

75% af de pårørende/netværket involveres i et indlæggelsesforløb.

Procesmål

- ▶ Alle pårørende tilbydes samtale med behandlerteamet ved indlæggelse, ved gennemgang dagen efter indlæggelse og ved udskrivelse.
- ▶ Alle pårørende tilbydes samtaler med patientens kontaktperson.
- ▶ Der udleveres eller tilsendes informationsmateriale til alle pårørende om samarbejdet under et indlæggelsesforløb.

Tema 2: Formaliserede tvangsepisoder

1. Outcome mål

Varigheden af bæltefikseringer reduceres med 50 % i forhold til 2003.

Procesmål

- ▶ På alle bæltefikserede patienter anvendes bæltefikseringsjournaler til intensiv observation, pleje og behandling.
- ▶ Opretholdelse af en bæltefiksering vurderes og dokumenteres af en erfaren sygeplejefaglig medarbejder hver time og en vagthavende læge hver anden time.

Balancerede mål

- Antallet af fastholdelser forbliver på niveau med 2003
- Brugen af beroligende medicin fastholdes på niveau med 2003.
- Brugen af tvangsmedicinering fastholdes på niveau med 2003.
- Antallet af arbejdsrelaterede sygedage fastholdes på niveau med 2003.
- Antallet af døraflåsninger fastholdes på niveau med 2003.
- Fremmødet fastholdes på niveau med 2003.
- Antallet af episoder med vold og trusler om vold fastholdes på niveau med 2003.

2. Outcome mål

75 % af patienterne vurderer, at de behandles værdigt, mens de er bæltefikserede.

Procesmål

- ▶ I alle alarmsituationer udpeges en omsorgsgiver med fokus på dialog og kontakt med patienten mens tvangsforanstaltningen finder sted.
- ▶ Alle medarbejdere tilbydes kursus i ikke-voldelig kommunikation.
- ▶ Alle bæltefikserede patienter vurderes af en erfaren sygeplejefaglig medarbejder hver time og en vagthavende læge hver anden time.

3. Outcome mål

75 % af patienterne vurderer, at personalekontakten under en bæltefiksering er tilfredsstillende.

Procesmål

- ▶ På alle bæltefikserede patienter anvendes bæltefikseringsjournaler for både læge- og sygeplejefagligt personale.
- ▶ Alle bæltefikserede patienter vurderes af en erfaren sygeplejefaglig medarbejder hver time og en vagthavende læge hver anden time.

Tema 3: Opfølgning på formaliserede tvangsepisoder**1. Outcome mål**

90 % af patienterne vurderer, at bearbejdningen af en tvangsfiksering er tilfredsstillende.

Procesmål

- ▶ Alle patienter udsat for en bæltefiksering tilbydes en eftersamtale med behandlerteamet dagen efter afsluttet tvangsfiksering.

2. Outcome mål

100 % af medarbejdere vurderer, at praksis omkring tvang er forbedret i forhold til praksis før projektstart.

Procesmål

- ▶ Efter hver alarmsituation foretages en rutinemæssig defusing med det involverede personale.
- ▶ Konflikthåndtering drøftes på alle afdelingskonferencer.
- ▶ Alle medarbejdere tilbydes kursus i ikke-voldelig kommunikation.
- ▶ Kurser i voldsforebyggelse ændres til kurser i konflikthåndtering og tilbydes personalet en gang årligt.
- ▶ Alle afdelingsledere tilbydes kursus i praktisk konflikthåndtering med henblik på supervision af personalet.

Målinger**Måling af reduktion af anvendelse af tvangsfikseringer**

- ❖ Tvangsprotokoller indsendes til Det nationale sekretariat som bearbejder data.

Måling af patienters kontakt med personalet

- ❖ Tilfredsheden med mestringsamtaler måles via evalueringsskemaer.
- ❖ Udarbejdelse af runcharts for tilfredshed med mestringsamtaler.
- ❖ Effekten af målrettede aktiviteter måles via et patient- og et personale evalueringsskema.
- ❖ Udarbejdelse af runcharts for # af patienter med positiv effekt af en målrettet aktivitet divideret med # af udførte målrettede aktiviteter.

Måling af pårørendesamarbejde

- ❖ Registrering af udleverede og tilsendte informationsfoldere.
- ❖ Udarbejdelse af runcharts for # udleveret/tilsendt informationsmateriale divideret med # indlæggelser.
- ❖ Registrering af # pårørende der deltager i indlæggelsessamtaler, gennemgange,

udskrivningssamtaler, samtaler med kontaktpersonen divideret med # indlæggelser.

- ❖ Udarbejdelse af runcharts for # pårørende der deltager i samtaler med behandlerteamet divideret med # af indlæggelser.

Måling af varigheden af bæltefikseringer

- ❖ Varigheden af bæltefikseringen måles via bæltefikseringsjournalerne.
- ❖ Udarbejdelse af runcharts for # udfyldte bæltefikseringsjournaler (sygeplejefaglige) divideret med # bæltefikseringer.
- ❖ Udarbejdelse af runcharts for # udfyldte bæltefikseringsjournaler (lægefaglige) divideret med # bæltefikseringer.

Måling af den oplevede værdighed under en bæltefiksering

- ❖ Via et spørgeskema rater patienten kvaliteten af tiden i bælte, og samarbejdet med personalet.
- ❖ Udarbejdelse af runcharts for # patienter der oplever at blive behandlet med respekt divideret med # bæltefikserede patienter.

Måling af tilfredsheden med bearbejdningen af en tvangsfiksering

- ❖ Patienterne rater tilfredsheden med bearbejdningen af tvangsepisoden i forbindelse med eftersamtaleforløb.
- ❖ Udarbejdelse af runcharts på # udførte eftersamtaler divideret med # bæltefikseringer.

Måling af personalets oplevede praksis omkring tvang

- ❖ Via et personalebarometer måles den faglige kvalitet af praksis omkring tvang.
- ❖ Via defusing af personalet evalueres alarmsituationer.
- ❖ Udarbejdelse af runcharts for # udførte defusing divideret med # alarmsituationer.
- ❖ Via fokusgruppeinterview måles brugen af det lærte på kurset i ikke-voldelig kommunikation.
- ❖ Via fokusgruppeinterview måles brugen af konflikthåndteringsmetoder.

Afprøvede / testede forandringer

Succesfulde forandringstiltag:

1. Drøftelse af tidligere erfaringer med tvang ved journaloptagelse
2. Skema til bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer
3. Guideline til målrettede aktiviteter
4. Aktiviteter til aggressionsforvaltning
5. Bæltefikseringsjournaler for det sygeplejefaglige personale
6. Bæltefikseringsjournaler for lægerne
7. Eftersamtaler for patienter udsat for bæltefikseringer
8. Drøftelse af konflikthåndtering på alle afdelingskonferencer
9. Defusing af personalet efter alarmsituationer
10. Omsorgsgiver til patienter i alarmsituationer

11. Pårørendesamarbejde – informationsmateriale og samtaler med behandlerteamet
12. Informationsmateriale til patienter

Ad. 1

Ved journaloptagelse drøftes patientens **tidligere erfaringer med tvangsbehandling**. I samarbejde med patienten klargøres det hvordan tvangsepisoder kan forebygges, og der udarbejdes konkrete aftaler. Patienterne oplever sig mødt og hørt på et meget svært felt.

Ad. 2

De løbende samtaler om **bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer** betyder, at patienterne hele tiden er medansvarlig og aktivt involveret i pleje- og behandlingsforløbet. Patienterne får mere styr på det kaos, de oplever, og evnen til at finde og bruge hensigtsmæssige mestringsstrategier bedres. Selvkontrolskemaet giver både patienter og personale noget at ty til, nogle klare definerede virkemidler at tage i brug, når det bliver svært. Skemaet opstartes ved indlæggelsessamtalen og revideres løbende. Når patienter overføres til stamafdelinger drøftes skemaet og de aktuelle mestringsredskaber.

Patientkommentarer:

”Det gør mig tryk at få sat ord på, så personalet kan hjælpe”.

”Det får mig til at se, hvordan jeg reagerer i forskellige situationer, og hvordan jeg tackler det”.

Ad. 3

Der er udviklet seks guidelines til **målrettede aktiviteter** for patienter med uro, angst, aggression, depressive tanker, selvmutilende adfærd eller suicidal adfærd. Guidelinene understøtter at patienterne får individuelle, tilpassede aktivitetstilbud. Aktiviteterne skærper fokus i undersøgelsesfasen, fremmer ro og dæmper forpinthed.

Et eksempel på et behandlingsforløb med aktiviteter:

En patient indlægges på grund af tiltagende psykose. Op til indlæggelsen har han levet isoleret. Patienten er kørestolsbruger, er på afdelingen sengeliggende pga. decubitus.

Patienten er meget interesseret i playstation og har under indlæggelsen afdelingens spil på stuen. Patienten og ergoterapeuten har faste tidspunkter, hvor de spiller sammen. At spille playstation bliver en måde at være sammen med personalet på, og patienten fortæller, at han er glad for kontakten. Den fælles aktivitet åbner op for samtale, og patienten fortæller om sin hverdag i egen lejlighed.

Under indlæggelsen bliver patienten mere udadvendt. Han begynder at opholde sig i miljøet, og får en god kontakt til en medpatient som også bliver ”playstation partner”.

Senere i forløbet begynder patienten igen at bruge sin kørestol, og han deltager i badmintongruppen. Han fortæller, at han normalt er aktiv, så derfor betyder det meget for ham, at kunne deltage i sociale sammenhænge.

Ad. 4

Aggressionsforvaltning er en struktureret fysisk træning, som giver patienter mulighed for at komme af med et overtryk. Træningsforløbet er opdelt i tre dele – en opvarmning, en træningsseance og en udspænding. Træningen giver mulighed for at få afløb for vrede på en kontrolleret måde. Patienten kan give slip, idet fysioterapeuten har kontrollen under

træningen. Patienterne får afløb for vrede og oplever en lettelse i kroppen. Aggressionsforvaltning medfører, at patienterne har mulighed for at beholde kontrol i en periode igen.

Ad. 5 + 6

Når en patient bæltefikseres anvendes **bæltefikseringsjournaler** som redskab til intensiv observation og vurdering af plejen og behandlingen. Hver time foretager en sygeplejefaglig kompetent medarbejder en vurdering og hver anden time (pr. 1/7 '05 hver fjerde time) laves en lægelig vurdering. Opretholdelse af fikseringen skal begrundes. Den tætte observation og vurdering sikre hurtig opfølgning og aktion på bedring af tilstanden.

Ad. 7

Alle patienter der har været bæltefikseret tilbydes en **eftersamtale** med behandlerteamet. Eftersamtalerne har bevirket at nogle tabuer er blevet overskredet, man har skullet sætte sig ned, have god tid og høre på hvordan den del af vores behandling har påvirket patienten. Tidligere har man gjort sig forestillinger, som fx. "at det har patienten glemt". Men det har de aldrig. Omstændighederne er vi måske ikke helt enige om men oplevelsen af et voldsomt overgreb er tilbagevendende.

Ved de første eftersamtaler var patienterne oftest stadig meget psykotiske, og verdensopfattelsen ikke helt som behandlernes. Senere har vi prøvet at lægge eftersamtalerne så lang tid efter, at psykosen var nogenlunde i ro. Oplevelsen af overgreb var dog lige stærk. Enkelte kunne godt se, at de måske havde virket truende, men de fleste havde gode forklaringer på adfærden og uforstående overfor vores reaktion.

Heldigvis har de fleste svaret, at de i bæltefikseringstiden oplevede, at de blev behandlet med respekt og at deres behov blev mødt tilfredsstillende.

Mange af patienterne har ved disse samtaler kunnet komme med gode og konstruktive forslag til, hvordan en bæltefiksering evt. kunne undgås fremover. Det har givet en oplevelse af at have medindflydelse og noget at skulle have sagt i behandlingen og vi har fået gode ideer til at imødekomme nye situationer og en stor respekt for den virkning en fiksering har på patienten

Ved evt. genindlæggelser tages afsæt i eftersamtaler i forbindelse med drøftelse af tidligere erfaringer med tvang..

Ad. 8

Konflikt håndtering er sat højt på afdelingens dagsorden. Ti minutter af hver konference er helliget drøftelser af konfliktfyldt patientforløb, oplæg og diskussion af faglige artikler fra databasen eller udveksling af erfaringer generelt. Diskussionerne er med til at fastholde fokus på forebyggelse og anvendelse af tvang og opkvalificere fagligheden i pleje- og behandlingsforløbet.

Ad. 9

Efter alarmsituationer samles det involverede personale til en kort **defusing**. Forløbet evalueres efter opskriften: Hvad var godt? Hvad var skidt? Hvad kunne have været gjort bedre? Der laves en skriftlig beskrivelse af forløbet, som arkiveret i en mappe på kontoret. KOV-instruktørerne bruger beskrivelserne til at afkode eventuelle uhensigtsmæssige mønstre i alarmsituationer med henblik på at justere de løbende kurser i konflikt og voldsforebyggelse. Aflastningssamtalerne sikre samtidig, at der er opmærksomhed på om nogle medarbejdere har behov for opfølgning.

Ad. 10

I alarmsituationer udpeges en særlig **omsorgsgiver** for patienten. Omsorgsgiveren har den primære kontakt til patienten, og har hele tiden fokus rettet mod ham. Omsorgsgiveren kan give patienten ro og bevarer en respektfuld kommunikation. Omsorgsgiveren medvirker ikke i den fysiske del af situationen.

Ad. 11

Der har været fokus på at øge **samarbejdet med de pårørende**. Igennem indlæggelsesforløbet inviteres de pårørende til møder med behandlerteamet, samtaler og telefonisk kontakt med kontaktpersonen. De pårørende, som ikke kommer på besøg på afdelingen, får tilsendt en informationsfolder.

Ad 12

Husordnen er opdateret og integreret i en ny **velkomstfolder** til patienterne. Drøftelser af regler sikre at patienters og personalets forventninger afstemmes.

Forandringstiltag med størst effekt på kvaliteten af håndtering af tvang:

Alle forandringstiltag hænger sammen som led i en kæde med fokus på at **inddrage patienterne mere aktivt i pleje- og behandlingsprocessen** under indlæggelse.

Implementerede/ spredte forandringer

Implementerede forandringstiltag

Alle forandringstiltag er implementeret i testafsnittet

Igangsatte spredningsaktiviteter

Undervisning

- Projektsygeplejerskerne fra Team Herning har ved personalemøder på alle Psykiatriske Afdelinger i Ringkjøbing Amt undervist personalet i forandringstiltagene.
- Teamets læge har undervist lægegruppen i Psykiatrien i Ringkjøbing Amt i forandringstiltagene.
- Alle medarbejdere på Psykiatrisk Afdeling Herning har deltaget i undervisning i forandringstiltagene i september og oktober måned 2005
- Der er planlagt undervisning for portørgruppen i efteråret.
- Der er afholdt en temadag om videndeling og erfaringsudveksling for personalet i sygehuspsykiatrien.
- Alle medarbejdere i sygehuspsykiatrien er inviteret til temadag om implementering, fastholdelse og spredning medio november.
- Der er planlagt undervisning af ledergruppen i gennembrudsmetoden med fokus på tvang.
- Der udarbejdes et undervisningsprogram om Gennembrudsmetoden med fokus på tvang i psykiatrien. Undervisningen programsættes 2 gange årligt.
- KOV-instruktørerne er blevet undervist i forandringstiltagene.

Information

- Der er udsendt informationsbrev om projektet og forandringstiltagene til alle læger - også de eksterne vikarer.
- Portørgruppen er informeret
- Psykiatrichefen informerer løbende skole- og socialudvalget.
- Der udsendes løbende oversigter over Gennembrudstimer til støtte, hjælp og inspiration i arbejdet med de nye redskaber
- Psykiatriledergruppen informeres løbende.
- Løbende information om projektet via artikler til Psykiatriens nyhedsblad.
- Løbende information til alle medarbejdere i Psykiatrien i Ringkjøbing Amt om Gennembrudsprojektet lokalt via artikler i Nyhedsblad.

Patientforløb

- Personalet på testafsnittet vejleder og informerer i konkrete forløb ved overflytning af patienter.
- Der er fokus på aktuelle patientforløb ved daglige koordinationsmøder.

Netværkssamarbejde

- Der er etableret et samarbejde med KOV-instruktørerne (konflikt- og voldsforebyggelses instruktører). Instruktørerne fungerer som primusmotorer i dele af spredningsarbejdet på de enkelte afsnit.
- Der er etableret et samarbejde med en pårønderressourcegruppe.
- Der er etableret et samarbejde med afdelingssygeplejerskegruppen med henblik på løbende drøftelse af spredningsarbejdet.
- Der oprettes ad hoc tværfaglige arbejdsgrupper.
- Der er etableret en faglig netværksgruppe på tværs af de psykiatriske afdelinger i Ringkjøbing Amt. Netværksgruppen har udarbejdet forslag til konkret spredningsarbejde.
- Udpegede tovholdere fra Ungdomspsykiatrien og Psykiatrisk Afdeling Holstebro undervises i forandringstiltagene.
- Strategi for spredningsarbejdet er drøftet med afdelingsledelserne i Ungdomspsykiatrien og Psykiatrisk Afdeling Holstebro.
- Spredningsarbejdet i praksis er drøftet afdelingssygeplejerskerne på alle afsnit og behovet for støtte til implementering af forandringstiltag er afdækket

Informationsmateriale

- Der er uddelt mapper med forandringstiltag og vejledninger til alle afsnit og afdelinger
- Der er oprettet en succeshistoriebank på et fællesdrev for hele behandlingspsykiatrien i Ringkjøbing Amt
- Alle forandringstiltag, vejledninger, månedsrapporter mm er lagt ud på Psykiatriens intranet
- De udviklede forandringstiltag er samlet i en lille håndbog som er omdelt til alle medarbejdere på Psykiatrisk Afdeling Herning.
- Håndbogen med forandringstiltagene publiceres til brug for en større kreds.
- Der er ophængt vægaviser, som løbende informerer om projektet på alle afsnit og afdelinger.

Strukturændringer

- Gennembrudsprojektet er fast punkt på dagsordnen ved personalemøder.
- Kontinuerlige drøftelser i lederforum (Gennembrudsprojektet er et fast punkt på dagsordnen).
- Forandringstiltag er indarbejdet i en nyudviklet mestringshåndbog.
- Journaloptagelsen er ændret.
- Direkte patientrelaterede forandringstiltag er indarbejdet i den elektroniske patientjournal G-EPJ
- Alle data om tvang, skærmning, varighed af indlæggelse, belægning, fremmøde, sygefravær, trusler om vold lægges i en særligt database, som hvert enkelt afsnit selv kan trække og løbende holde øje med.

Databehandling

- Alle afsnit og afdelinger tilbydes databehandling af tvang, skærmning, vold og trusler om vold, belægning, fravær mm over en periode. Første halvår af 2005 vil fungere som baseline data.

- Alle afsnit og afdelinger får grafiske fremstillinger af deres data omkring tvang, skærmning, vold og trusler om vold, belægning, fravær mm.

Resultat

I alle målinger er medianværdien anvendt som den primære parameter til at udtrykke forandringer. Medianen giver det bedste billede af den generelle tendens idet store udsving elimineres jf. Mette Thorup Eriksen fra Sundhedsstyrelsen. Medianen kombineres med tal for øvre og nedre kvartiler for at vise spredningen.

Kalenderåret 2003 er valgt som base-line for at have tilstrækkelige datapunkter til at bedømme betydningen af mønstre i forløbet og kunne trække konklusioner om gennemsnit og variationer. Ifølge den norske lægeforening er det nødvendigt med en tidsserie på 20-30 datapunkter.[Ada Schneider, Kom i gang Kvalitetsforbedringer i praksis s. 109]

Reducere anvendelsen af tvang

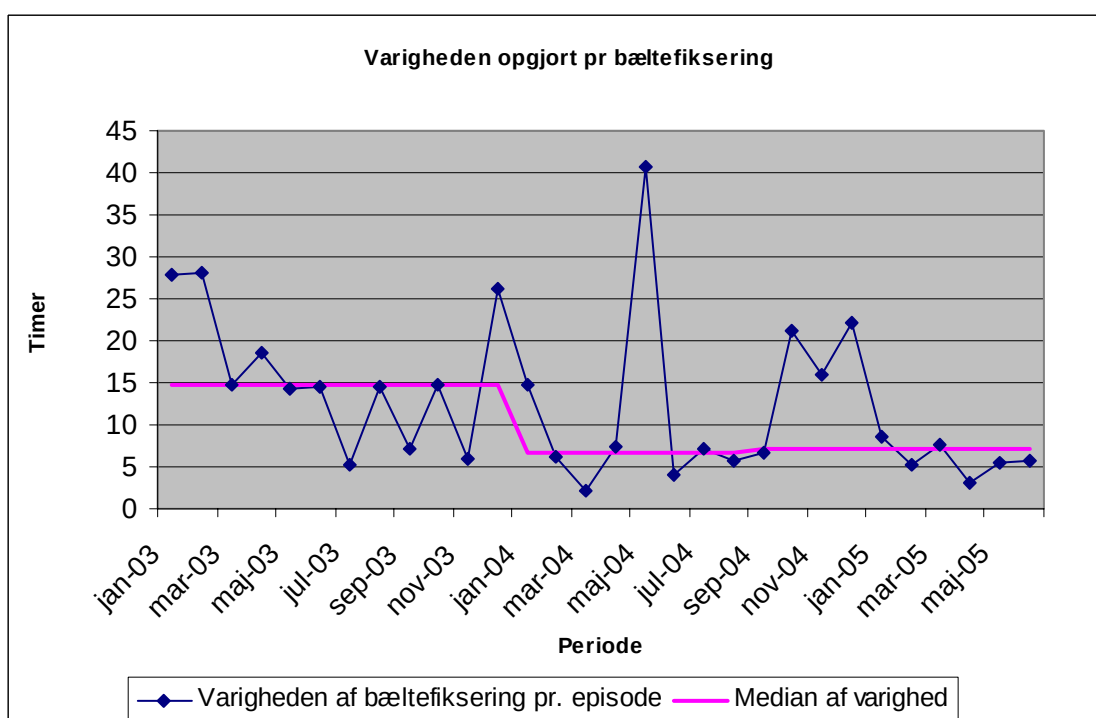
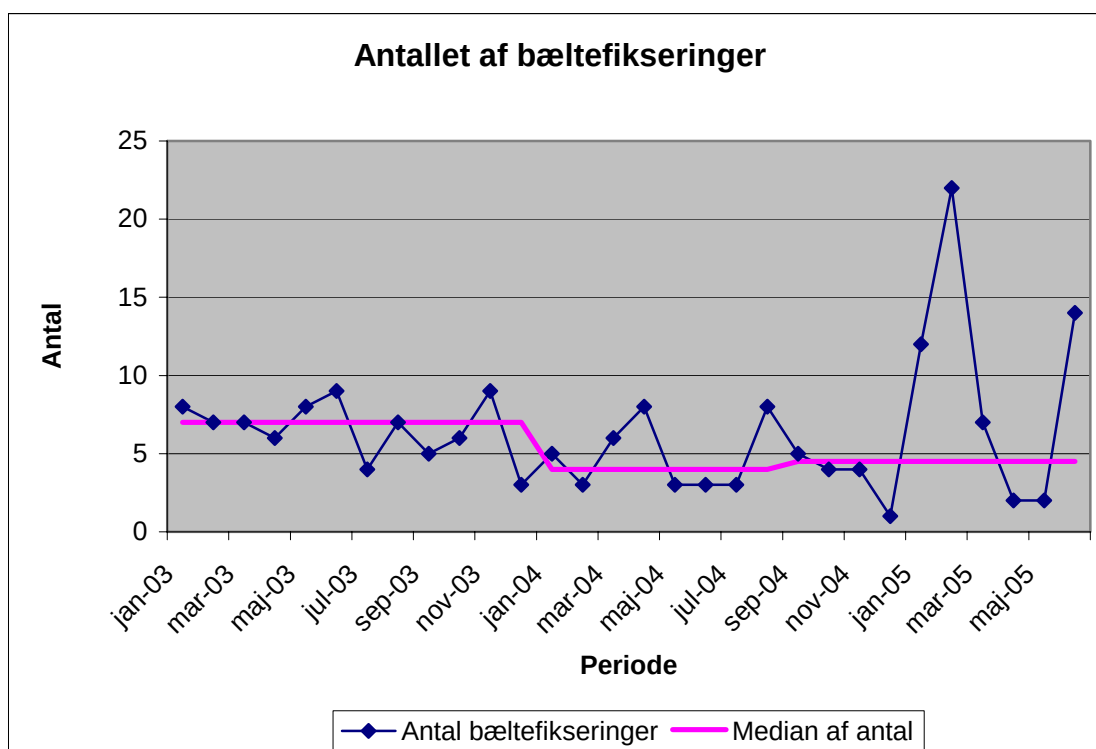
Der har i projektperioden været fokuseret på at reducere anvendelse af tvang med bælte og gøre hver tvangsepisode så kort, komfortabel og tryk som muligt, når det var nødvendigt at anvende bæltefiksering.

Konkret har det været teamets mål at

- ▶ reducere antallet af tvangsfikseringer med 30 % i forhold til 2003
- ▶ minimere varigheden af bæltefikseringer med 50 % i forhold til 2003

Som det fremgår af resultaterne er det lykkedes og målene er indfriet. Medianværdien af antallet af tvangsfikseringer er faldet med 35,7 % og varigheden er reduceret med 50,8 %.

Medianerne på nedenstående grafer illustrer tydeligt, at varigheden og antallet af bæltefikseringer er faldet markant. Faldet startede allerede primo 2004, altså før Gennembrudsprojektet startede. Faktisk stiger medianen i projektperioden i forhold til 1. og 2. kvartal 2004 med 8,7 % for varighed og 12,5 % for antallet. Stigningen af varigheden hænger sammen med længere fikseringer af en retspsykiatrisk patient. Patienten var ikke indlagt i behandlingsojemed, men på grund af uklarhed om anbringelsessted. Ser man bort fra denne patient er medianen den samme for antallet af fikseringer i projektperioden som i første halvdel af 2004 og medianen af varigheden falder med 7,24 %.



Udsvinget af varigheden i november og december 2004 eksponerer længere tvangsfikseringer af omtalte retspsykiatriske patient.

Når antallet og varigheden af bæltefikseringer er relativt lavt i de første to kvartaler af 2004 hænger det sammen med at en patient som ofte behandles med bæltefikseringer ikke har været

indlagt på afsnittet i den periode. Patienten var i 2003 tvangsfikseret 12 gange i sammenlagt 310,5 timer på afsnittet, og i projektperioden har samme patient været bæltefikseret i alt 26 gange i sammenlagt 113 timer.

I projektperioden fraset marts måned har omtalte patient markeret sig for en stor del af fikseringerne ved de plots som ligger over medianen. I januar 05 var patienten fikseret 4 gange og i februar 17 gange. Patienten er ikke indlagt i perioden marts-maj 05, men indlægges igen i juni måned og er her fikseret i alt 5 gange. Patienten er typisk fikseret få timer ad gangen i modsætning til tidligere, hvor fikseringer på flere dage forekom.

Dokumentationsarbejdet med bæltejournaler har tydeliggjort en særlig problemstilling omkring denne patient. Det har medført, at der kort før projektafslutning blev etableret en specifik indsats omkring patienten med henblik på at forebygge anvendelse af tvang.

Nedenstående tabeller viser, at der er større udsving i antallet af fikseringer pr. måned i projektperioden. Den nedre kvartil er knap 57 % lavere end i baseline periode og den øvre kvartil er godt 34 % større. Effekten af den forebyggende indsats slår igennem på den nedre kvartil, mens den øvre værdi demonstrerer at kortere fikseringer for en enkelt patient medfører flere fikseringsforløb.

Antal fikseringer pr. måned

	2003	1.+ 2. kvartal 2004	Projektperiode	Forandring i %	Uden rets-psykiatrisk patient	Forandring i %
Median	7,00	4,00	4,50	- 35,70	4,00	- 42,90
Nedre kvartil	5,75	3,00	2,50	- 56,63	2,00	- 20,00
Øvre kvartil	8,00	6,50	10,75	+ 34,38	10,75	+ 34,38

Spredningen af varigheden af bæltefikseringer er reduceret, og både den nedre og øvre kvartil er væsentlig reduceret. Bæltefikseringsjournalerne har sat deres tydelige spor og bevist deres effekt med markant kortere fikseringsperioder til følge. Forandringstiltaget har været en succes også for de meget dårlige patienter

Varigheden af fikseringer pr. måned

	2003	1.+ 2. kvartal 2004	Projektperiode	Forandring i %	Uden rets-psykiatrisk patient	Forandring i %
Median	14,64	6,63	7,20	- 50,80	6,15	- 58,00
Nedre kvartil	12,60	5,78	5,42	- 56,99	5,27	- 58,18
Øvre kvartil	20,55	14,81	14,07	- 31,54	8,23	- 59,96

Antallet af patienter udsat for tvang med bælte er uændret over perioden. I 2003 blev i alt 25 patienter behandlet med bæltefikseringer og i projektperioden (10 måneder) var 22 patienter tvangsfikseret. –

I projektperioden har der været et øget pres på afdelingen. Belægningsprocenten stiger 3,3 %

og patientflowet øges fra 534 indlæggelser i 2003 til 547 indlæggelser i projektperioden (omregnet til 12 måneder) altså et større tryk på afdelingen med 1-2 patienter ekstra pr. måned.

Balancerede mål

I projektperioden har der været fokuseret på at nedbringelsen af tvang med bælte ikke skulle aflede stigning i anvendelse af andre tvangsforanstaltninger. Ej heller måtte færre bæltefikseringer medføre øget timeforbrug eller øget arbejdsrelateret sygefravær blandt personalet. Endelig måtte antallet af episoder med vold og trusler om vold ikke blive påvirket negativt. Og det har rundt regnet heller ikke været tilfældet som det fremgår af nedenstående tabel.

Medianværdier

	2003	1.+2. kvartal 2004	Projekt- periode	Forandringer i %
Belægningsprocent	86,15	88,95	89	+ 3,31
Fremmøde*	3275,75	3546,25	3289,5	+ 0,42
Arbejdsrelaterede sygedage	15,6	6,9	22,16	+ 42,05
Episoder med vold og trusler om vold	5,0	3,5	1,0	- 80,00
Fastholdelser	6,5	2,5	0,5	- 92,3
Beroligende medicin	3,5	1,5	2,5	- 28,57
Tvangsmedicinering	1,5	0	1,5	0
Døraflåsning (episoder)	5,5	5,5	2,0	- 63,63

* Det faktiske antal fremmøde

Faktisk falder medianværdien af fastholdelser 92 % (se bilag 9) - et udtryk som dækker over få episoder. Antallet af behandling med beroligende medicin falder med godt 28 % (se bilag 3) og tvangsmedicinering fastholdes på niveau med baseline (se bilag 10). Antallet af døraflåsninger falder fra 5,5 episoder pr. måned til 2 episoder pr. måned altså godt 63 % (se bilag 8). Igen en voldsom påvirkning da værdierne dækker over relativt få episoder.

Det må konkluderes, at mindre brug af tvang med bælte ikke har medført øget anvendelse af andre tvangsforanstaltninger.

Antallet af episoder med vold og trusler om vold rasler ned. Medianværdien er reduceret med hele 80 % (se bilag 5)

Fremmødet er uændret regnet i timer (se bilag 6). Men hertil hører, at hele personalegruppen i projektperioden har været på uddannelse i EPJ og ressourcerne hertil er trukket ud af fremmødet, således har det faktiske fremmøde været væsentlig mindre.

Antallet af sygedage er i projektperioden faldet med 54 % (se bilag 4), mens arbejdsrelaterede sygedage er steget voldsomt i alt 42 % (se bilag 4). Stigningen skyldes, at én medarbejder er langtidssygemeldt i hele projektperioden efter en arbejdsskade (en voldsepisode)

Mindre anvendelse af tvang med bælte har således ikke medført flere sygedage blandt personalet eller flere episoder med vold og trusler om vold. Stigning i arbejdsrelaterede sygefravær kan ej heller tilskrives en negativ afledt effekt af projektet.

Bedre den patientoplevede kvalitet af tvang

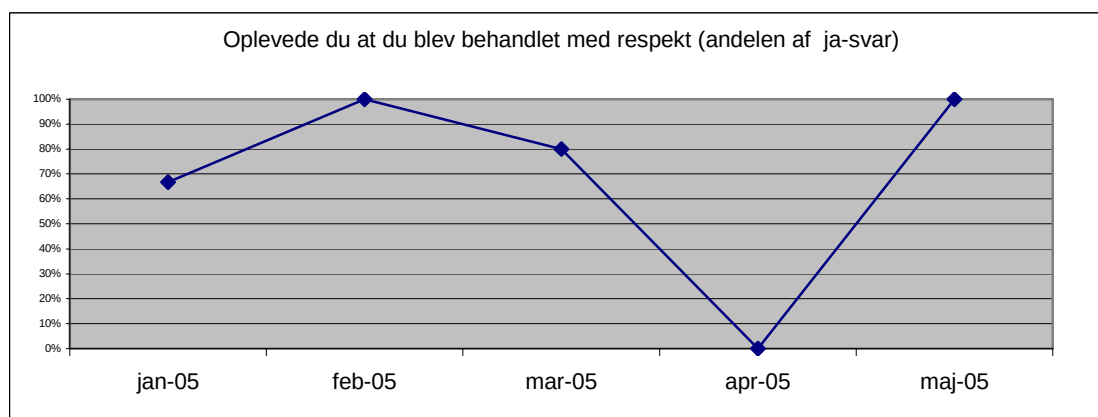
Det har været teamets mål at

- ▶ 75 % af patienterne vurderer, at de respekteres i kontakten med personalet
- ▶ 75 % af patienterne vurderer, at de behandles værdigt mens de er bæltefikserede
- ▶ 75 % af patienterne vurderer, at personalekontakten under en bæltefiksering er tilfredsstillende
- ▶ 90 % af patienterne vurderer, at bearbejdningen af en tvangsfiksering er tilfredsstillende
- ▶ 75 % af de pårørende/netværket involveres i et indlæggelsesforløb

Resultaterne fra den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse vedr. brugen af tvang viser, at 64 % af patienterne oplever, at de respekteres i forbindelse med tvangsbehandlingen (se bilag 13).

Det er erfaringen, at patienter ved eftersamtaler er i stand til at skelne oplevelsen af ”overgreb” i selve tvangsfikseringssituationen fra oplevelsen af tiden i bælte, og de giver udtryk for, at have fået en god behandling under tvangsfikseringen.

Af nedenstående tabel fremgår det, at patienterne i langt de fleste tilfælde oplever at blive behandlet værdigt, mens de er bæltefikseret. Den relativt lave score i begyndelsen af perioden tillægges startvanskeligheder med forandringstiltaget. Nul-værdien i april forekommer fordi den patient der har eftersamtale intet erindrer om fikseringsforløbet, og derfor heller ikke husker hvordan samarbejde med personalet var.

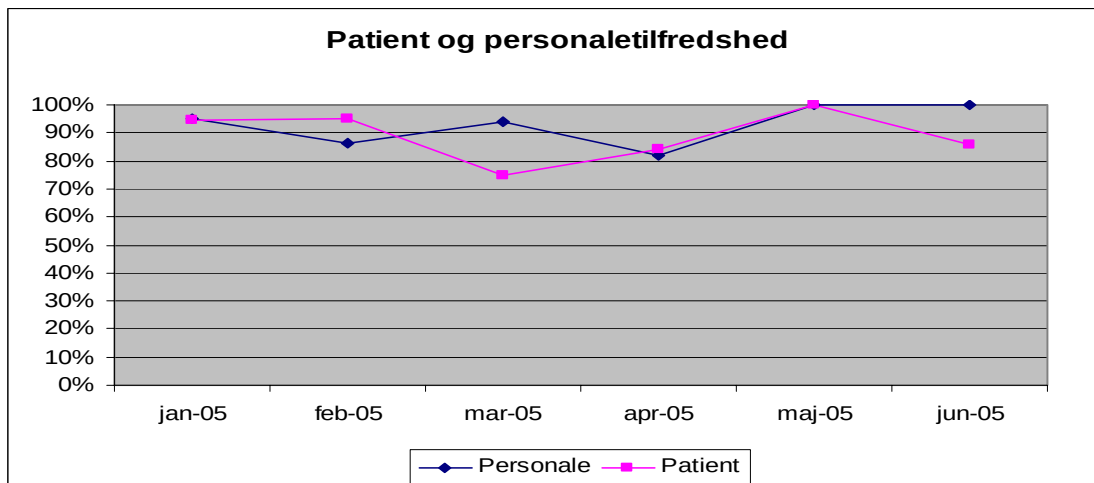


Eftersamtaler blev først implementeres i december 04. Derfor er der ingen målinger fra den første del af projektperioden.

Teamets egne målinger af tilfredsheden med personalekontakten under en bæltefiksering er ufuldstændige og graden af målopfyldelse kan derfor ikke afkodes. Men resultatet fra den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse om tvang kan give en pejling på tilfredsheden. Her angiver 81 % af patienterne, at de er tilfredse med den omsorg, de fik, under fikseringsforløbet. (se bilag 14)

Fra samme patienttilfredshedsundersøgelse om tvang ved vi at 87 % af patienterne er tilfredse med bearbejdning af tvang (se bilag 12). Når vi ikke rammer de 90 % skyldes det formentlig, at patienttilfredsheden dækker over bearbejdning af al tvangsbehandling og forandringstiltaget om eftersamtaler i første omgang kun tilbydes patienter, der har været udsat for bæltefikseringer.

Patienttilfredsheden med de indførte forandringstiltag er generelt høj. Af nedenstående tabel fremgår det eksempelvis at patienttilfredsheden med samtaler om bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer ligger mellem 78-100 %.



Forandringstiltaget blev implementeret november 04, men der er først kontinuerlige målinger fra januar 05.

Patienterne er ikke kun tilfredse med indførelsen af forandringstiltagene, de oplever også en positiv effekt på deres tilstand. Se bilag 2 som viser effekten af behandling med målrettede aktiviteter.

Forandringstiltaget i forhold til at informere og inddrage de pårørende/ patientens netværk blev implementeret i marts måned 05. Teamets målinger om pårørendesamarbejdet er utilstrækkelige. Vi afventer derfor resultaterne fra den landsdækkende pårørendetilfredshedsundersøgelse, for at kunne afgøre om out-come målet på området er indfriet.

Udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang

Det har været teamets mål at

- ▶ alle medarbejdere vurderer, at praksis omkring tvang er forbedret i forhold til praksis før projektstart

Alle medarbejdere oplever, at den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang er udviklet. Hver måned i projektperioden er den oplevede faglige kvalitet omkring forebyggelse af tvang og tvangsbehandling blevet scoret på et "personalebarometer". Barometret steg i perioden fra 7 til 11 med pil opad på en skala fra 1-10.

Billedet dækker over at den faglige indsats omkring pleje og behandling er mere struktureret og systematiseret. Forandringstiltagene anvendes efter bogen i overvejende grad (se bilag 1). Der er stor kreativitet og frimodighed i den daglige praksis, den faglige "autopilot" er så at sige slået fra. Det tværfaglige samarbejde er udvidet og der er en øget omstillingsparathed i dagligdagen. Sidst, men ikke mindst, er der generelt et større engagement i personalegruppen.

Kommentarer til procesarbejdet

Ramme og vilkår for teamets arbejde i projektperioden

I hele projektperioder har der været tilknyttet en projektmedarbejder, som tovholder for processen. Tovholderen har ikke været tilknyttet praksis med de fordele og ulemper det giver. Men det har betydet, at der har været hånd i hanke med alt "udenomsarbejdet" (udarbejdelse

af forandringstiltag, evalueringsskemaer, dataindsamling, rapportskrivning, networking mm) i processen. Tovholderen har haft ca. 28 timer ugentlig til arbejdet.

Fra december 04 har de to teamsygeplejerske delt en halvtids projektstilling til udarbejdelse, testning og implementering af forandringstiltag.

Teamet har haft hjælp til databehandling af en budgetmedarbejder fra psykiatriadministrationen. I alt er der brugt ca. 50 timer til arbejdet.

Teamet har i hele projektperioden holdt møde en gang om ugen. Foruden teammøderne har der været månedlige møder i et større team etableret til at støtte implementeringsarbejdet.

Teamet etableret tidligt i forløbet samarbejde med forskellige netværksgrupper med snitflader til fokusområdet (ex. KOV-instruktørerne, Mestringsgruppen, Pårønderessourcegruppen). Der har været afholdt samarbejds møder efter behov.

I projektperioden har der været nedsat arbejdsgrupper til udvikling og testning af forandringstiltag efter behov.

I den sidste aktivitetsperiode blev der etableret et godt samarbejde med afdelingssygeplejerskegruppen. Samarbejdet har haft stor betydning for spredningsarbejdet.

De helt afgørende vilkår for projektarbejdet rækker udover ressourcer. – Der har været stor imødekommenhed i personalegruppen på testafsnittet, total ledelsesopbakning og handlefrihed til teamet. En cocktail, som er altafgørende for en god proces.

Væsentlige ændringer i projektperioden

Tigerspringet i processen hang sammen med bevilling af en halvtids projektsygeplejerskestilling pr. 1/12 04. Det har betydet, at der blev tid frigjort til at teste og afprøve forandringstiltag uden at patienter eller andre opgaver skulle tilsidesættes.

Der har været to lægeskift i teamet med lidt omstilling til følge. Samtidig har der været vakante lægestillinger, som generelt har påvirket den lægefaglige proces med forandringstiltagene.

Gennembrudsprojektet har konkurreret med to andre projekter om medarbejdernes gunst. Dels blev EPJ indført og mange arbejdsgange og vaner skulle ændres. Dels har der været arbejdet med et stort Mestringsprojekt, som også har slugt opmærksomhed og ressourcer.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det mest givende ved at arbejde med Gennembrudsmetoden

Gennembrudsmetoden glimrer ved at være praksisnær og håndterbar i en travl hverdag. Det er de små forandringer i arbejdet, der gør den store forskel. Og her er testarbejdet med de kontinuerlige PDSA cirkler et fantastisk redskab. Det, at man kan gøre sig erfaringer på små-skala niveau, evaluerer og justerer og forfra igen, betyder, at de forandringstiltag, der implementeres er rensset for fejl og mangler. De er blevet tilpasset konteksten, og er derfor relativt lette at gøre til praksis.

En anden helt afgørende del af metoden er dokumentations- og databehandlingsarbejdet. Det, at blive tvunget til at dokumentere indsatsen, medfører automatisk en øget refleksion og opmærksomhed, som igen vejer tungt på den faglige vægtskål. Og når dokumentationsarbejdet

omsættes til målbare data har det en enorm motiverende effekt. Alle kan direkte afkode virkningen og betydningen af deres indsats.

En tredje faktor, som har stor betydning for gennembrudsarbejdet, er netværksdelen. Det, at mødes med andre som er optaget af de samme ting, sveder over de samme problemer og glædes over de samme positive resultater, er meget givende. Det er fantastisk, at høre andre fortælle om deres erfaringer med forskellige forandringstiltag. Det smitter, og man bliver automatisk tilskyndet til at indtænke nye og andre muligheder. Netværksarbejdet gør det også muligt at sætte egen verden i perspektiv. Det styrker selvtilliden at opleve, at man har noget at byde ind med, noget andre kan se mulighederne i.

Det sværeste ved at arbejde med Gennembrudsmetoden

Arbejdet er enormt tidskrævende og omfattende. Det var fra begyndelsen uklart hvor mange ressourcer, der skulle bruges på processen. Det har betydet, at der er trukket mange vekslers på medarbejdernes gode vilje – noget, det er vigtigt at være varsom med.

Samlede erfaringer med at arbejde med metoden

Det har været af stor betydning for afdelingen at deltage i projektet. Det har givet selvtillid i den grad at kunne flytte på nogle kedelige statistikker indenfor en overskuelig periode. Vi har oplevet, at den konkrete afregning på indsatsen har motiveret medarbejderne, og givet gejst og engagement i arbejdet.

Gennembrudsprojektet har sat sig varige spor på testafsnittet. Ikke blot er arbejdet omkring og forståelsen af tvang totalt forandret. Tilgangen til patientarbejdet er forandret og tiltagen til forandringer generelt mødes med positive forventninger.

Når EPJ lettere bliver implementeret på testafsnittet hænger det også sammen med, at forandringer opleves som udfordringer og en fast del af hverdagen.

At være med i et nationalt projekt – at egne erfaringer og arbejde bliver sat ind i en større sammenhæng og følges helt til dørs med anbefalinger til kommende lovgivningsarbejde er meget motiverende og inspirerende for processen.

Det videre arbejde...

Der er sat fuld skrue på arbejdet med spredning af forandringstiltagene til de øvrige afsnit på Psykiatrisk Afdeling Herning, Psykiatrisk Afdeling Holstebro og Ungdomspsykiatrisk Afdeling. Spredningsarbejdet forventes færdigt ved årsskiftet.

Samtidig er der fokus på fortsat at udvikle og teste forandringstiltag i forlængelse af de allerede implementerede. I øjeblikket tester hele Psykiatrisk Afdeling Herning et skærmningsskema med henblik på at reducere længden af skærmningen og bedre kvaliteten. Vi forventer at kunne implementere skemaet i slutningen af året.

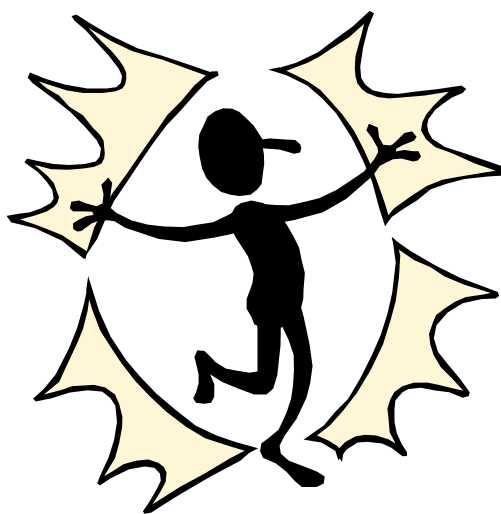
Efter inspiration fra andre team er der særligt tre forandringstiltag, vi ønsker at komme til at arbejde med i fremtiden. Et er allerede på vej – nemlig risikovurderinger af patienter ved journaloptagelse. Vi regner med at tiltaget bliver testet i løbet af efteråret.

De sidste to forandringstiltag har formentlig lange udsigter. Men på ønskelisten står etablering af et auditeringssystem til løbende evaluering af tvangsbehandlingen på afdelingen og psykologsamtaler til patienter hvor tvang indgår i behandlingen.



Gennembrudsprojekt

Team Hillerød



Slutrapport

Team	Hillerød Psykiatrisk Sygehus Hillerød Dyrehavevej 48 3400 Hillerød Tlf. 48 29 32 83
Teammedlemmer	Overlæge Henrik Søtoft Afdelingssygeplejerske Gitte B. Lauritsen SoSu Brit Damgaard Klinisk sygeplejespecialist Helle Dønkjær
Beskrivelse af afsnittet	Intensivt psykiatrisk afsnit 2621, med akut modtagefunktion for hele Frederiksborg amt, 10 sengepladser.
Resumé af resultater	Team Hillerød har arbejdet med at få reduceret antallet af bæltefikseringer med 25 % og antallet af refikseringer med 50 %. At indføre rutinemæssige samtaler med patienten efter bæltefiksering, samt at nedbringe antallet af trusler om vold med 50 %. Resultatet har vist at der i andet halvår af 2004, har været en stigning i antallet af bæltefikseringer med 32 %, en øgning af liggetiden i bælte med 50 %, samt en stigning i antallet af refikseringer med 55 % i sammenligning med første halvår af 2004. Disse resultater skal ses i sammenhæng med en øgning i patientflow på 60 % i andet halvår af 2004. Der er arbejdet målrettet med at få personalet til at anmelde voldsepisoder, samt trusler om vold. Bæltefikseringsskemaet er implementeret i afsnittet. Sandsæk/ boksebold er etableret som aktivitet, men der mangler instruktion af nye behandlere. Eftersamtaler, er stadig under afprøvning.

Lokale målsætninger og lokale mål

- At mindske anvendelsen og øge kvaliteten af tvang.
- At mindske vold og trusler om vold i afsnittet.

Der arbejdes primært med tvang i forhold til skema 3

Lokale mål:

mindske anvendelsen af tvang

- at nedbringe antallet af bæltefikseringer med 25 %
- at nedbringe antallet af refikseringer med 50 %
- at indføre rutinemæssige samtaler med patienten straks efter bæltefikserings ophør.

mindske vold og trusler om vold i afsnittet

- at nedbringe antallet af trusler og trusler om vold med 50 %

Procesmål

- der udarbejdes statistik for tvangssituationer i forhold til skema 3
- der udarbejdes nyt fælles skema til brug ved bæltefikseringer for læger og plejepersonale
- der udarbejdes procedurer for lægeligt tilsyn til bæltefikserede patienter hver 6. Time
- skema præsenteres for og godkendes af ledelsen
- alle medarbejdere præsenteres for skemaet
- skemaet afprøves og justeres
- der arbejdes med debriefing efter tvangssituationer
- gruppe nedsættes til udarbejdelse af lokal voldspolitik
- gruppen skal udforme registreringsskemaer til dokumentation af vold og trusler
- der skal planlægges procedurer omkring anmeldelse af vold og trusler
- der planlægges aggressionshæmmende aktiviteter i afsnittet
- der planlægges procedurer omkring eftersamtaler

Målinger

- data fra tvangsprotokoller
- observationsskemaer fra bæltefikseringer samles sammen og data bearbejdes
- data fra arbejdsskadesanmeldelser
- data fra læge og sygeplejefjournal
- spørgeskemaer til sandsæk projekt
- data fra patientregistreringssystemet

Afprøvede / testede forandringer

1. Bæltefikseringsskema.
2. Eftersamtaler med patienter der har været bæltefikseret.
3. Anvendelse af sandsæk som aggressionshæmmende aktivitet.
4. Udarbejdelse af lokal voldspolitik.

1. Bæltefikseringsskema

Der er udviklet et nyt observationsskema til brug ved bæltefikseringer. Det er et fælles skema for læger og plejepersonale. Det nye skema erstatter det tidligere tilsynsskema for læger, samt et fast vagt skema for plejepersonalet. Formålet er at indføre regelmæssige lægelige tilsyn af bæltefikserede patienter minimum hver 6. time, med henblik på vurdering af behovet for opretholdelse af bæltefikseringen.

Observationsskemaet er implementeret i afsnittet og der indsamles løbende data med henblik på evaluering af skemaet. Der er lavet en mappe hvori skemaerne skal placeres efter afslutning af tvangsforanstaltningen.

Hensigten med det fælles skema var at få et enkelt, overskueligt og let anvendeligt arbejdsredskab som kunne anvendes af både plejepersonale og læger, og som kunne give et hurtigt overblik over patientens tilstand i fikseringsperioden. Det har været let at bruge for plejepersonalet og er blevet anvendt ved næsten alle bæltefikseringer. Dog er der løbende kommet forslag fra plejegruppen til småjusteringer af skemaet og disse vil blive taget med når skemaet skal evalueres næste gang.

Der er stadig stor diskrepans mellem holdning og handling i forhold til lægeligt tilsyn på bæltefikserede patienter. Tilsynet bliver ikke gennemført konsekvent trods klar instruks, og informationer går tabt ved overlevering mellem vagthold.

De lægelige tilsyn har i mange tilfælde ikke været regelmæssige, eller de har manglet. Der har været en brist i helt kommunikationen vagtlægerne imellem, men også et svigt i

overleveringen fra afsnittets faste læger til vagtholdene. Endelig har plejepersonalet ikke følt det som deres opgave at "minde" vagtlægerne om at de skulle tilse patienten. Det har været nødvendigt løbende at indskærpe overfor plejepersonalet, at skemaet ikke kan erstatte dokumentation af observationer i sygepleje- eller lægejournal og at tidspunkter for ophør af fiksering skal dokumenteres i sygepleje journalen.

Konklusionen på 1. forandringstiltag:

Skemaet er som helhed et godt arbejdsredskab, men det er nødvendigt med en løbende genopfriskning af procedurer omkring anvendelse og opbevaring af skemaet. I lægegruppen skal der arbejdes på at få overleveringen til at fungere og der skal udarbejdes skriftlig procedure. Skemaet har ikke haft effekt med hensyn til nedbringelse af liggetiden i bælte, men det har været medvirkende til at skabe opmærksomhed og fokus på andre muligheder for at nedbringe liggetiden, eksempelvis en intensivering af den medicinske behandling.

2. Eftersamtaler med patienter der har været bæltefikseret

Eftersamtaler ved bæltefiksering er testet på en patient, samtalerne er foreløbig uden fast struktur. Der planlægges flere afprøvende eftersamtaler med andre patienter, med henblik på udarbejdelse af rammer for samtalerne.

Konklusion på 2. forandringstiltag:

Patienter og personales opfattelse af tvang kan ligge meget langt fra hinanden. Det som personalet per definition oplever som en tvangshandling, kan af patienten opfattes som tryk og omsorg.

3. Anvendelse af sandsæk som aggressionshæmmende aktivitet

Strukturen omkring boksebold/ sandsæk projektet er på plads og boksebolden er opsat. Der er udarbejdet evalueringsskema til patient og personale med henblik på måling af aggression før og efter træning. Det er fysioterapeuten der er tovholder i projektet. To medlemmer af plejepersonalegruppen skal instrueres i teknikken.

Begrænsninger:

Manglende lægehenviisninger. Det er ikke lykkedes at introducere 2 øvrige personalemedlemmer. Afsnittet er et akut afsnit med stort patientflow, lokalet med sandsækken ligger mellem to sengestuer som kræver hensyn da rummet er lydt. Lokalet anvendes til skærmning af patienter.

Registrering af effekt: 2 patienter har haft 2 behandlinger á 30 minutter og én patient har haft en enkelt behandling. De er alle bedt om at give udtryk for graden af den uro/anspændthed de havde før og efter, og om det havde været behageligt/ubehageligt, og om en gåtur havde hjulpet ligeså meget.

Samlet set ser de 5 evalueringer således ud:

Før:	ingen ro: 3	lidt ro:1	nogen ro:1	meget ro:0
Efter:	ingen ro: 0	lidt ro:2	nogen ro:2	meget ro:0

Før:	meget anspændt:1	noget anspændt:3	lidt anspændt:1	ikke anspændt:0
Efter:	meget anspændt:0	noget anspændt:1	lidt anspændt:3	ikke anspændt:1

Behageligt – ubehageligt: ingen besvarelser!

Kunne en gåtur have hjulpet ligeså godt: ja: 1 nej: 3 ingen besvarelser: 1

Der var til personalet efter hver behandling udleveret et evalueringsskema til måling af ovenstående faktorer hos patienterne i løbet af samme dag, men ingen af disse er blevet udfyldt.

Konklusion på 3. forandringstiltag.

Kvalitative resultater: det har givet behandleren en del kvalitative observationer af patienterne, som for eksempel hvordan der reageres på ros, hvordan der økonomiseres med kræfterne og det niveau af aggression patienten tillader sig osv.

Evaluering: Det er nødvendigt at få introduceret de to ekstra behandlere, få mere opmærksomhed omkring at få henvist egnede patienter og få personalegruppen med i håb om at få evalueringer fra dem.

4. Udarbejdelse af lokal voldspolitik.

Der er nedsat en arbejdsgruppe bestående af plejepersonale, som skal udarbejde forslag til lokal voldspolitik. Der er udleveret skriftligt materiale til gruppen og første møde er afholdt. Gruppen fremlægger deres proces og resultater på personalemøder i afsnittet. Gruppen skal løbende orientere resten af personalegruppen om arbejdet.

Centralt er der nedsat en alarmgruppe som består af medlemmer fra alle psykiatriske afsnit og denne gruppe arbejder bl.a. med indførelse af rutinemæssig debriefing ved alarm og tilkald. Gruppen har afsluttet arbejdet og der er udformet en fælles procedure for alle afsnit som er godkendt af funktionsledelsen. Proceduren er endnu ikke udkommet i de enkelte afsnit.

Konklusion:

Nedsatte arbejdsgrupper bestående af plejepersonale har gode intentioner, men der er langt fra ord til handling. Det har været nødvendigt at påminde gruppen "Lokal voldspolitik" om at den var nedsat og havde en vigtig opgave.

Der ligger en stor opgave for teamet fremover, med hensyn til at motivere og tydeliggøre formålet med at udarbejde voldspolitik. Desuden et øget fokus på det psykiske arbejds-miljø og personalets retssikkerhed.

Der er ikke nogen målelige forandringer i forhold til trusler om vold og der synes stadig at være en tendens til kun at anmelde de fysiske voldsepisoder. Det er imidlertid hensigten at der via en registrering af den verbale vold vil kunne skabes dialog og synlighed omkring omfanget af fænomenet, samt en øget interesse i at forebygge vold og trusler mod personalet.

Implementerede / spredte forandringer

Implementerede forandringstiltag:

- Bæltefikseringsskema er implementeret på afsnit 2621
- Sandsæk som aggressionshæmmende aktivitet er implementeret.

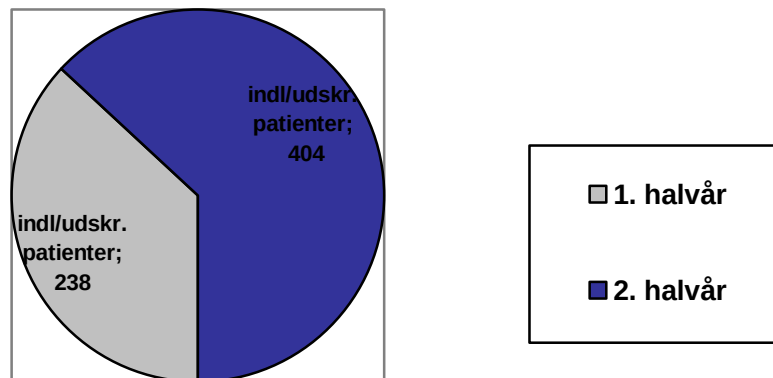
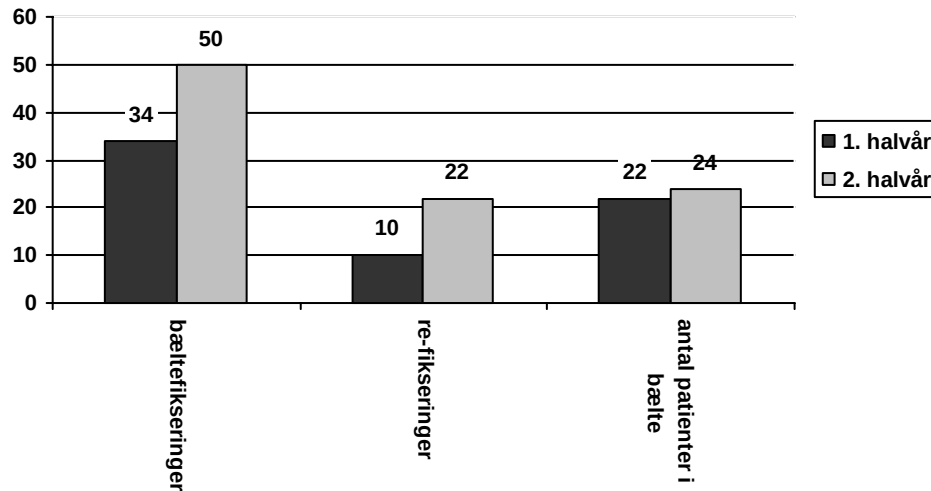
Igangsatte spredningsaktiviteter:

Der er udpeget en ansvarlig i funktionsledelsen, som skal stå for spredningen af bæltefikseringsskemaet.

Resultater

Bæltefikseringer

Skema 3
2004



På diagrammet ses en stigning i antallet af indlæggelser og udskrivelser i andet halvår af 2004 på ca. 60 %.

Som det fremgår af statistikken har der været en del flere bæltefikseringer i 2. halvår af 2004 end i det første halvår. Endvidere viser den lokale statistik at liggetiden i bælte er steget fra et gennemsnit på 15 timer til et gennemsnit på 31 timer. At en del patienter er i bælte flere gange i løbet af indlæggelsesperioden.

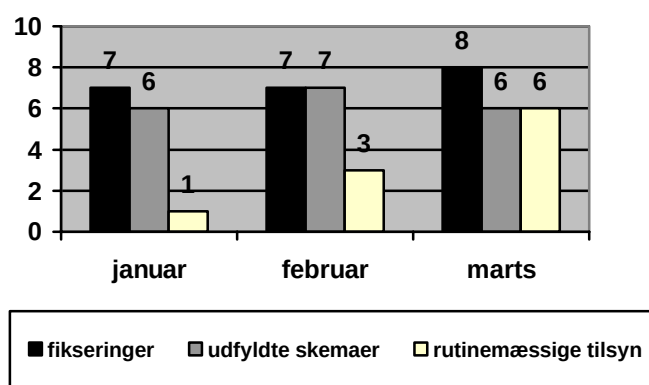
Tallene viser ligeledes, at der ikke har været flere patienter i bælte i 2. halvår, på trods af et øget patientflow på 60 %. Det kan derfor konkluderes at; set i relation til antallet af indlæggelser og udskrivelser, er der faktisk sket et fald i andelen af patienter der fikses efter skema 3.

Mulige årsager til stigning i liggetid og refikseringer:

- Øget arbejdspress i forbindelse med stigning i patientgennemstrømningen.
- medicineringen af patienterne med beroligende medicin, er ikke hurtig og vedholdende nok.
- Dokumentation for virkning og bivirkninger af medicinen er ikke grundig nok.

- Lægebemandingen er svingende i perioder befolkes vagtlaget af medicinstuderende.
- Patienter bliver flyttet for tidligt grundet pladsmangel og kommer tilbage til afsnittet i en dårligere tilstand.
- Patienterne forsøges løst for tidligt med refiksering til følge.
- Personalet føler et udefrakommende pres, som resultat af den megen fokus på nedbringelse af bæltefikseringer, så de venter for længe med at fikse og patienten er længere om at falde til ro.
- Afsnittet skal kunne modtage og rumme de aller vanskeligste og udadreagerende, patienter som ikke kan placeres andre steder. Samtidig skal personalet forholde sig til børn og unge helt ned til 9 år som indlægges i afsnittet, som også modtager retspsykiatriske patienter og patienter der er dømt til anbringelse. Der har været en stigning i antallet af børn og unge som har brug for lukket regi og det faktum at personalet har fået en beskyttende funktion i forhold til disse ofte meget små og unge patienter, kan medvirke til at dårlige patienter forbliver i længere tid.

Bæltefikseringsskemaer 1. kvartal 2005



Som det fremgår af har næsten alle fikserede patienter et bæltefikseringsskema. For de rutinemæssige tilsyn hver 6. time er der sket en markant forbedring fra januar til marts, således at det er 100 % af de anvendte skemaer som er udfyldt korrekt.

De manglende skemaer kan skyldes at de er blevet arkiveret forkert evt. sammen med lægejournalen. Disse skemaer har ikke kunnet opspores.

Kommentarer til procesarbejdet

Rammer og vilkår i projektperioden

Afsnittet har i en længere periode manglet sekretærbistand, hvilket har betydet at tvangsskemaer ikke er blevet ajourført, indberettet og sorteret. Dette har vanskeliggjort vores muligheder for at udføre målinger og lave tvangsstatistik.

Afsnittet har ikke, i forbindelse med tvangsprojektet, fået tilført ekstra ressourcer af nogen art i projektperioden, så de fire deltagere i projektgruppen har lavet tvangsprojekt sideløbende med de daglige opgaver. Det har ikke været muligt at afholde regelmæssige møder og ej heller, i tilstrækkelig grad, at få involveret resten af personalegruppen i projektet. Der er senere koblet yderligere tre personer på projektet, men det har blot gjort det endnu vanskeligere at mødes.

Tvangsprojektet har været en stressfaktor i hele perioden, og det har vist sig at være noget mere omfattende i praksis, end det blev fremstillet ved præsentationen af

gennembrudsmetoden. Det har, grundet vores første prioritering af patientarbejdet i dagligdagen, været vanskeligt ikke at betragte projektet som en klods om benet og vi er langt fra selv tilfredse med at skulle aflevere venstrehåndsarbejde, fordi vores vilkår ikke har givet os mulighed for at levere et ordentligt produkt.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det mest givende

Selve ideen bag gennembrudsmetoden, hvor formålet er at dele erfaringer og værktøjer til at bedre kvaliteten af vores arbejde, på tværs af amts og kommunegrænser, er rigtig god. Det er både udviklende og berigende at opdage at der er en verden udenfor ens eget lille domæne. Det har været lærerigt og spændende at dele vores erfaringer med andre og se, at det vi gør, enten kan gøres på en anden måde eller er godt nok som det er.

En væsentlig del af gennembrudsprojektet er, at der via det fokus der er skabt på tvang i psykiatrien, vil opstå et mere nuanceret billede af brugen af tvang, således at også de plejef professionelle, der anvender tvang i dagligdagen, bliver en del af den offentlige debat.

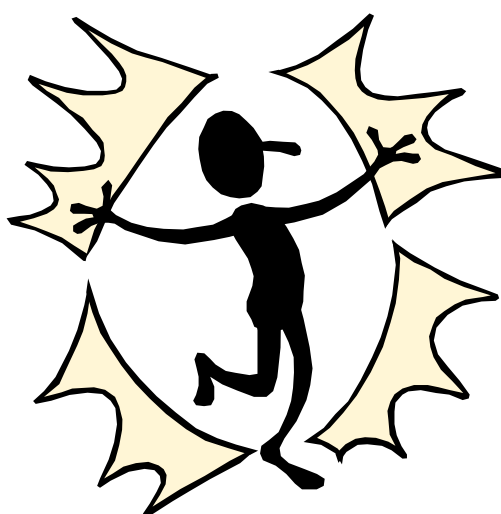
Det vanskeligste

Konceptet bag gennembrudsprojektet har været vanskeligt at indarbejde i en travl og ofte uforudsigelig hverdag uden tilførsel af ekstra ressourcer af nogen art.



Gennembrudsprojekt

Team Horsens



Slutrapport

Team	Team Horsens, afd. O2, tlf. 79 27 48 03
Teammedlemmer	Sekretær og kontaktperson Annelisa Juul Hansen Overlæge, Ole Helbo Souschef, Lis Eriksen Sosu-assistent, Tonni Bjergbæk
Beskrivelse af afsnittet	Akut lukket modtagerafsnit O2 15 sengepladser samt 4 modtagerpladser
Resumé af resultater	Team Horsens har arbejdet mod at nedsætte den anvendte tvang på afdelingen samt bedre den patientoplevede kvalitet ved brug af tvang og udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang.

Lokal målsætning og lokale mål

Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål

Afdeling O2 Horsens har i projektperioden arbejdet med at forbedre praksis omkring anvendelsen af tvang med det formål at:

1. Reducere anvendelsen af tvang
2. Bedre den patientoplevede kvalitet ved brug af tvang
3. Udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang

Outcome mål:

75 % af patienterne har fundet fiksering nødvendig i deres behandlingsforløb (eftersamtale målinger)

30 % reduktion i antal bæltefikserede patienter.

30 % reduktion i bæltelægningstiden.

Procesmål:

100 % af patienter, der er fikseret i mere end 2 timer, skal af plejepersonale vurderes efter standarden for bæltefikserede patienter.

95 % patienter udsat for fiksering efter tvangsprotokol 3 skal tilbydes eftersamtale ud fra standard ”Opfølgende patientsamtale efter bæltefiksering”.

80 % af alle indlagte patienter indenfor 48 timer skal have tilbudt en samtale vedr. aggressionsskemaet.

90 % af alle indlagte patienter skal have tilbudt en samtale vedr. aggressionsskemaet inden udskrivelse.

100 % af patienter udsat for tvang, skal efter hver tvangsepisode have udleveret Gul spørgeskema omhandlende oplevet tvang – senest ved udskrivelse eller overflytning.

Balancerede mål:

Antal refikseringer

Antallet af vold og trusler om vold der registreres på afdelingen

Målinger

Beskriv hvordan målingerne blev gennemført

Målingerne er blevet gennemført på forskellig vis:

1. Data fra tvangsprotokollerne er databehandlet af Det Nationale Sekretariat.
2. Data omkring patienttilfredsheds er blevet indsamlet via udlevering af det ”gule” spørgeskema og databehandlet af Det Nationale Sekretariat.
3. Interviews fra praxysforskningen.

Afprøvede / testede forandringer

1. Nævn de mest succesfulde forandringstiltag der er gennemført i løbet af projektperioden, 2. Nævn de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang på afsnittet/afdelingen

Succesfulde forandringstiltag:

- Udformet observationsskema omkring vurdering af bæltefikserede patienter
- Udformet manual for opfølgende samtale efter bæltefiksering
- Udformet aggressionsskema

Forandringstiltag med størst effekt på kvaliteten af håndtering af tvang:

Vi har på afdelingen oplevet, at eftersamtale i forhold til tidligere bæltefikserede patienter, har fået personalet til at rette fokus mere mod, hvordan den patientoplevede tid forud for bæltefikseringen var. Den patientoplevede oplevelse er ikke altid samstemmende med den personaleoplevede situation, hvilket vi er blevet mere bevidst omkring efter netop afholdt temadag. Temadagen var for alt plejepersonale og tog afsæt i interviews af patienter, som havde været bæltefikseret.

En anden implementering er omkring indførelsen af observationsskema ved bæltefikserede patienter. Her forventer vi en reducere i bæltelægningstiden efter at plejepersonalet vurderer den bæltefikserede patient hver anden time. Dog ville man sandsynligvis kunne se en større reduktion, såfremt lægerne kunne inddrages noget mere ved tilsyn af den bæltefikserede patient hver anden time. Dette har været drøftet blandt lægerne men kan pt. ikke gennemføres.

Endvidere kan implementeringen omkring aggressionsskema som en fast del af afdelingens velkomstpjece være medvirkende til en reducere af voldsom udadreagerende adfærd ved indlagte patienter. Dette er dog vanskeligere at måle på, idet man ikke på forhånd kan sige, om en patient bliver udadreagerende i indlæggelsesperioden.

Implementerede / spredte forandringer

1. Hvilke forandringstiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden, 2. Beskriv igangsatte spredningsaktiviteter

- Udformet observationsskema omkring vurdering af bæltefikserede patienter
- Udformet manual for opfølgende samtale efter bæltefiksering
- Udformet aggressionsskema

Igangsatte spredningsaktiviteter:

Vi har valgt at opdele spredningsstrategien i to dele, dels en daglig spredning i eget afsnit, dels en spredning til åbent afsnit i Vejle.

Hovedformålet med projektet er på længere sigt at mindske brugen af tvang på afdelingerne. Dette kan bl.a. afhjælpes ved brug af et aggressionsskema. Vore erfaringer har vist, at hvis en patient evt. har tendenser til at blive vred, gå amok m.v., så kan dette afhjælpes med, at personalet på forhånd har kendskab til de ting og aktiviteter, som patienten ved, afhjælper dennes aggressivitet / vrede. Derfor er udarbejdet et aggressionsskema, som henvender sig til den enkelte patient mht. at forebygge tendenser til aggressiv adfærd, hvorved bæltefikseringer mv. kan undgås. Vi har derfor tænkt, at dette skulle spredes til åben afdeling i Vejle, idet Horsens afdeling. O2 fungerer som lukket akut modtager afdeling for Vejle. For at man derfor kan undgå, at patienter ved voldsom uro mv., overflyttes de ca. 40 km til Horsens til gene for patienten, vil en spredning af aggressionsskema til Vejle kunne nedbringe overflytninger til Horsens.

For at kunne gennemføre vores spredningsstrategi, vil vi:

Informere afdelings- samt oversygeplejersken på afdelingen omkring vores strategi. Disse viderebringer informationen til Vejles åbne afdelinger, da det først skal undersøges, om der er interesse for kendskab til og ønsker at bruge aggressionsskema. Det er ligeledes en ledelsesmæssig opgave at tage stilling til, hvor mange ressourcer, vi som teammedlemmer skal bruge på planlagte spredningsstrategi.

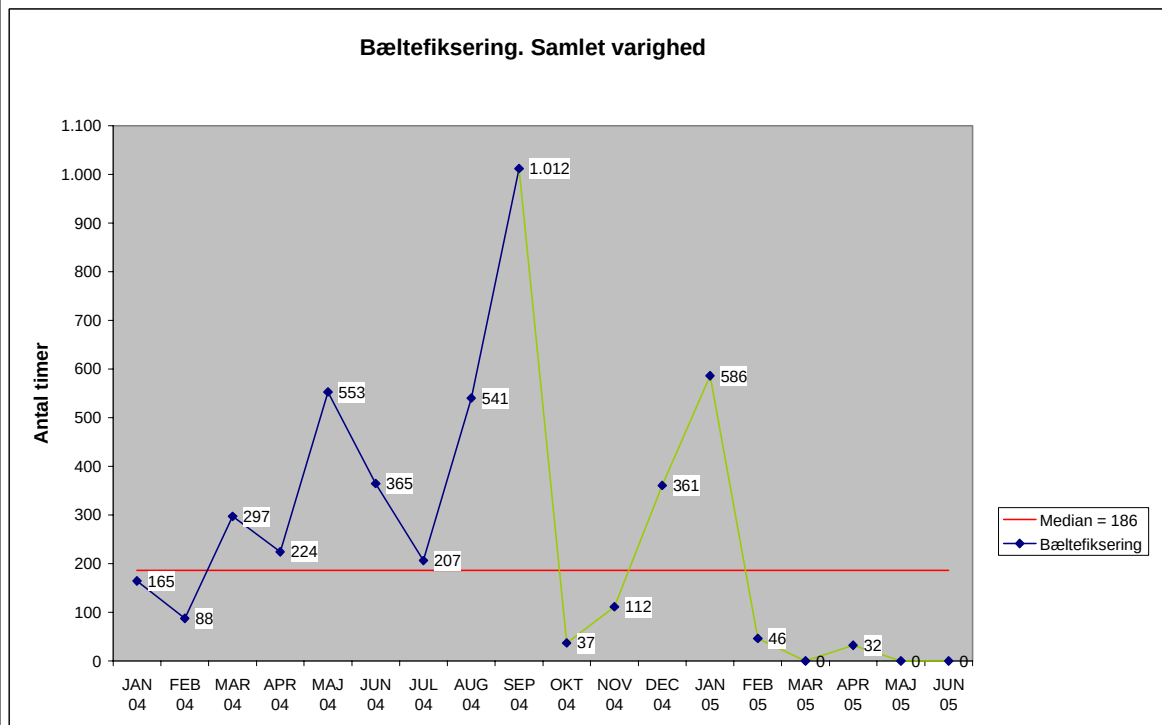
Vi har valgt at spredningen skal være en del af de daglige arbejdsmetoder, hvorved at dialog vil komme i de enkelte episoder, for herved at implementeringen bliver en naturlig del af arbejdsmetoden.

Spredningen i afdelingen skal ske gennem dialog ved personalemøder, daglig konference samt gennem fokusgruppen for voldsforebyggelse og vores lokale projekt om voldshåndtering.

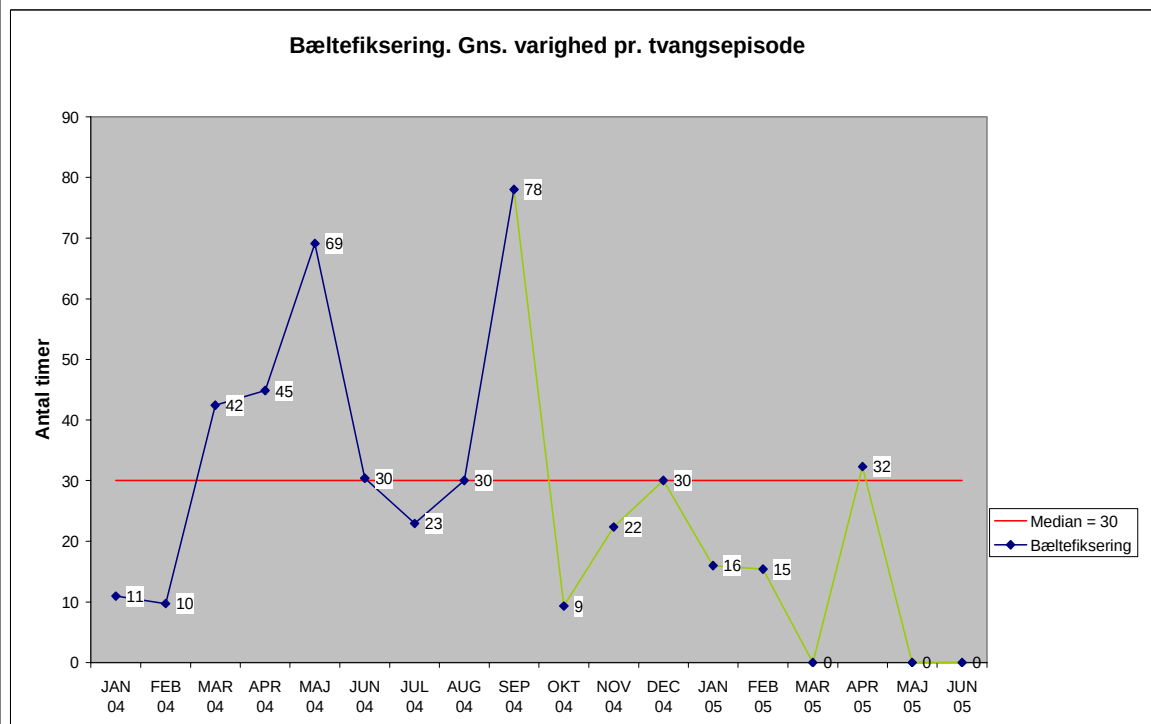
Da der i starten af en spredning vil blive brug for en del ressourcer omkring implementering og vi som team medlemmer allerede nu ved, at vi vil være tovholdere i denne proces, er det vigtigt at udmelde til ledelsen, at et antal timer ca. 4 skal tilføres os denne opgave.

Resultat

1. Beskriv resultaterne 2. Indsæt de vigtigste grafer (max.4) med kommentarer indføjjet

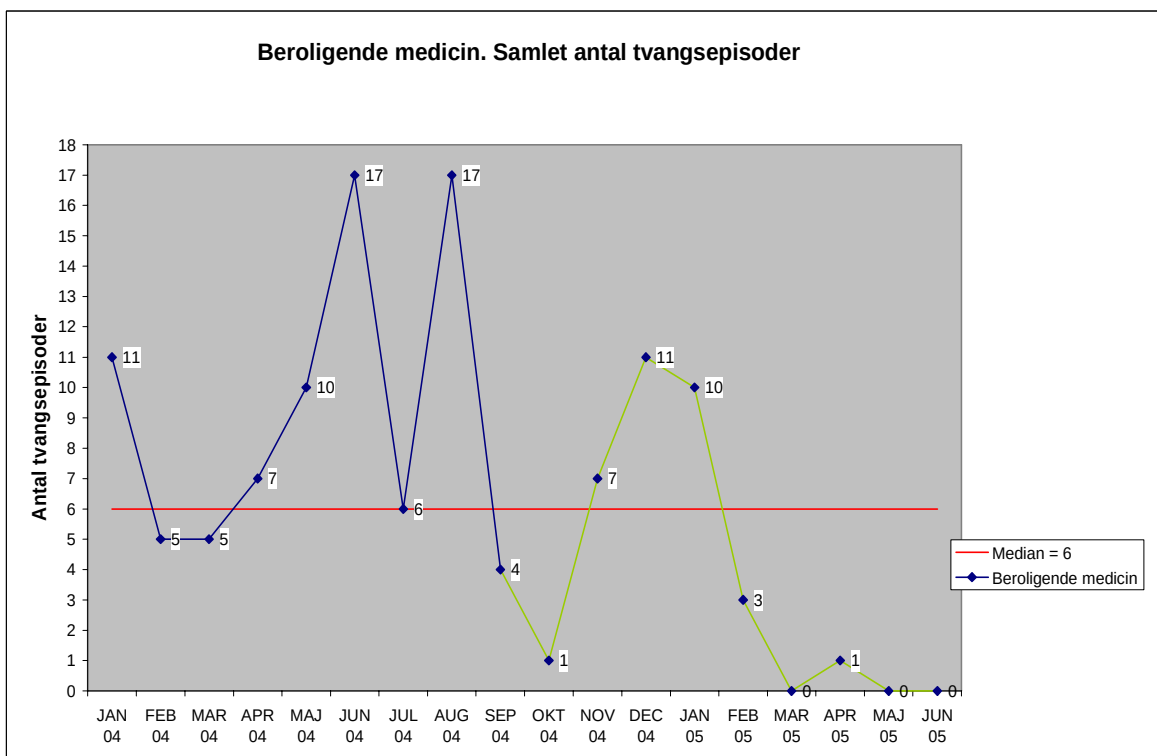


Der har fra december 2004 og til februar 2005 været en voldsom stigning i varigheden af bæltefiksering. Dette skyldes, at der i denne periode var en voldsom selvskadende og udadreagerende patient indlagt, som meget af perioden lå bæltefikseret. En anden indlagt patient havde downsyndrom og måtte til hver nat bæltefikseres, før patienten kunne / ville sove.



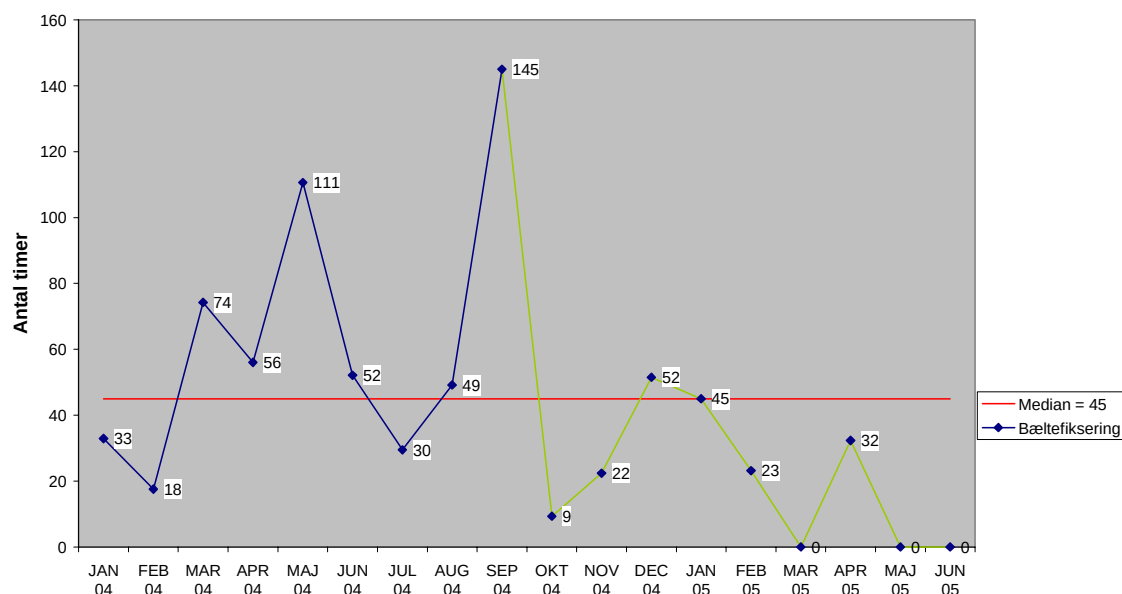
Fra midten af september 2004, hvor man på afdelingen gik i gang med at teste forskellige implementeringer i forhold til at reducere tvang, ses et stort fald i varigheden pr. bæltefiksering. En af årsagerne hertil kan skyldes, at netop fokus på tvang blev en fast del af afdelingens procedurer og emne til stor debat i personalegruppen og blandt læger.

Som det ses på grafen afspejler en stor varighed i januar og februar 2005 af bæltefiksering ikke, at varigheden pr. episode også er høj. Denne har i de måneder været nedadgående og patienterne har ligget kortere tid i bælte af gangen. At kurven er opadgående fra midten af marts måned, skyldes igen den udagreagerende patient, som blev dårligere. Denne patient blev overflyttet til Risskov omkring april måned, hvorved der igen ses en nedgang i varigheden pr. episode af bæltefiksering. Samtidig indføres på afdelingen observationsskemaer til bæltefikserede. Dette har i høj grad været med til at sætte fokus på varigheden af en fiksering, hvilket har medført, at fordi en patient er bæltefikseret i en aftenvag, så medfører det ikke automatisk, at denne også skal være fikseret hele natten.



Der ses en stigning på kurven toppende omkring december og derefter faldende til under medianen fra omkring februar 2005, hvilket igen skyldes den føromtalt selvskadende patient

Bæltefiksering. Gns. varighed pr. tvangsbehandlet patient



Den sidste graf viser forholdet mellem bæltefikseringstiden samt tvangsbehandlet patient. For første halvår af 2005 ligger gennemsnittet igen under medianen for afdelingen, og de udsving der har været fra december 2004 har i de fleste tilfælde omhandlet den selvskadende patient.

I den forholdsvis korte periode, hvor der er samlet statistisk materiale, har afdelingen ligget omkring eller endda en del under medianen. Dermed kan dog ikke konkluderes, at der anvendes mindre tvang på afdelingen eller at en bæltelægningstid er blevet forkortet, idet det også afhænger af, hvilke patienter, som er indlagt mv. For at få et mere statistisk korrekt billede, må den måleperiode udvides til et par år, før en eventuel sammenhæng kan vurderes og analyseres korrekt.

Der skal dog ikke herske tvivl om, at man på afdelingen arbejder målrettet på at nedbringe tvangen generelt. Dette udviser sig ved brugen af observationsskemaer for bæltefikserede (se bilag 1) samt eftersamtaler efter bæltefikseringer (se bilag 2,3 og 4). Disse skemaer evalueres der på mindst en gang om måneden, og der diskuteres målrettet i personalegruppen, hvilke tiltag man kan iværksætte.

Kommentarer til procesarbejdet

1. Beskriv rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden. (f.eks. hyppighed og tid til teammøder, frikøb af personale),
2. Beskriv væsentlige ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen (f.eks. personale, ressourcer m.m.)

Rammer og vilkår for arbejde i projektperioden

I starten af projektperioden havde teamet meget svært ved at afsætte den fornødne tid, som der skulle bruges for at projektet ville blive en succes. Dette, da afdelingen i efteråret var hårdt belastet, hvorfor det i det daglige arbejde var svært at afsætte tid samt få koordineret mødetidspunkter teammedlemmerne imellem. Det var i denne periode baseret på det enkelte

teammedlems aleneprestation at få gennemført tests i afdelingen, hvorfor en senere implementering blev vanskeliggjort.

Efter 2. læringsseminar besluttede vi at indføre fast mødetidspunkt teammedlemmerne imellem for på denne måde bedre at kunne koordinere arbejdet. Vi fik også afholdt to møder i januar måned men herefter har det ikke været muligt. Det har bevirket, at to af teammedlemmerne har været i dialog med afdelingsledelsen og fået bevilliget et antal projektdage. Vi har i alt brugt fire hele dage på dette, hovedsageligt først i maj måned. Vi har set en udvikling heri, når vi har kunnet arbejde uforstyrret og koncentreret.

Når vi ser tilbage på projektperiode, kan vi se, at det ville have gjort en forskel, hvis der var blevet frikøbt et antal dage, således at vi var kommet bedre fra start og ikke konstant var et par mdr. bagud i forhold til andre teams.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

1. Beskriv hvad har været det mest givende ved at arbejde med metoden?, 2. Beskriv hvad har været det sværeste ved at arbejde med metoden?, 3. Beskriv hvad er jeres samlede erfaringer med at arbejde med metoden.

Det mest givende ved at arbejde med Gennembrudsmetoden:

Forandringskataloget har været en god inspirationskilde til, hvilke tiltag man har kunnet arbejde med i afdelingen. Dette har sparet tid og ressourcer, idet man har kunnet tage afsats andres ideer og tilpasse dem til egen afdeling.

Det har endvidere været spændende at deltage i de tre læringsseminarer til inspiration til de forskellige oplæg og kunne mødes med andre teams og udveksle erfaring samt få ny inspiration til det videre arbejde.

Fokuseringen på tvang på landsplan og det at se og høre om, hvordan andre afdelinger håndterer og arbejder med nedbringelsen af tvang, har været stor inspirationskilde i vores daglige arbejde.

Det videre arbejde...

Beskriv hvilke planer der er lagt for det videre arbejde med kvalitetsudvikling vedr. tvang. Såfremt der er indgået aftaler med ledelsen om det videre arbejde beskrives disse. Hvis ikke der er lagt aktuelle planer, beskrives de ønsker I som team har for det fremtidige arbejde.

Eftersamtaler er efterhånden blevet godt implementeret i afdelingen, hvorfor vi i en periode på tre måneder fra 1. oktober til 1. januar 2006 vil føre statistik over eftersamtale kontra bæltefikseringer. Vi vil herefter om ca. et år følge op på, om der i afdelingen er 95 %, hvad vi antager der vil være, opfølgning på eftersamtaler efter bæltefikseringer. Skulle dette mål ikke vise sig, må vi herefter finde anden strategi og lave nye tiltag, for at vores mål skal blive opfyldt. En ny periode af tre måneder til statistisk beregning vedr. eftersamtaler vil blive gennemført og dette ikke nødvendigvis om et år når ny strategi er lagt.

Spredning til andet sygehus blev gennemført i november 2005. Vi blev inviteret til Vejle, hvor vi fortalte omkring vores erfaringer mht. eftersamtaler, observationsskemaer og arbejdet med gennembrudsprojektet generelt. Der var stort fremmøde, ca. 40 mennesker, som alle tog rigtig godt imod og roste foredraget og en enighed blandt tilhørerne, at gennembrudsmodellen og de forskellige tiltag, som var blevet foretaget på afdeling O2, i stor udstrækning ville kunne "genbruges" i Vejle.

Observationsskema ved bæltefikseringer.

Skema nr.

Vurdering inkl. dokumentation minimum hv.
2. time

Kontaktperson:		Patient lable												Init. K.P		
Vurdering inkl. dokumentation minimum hv. 2. time																
Klokken:																
Sover pt.?	Ja															
	Nej															
Er pt. psykomotorisk urolig?	Ja															
	Nej															
Er pt. hallusioneret?	Ja															
	Nej															
Er pt. selvdestruktiv?	Ja															
	Nej															
Er pt. udagerende/truende?	Ja															
	Nej															
Er pt. ophidset/vred?	Ja															
	Nej															
Er alm. kommunikation med patienten mulig?	Ja															
	Nej															
Er pt. Informeret om fikseringsårsag og længde?	Ja															
	Nej															
Klager pt. over smerter?	Ja															
	Nej															
Ligger bælte og remme korrekt?	Ja															
	Nej															
Er pt. mobiliseret i sengen?	Ja															
	Nej															
Har pt. fået tilbudt mad og drikke?	Ja															
	Nej															
Er pt.'s cirkulation i.a. ?	Ja															
	Nej															
Er pt.'s respiration i.a.?	Ja															
	Nej															
Har pt. været på toiletet? Bækken (B) – kolbe (K)	Ja															
	Nej															
Bemærkninger:																

122 Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien

Bilag 2

Manual for opfølgende samtale efter bæltefiksering

- Patienten orienteres om formålet med samtalen og tidspunkt for afholdelse af samtale.
- Samtalen afholdes snarest efter tvangsepisoden – afhængig af patientens tilstand.
- Formål med samtalen:
 - o At patienten får mulighed for, at sætte ord på de følelser og oplevelser patienten har haft i forbindelse med den aktuelle tvangsepisode.
 - o At forbedre kvaliteten af tvang.
 - o At minimere behovet for anvendelse af tvang.
- Samtalen skal foregå et uforstyrret sted.
- Samtalens varighed: Cirka 15 minutter.
(Giv patienten tid til at formulere sig).
- Samtalen afholdes primært af kontaktpersonerne.
- Samtalen afholdes, når patienten er i stand til at deltage – dog senest en uge efter tvangsepisoden
- Referér med patientens ord og undgå fortolkninger.
- Spørgsmålene stilles, som de står skrevet.
(Er du usikker på, om patienten har forstået spørgsmålet, kan spørgsmålet uddybes).
- Støt patienten i at holde sig til at besvare det enkelte spørgsmål.

Bilag 3

Dato:

Patient:

Kontaktperson:

Opfølgende patientsamtale efter bæltefiksering

	 Ja i høj grad	 Ja i nogen grad	 Nej kun i mindre grad	 Nej slet ikke
1. Forsøgte du at give personalet et fingerpeg om, at du var ved at miste kontrollen, og at du måske havde brug for støtte/hjælp?	☐	☐	☐	☐
2. Er der noget, personalet kunne have gjort for at hjælpe dig til at genvinde kontrollen, inden du blev bæltefikseret?	☐	☐	☐	☐
3. Ved du hvorfor personalet besluttede at bæltefikse dig?	☐	☐	☐	☐
4. Syntes du, at den tid du lå i bælte, var passende?	☐	☐	☐	☐
5. Havde du smerter eller andet ubehag, mens du var bæltefikseret?	☐	☐	☐	☐
6. Var du tilfreds med den omsorg personalet gav dig, mens du var bæltefikseret?	☐	☐	☐	☐
7. Blev du behandlet med respekt og medmenneskelighed før, under og efter at du blev bæltefikseret?	☐	☐	☐	☐

Bilag 4

Yderligere kommentarer vedr. opfølgende patientsamtale:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

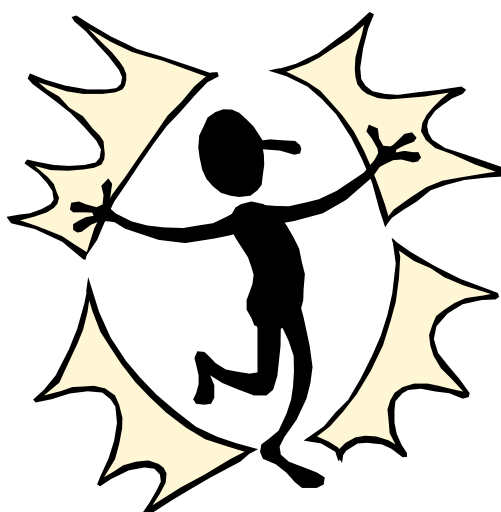
8. _____

OPBEVARES I MAPPE VEDR. EFTERSAMTALE!



Gennembrudsprojekt

Team Hvidovre 809



Slutrapport

Team	Team Hvidovre 809
Teammedlemmer	Karina Godino, Assisterende afdelingssygeplejerske, karina.godino@hh.hosp.dk Lene Jensen, Social- og sundhedsassistent, lene.jensen@hh.hosp.dk Kit Bergstein, Social- og sundhedsassistent, kit.bergstein@hh.hosp.dk
Beskrivelse af afsnittet	Lukket akut modtageafsnit 809 11 sengepladser, personalenormering 26
Resumé af resultater	Team Hvidovre 809 har primært arbejdet med formaliseret tvang og forebyggelse heraf. Teamet har forsøgt at arbejde målrettet på at nedsætte varigheden af bæltefikseringer med 50 %, samt antallet af bæltefikseringer med 50 % i forhold til 1. kvartal 2004.
Lokal målsætning og lokale mål	
Team Hvidovre 809 vil i projektperioden arbejde med forebyggelse af anvendelse af brug af tvang, med fokus på bæltefikseringer. Vi vil forbedre kvaliteten af den anvendte tvang, set fra patientens side med henblik på at reducere antallet af bæltefikseringer. Vi vil intensivere plejen og behandlingen af bæltefikserede patienter, med henblik på at nedbringe varigheden af bæltefikseringerne. Outcome mål ➤ Vi vil nedbringe antallet af timer patienterne er bæltefikserede med 50 % i projektperioden, sammenlignet med baseline. ➤ Vi vil nedbringe antallet af bæltefikseringer med 50 % i projektperioden, sammenlignet med baseline ➤ Vi vil arbejde hen imod at patienttilfredsheden i tilknytning til bæltefikseringer øges med 50 % Proces mål ➤ Planlægge at hele personalegruppen bliver informeret om gennembrudsprojektet. ➤ Alt personale, inkl. vikarer og timelønnede, skal være introduceret og fortrolig med de gældende fast vagt standarder for Hvidovre Hospital. ➤ Ved bæltefikserede patienter skal der lægges standard for fast vagt til bæltefikserede i sygeplejefjournalen (ved den relevante sygeplejediagnose). ➤ Indføre aktiviteter i aftenvagten 2 gange ugentligt. ➤ Vi vil implementere revideret skema til forebyggelse af aggression under indlæggelse.	

- Sikre at alle patienter får en relevant og fyldestgørende information i forbindelse med indlæggelsen.
- At der altid er personale tilgængeligt i miljøet.

Balancerende mål

- Antallet af beroligende injektioner givet med tvang.
- Antallet af episoder med vold og trusler om vold der registreres på afdelingen.
- Sygefravær

Målinger

Målingerne er blevet gennemført på forskellig vis:

- Data fra tvangsprotokollerne for hele 2004 er databehandlet af Det nationale sekretariat
- Data omkring patienttilfredshed er blevet indsamlet via udlevering af det 'gule' spørgeskema og databehandlet af Det nationale sekretariat.
- Der laves løbende audit på sygeplejeholdningerne, hvor antallet af udførte samtaler om skema til forebyggelse af aggression under indlæggelse dokumenteres i mappen "indsamlede data"

Afprøvede / testede forandringer

Succesfulde forandringstiltag:

1. Skema til forebyggelse af aggression under indlæggelse.
2. Standard til sygeplejediagnose om forebyggelse af aggression under indlæggelse.
3. Alle introduceres til fast vagt standarder.
4. Strukturering af eftermiddags/aftenmøder med planlægning af aktivitet i aftenvagte 2 gange ugentligt, med fokus på muligheder.
5. Dokumentationsskema der skal sikre at patienterne får den samme information om afsnittet.

Forandringstiltag med størst effekt på kvaliteten af håndtering af tvang:

Et af de forandringstiltag, der har haft størst indflydelse på vores afsnit er **skema til forebyggelse af aggression under indlæggelse**. Samtalen bliver afholdt i forbindelse med indlæggelsessamtalen eller inden for de første 72 timer efter indlæggelsen. Resultatet skal udmunde i en sygeplejediagnose (standard), hvor de relevante tiltag skrives. Vi har fået øjnene op for, hvor stor viden patienterne har om midler til forebyggelse af at de mister kontrollen over sig selv. Skemaet er blevet utroligt positivt modtaget af patienterne, som har været meget villige til at deltage samt udvist stor kreativitet i besvarelserne. Resultaterne har med succes været brugt i givne situationer. Resultatet af skemaet har resulteret i en målrettet og individuel pleje i opkørte situationer.

Et andet tiltag der har indflydelse i plejen, er introduktion til og anvendelse af **fast vagt standarder**, hvilket har betydet at forventningerne til den faste vagt er klare, at plejen til den bæltefikserede bliver målrettet og intensiveret og resulteret i at bæltefikseringsperioden bliver reduceret, samt at patienttilfredshed i forbindelse med udførte bæltefikseringer øges.

Implementerede / spredte forandringer

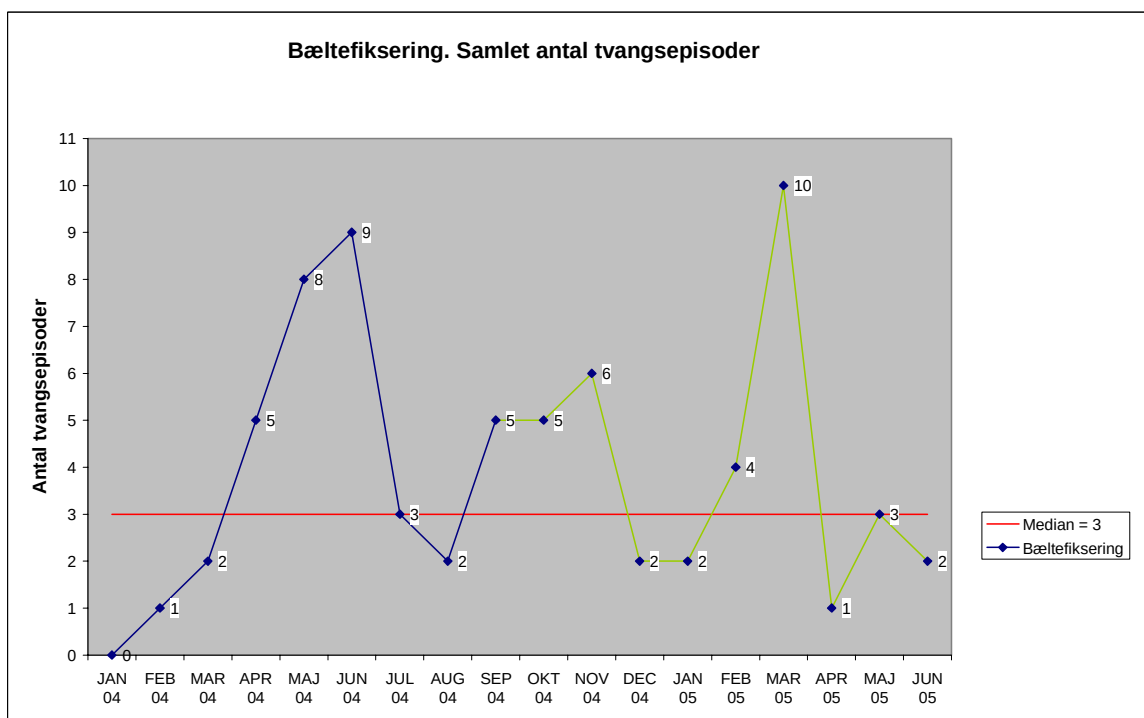
Implementerede forandringstiltag

1. Skema til forebyggelse af aggression under indlæggelse
2. Standard til sygeplejediagnose om forebyggelse af aggression under indlæggelse.
3. Introduktion til og anvendelse af fast vagt standarder til bæltefikserede patienter.

Igangsatte spredningsaktiviteter

1. Undervisning af andre lukkede afsnit på Hvidovre psykiatrisk afdeling om skema til forebyggelse af aggression under indlæggelse.
2. Undervisning af andre lukkede afsnit på Hvidovre psykiatrisk afdeling i kendskab til og anvendelse af fast vagt standarder.

Resultat



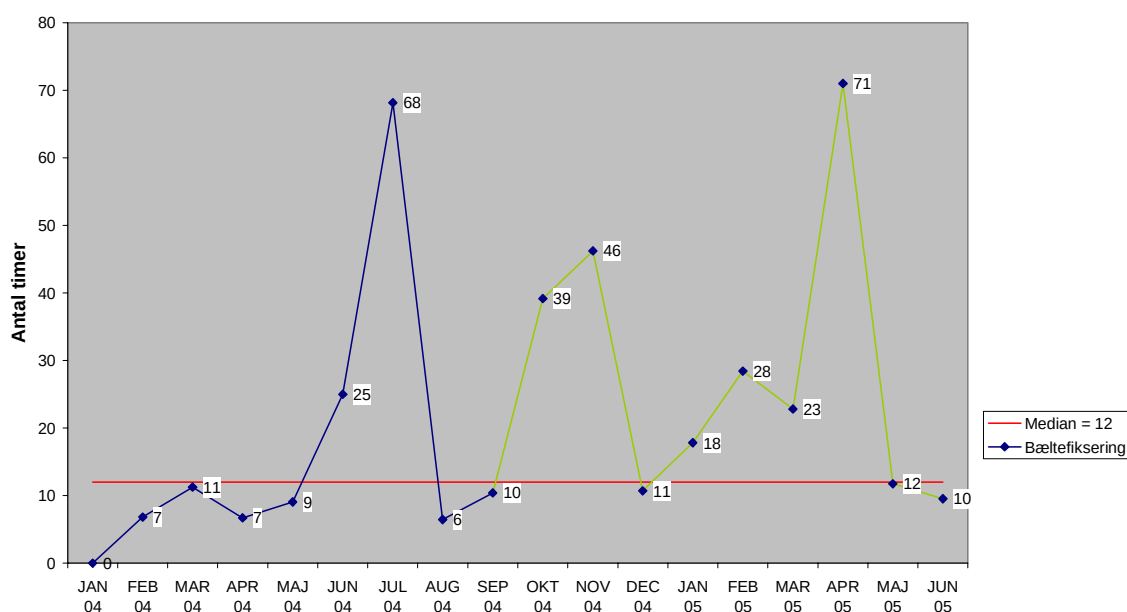
Som det fremgår af grafen er målet ikke nået.

Tallene skal dog ses i lyset af de rammer og vilkår der har været i projektperioden:

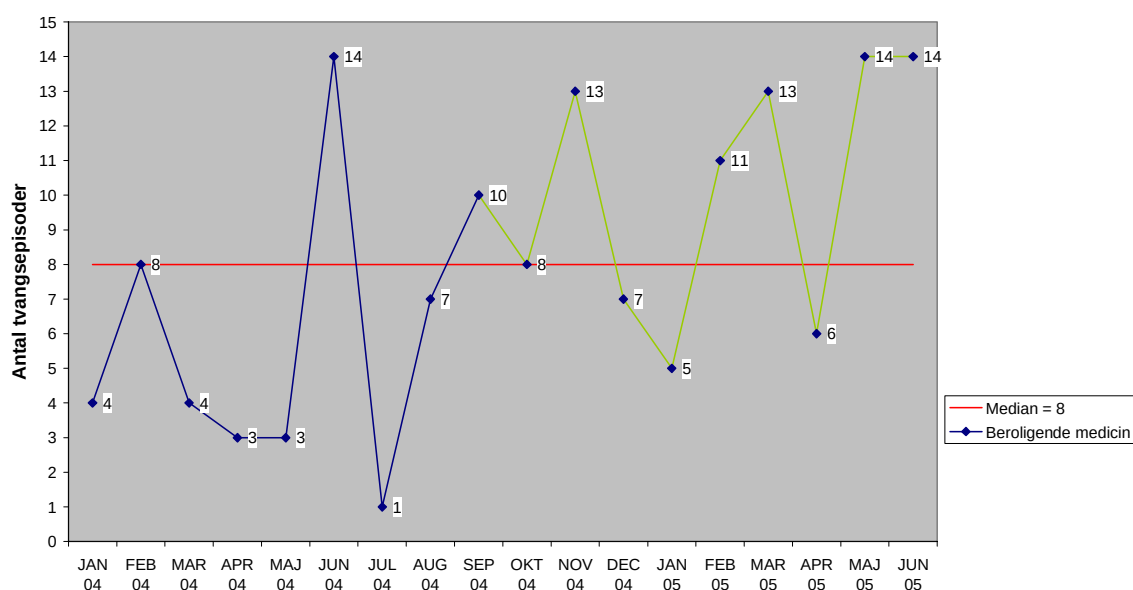
- 27. september 2004 lukkes et lukket afsnit midlertidigt (frem til 18. april 2005) og i forbindelse med dette udvides vores optagerområde, så vi nu arbejder med 3 optagerområder og 2 distrikts psykiatriske centre, samt skal modtage yderligere 3 patienter, i alt 14, i et afsnit der er indrettet til 11.

- I forbindelse med nedlukningen af 811 blev det besluttet at 809 skulle tilføres ekstra personaleressourcer, dette skete ved at der blev flyttet 4 personer fra 811. Dette personale var overvejende uerfarent. Samtidig blev der ansat nyt personale der skulle være med at starte 811 op igen. Dette personale var nyuddannet og 809 stod for hele introduktionen og oplæringen.
- Den 16. marts 2005 får vi en stor vandskade i afsnittet, dette medfører at vi må flytte til et afsnit, indrettet med 3 enestuer, 3 2-sengsstuer, 1 4-sengsstue, med bad og toilet på gangen. Dette stod på frem til 18. april 2005.
- I juli 2004 til september 2005 har der løbende været udlånt personale fra 809 til andre afsnit, uden dette har udløst nogen form for kompensation.

Bæltefiksering. Gns. varighed pr. tvangsepisode



Beroligende medicin. Samlet antal tvangsepisoder



Kommentarer til procesarbejdet

Rammer og vilkår for arbejdet i projektperioden:

Hele projektperioden har været præget af mange uforudsigelige hændelser: Fra juli 2004 og indtil september 2005 har der været udlånt personale fra 809 til forskellige afsnit, uden at afsnit 809 har fået kompensation for dette.

27. september 2004 lukker et lukket afsnit midlertidigt, dette skulle være i en periode på 3 – max. 4 måneder. Det nye afsnit åbnede den 18. april 2005. I forbindelse med dette udvides vores optageområde, så vi nu arbejder med 3 optageområder, 2 Distriktspsykiatriske Centre og skal modtage yderligere 3 patienter, i alt 14 (på et afsnit der er indrettet med 11 enestuer). Dette har medført at det fysiske rum har været meget begrænset, samtidig med at dagligdagen har været præget af kraftigt stigende patientflow og korte intensive patientforløb.

I forbindelse med ovenstående fik vi tilført uerfarent personale fra det afsnit der blev lukket. Samtidig med at der blev ansat nyt personale til når afsnittet skulle genåbnes. Dette personale var nyuddannet og vi stod for hele introduktionen og oplæringen af disse.

I marts 2005 var det stor vandskade på afsnit 809, hvilket medførte at vi måtte flytte afsnit. Dette afsnit var indrettet med 3 enestuer, 3 2-sengsstuer og 1 4-sengsstue og med bad og toilet på gangen. Vi var på dette afsnit frem til 18. april 2005.

Det har været meget svært at finde tid til projektarbejdet i dagligdagen og hvis vi har skullet mødes har det for mindst 1 persons vedkommende været i fritiden. En stor del af det skriftlige arbejde er lavet i nattevagterne, da det er det eneste tidspunkt, hvor der har været ledige tidspunkter.

Vi har i projektperioden manglet tilbagemeldinger fra ledelsen på månedsrapporter mm. Personalegruppen har været meget interesseret i projektet, men har på grund af arbejdspresset haft svært ved at arbejde med/integrere projektet i dagligdagen.

Det har været svært at få den hjælp vi har haft behov for, dog har vi oplevet stor hjælpsomhed fra det Nationale Sekretariat.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det mest givende ved at arbejde med Gennembrudsmetoden:

At ideer let kan afprøves, uden den store godkendelsesproces. Mulighederne er ubegrænsede, alle har mulighed for indflydelse og afprøvning af tiltag.

Øget engagement, ved at man har indflydelse på egen arbejdsgang, ideerne kommer i dagligdagen hvor tingene sker.

Det har været godt, men anstrengende at deltage i læringsseminarerne.

Det sværeste ved at arbejde med Gennembrudsmetoden:

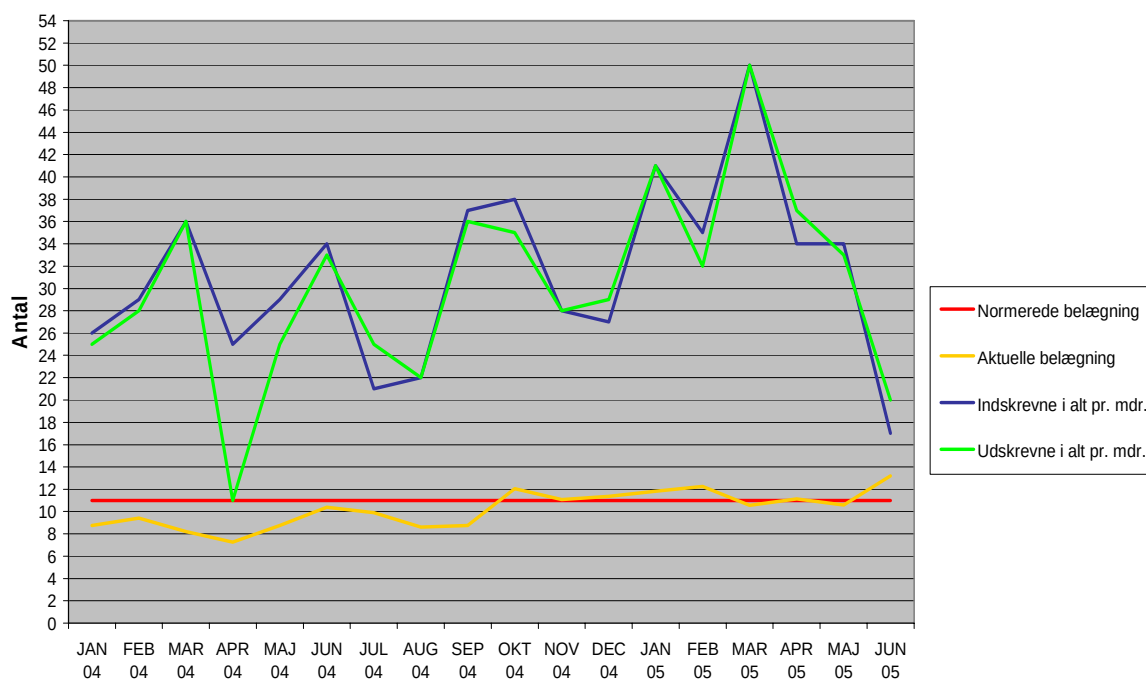
Det har været svært at finde tid til at planlægge/arbejde med/samle op på forandringstiltag i travle perioder og engagere den øvrige personalegruppe i den travle periode.

Samlede erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden:

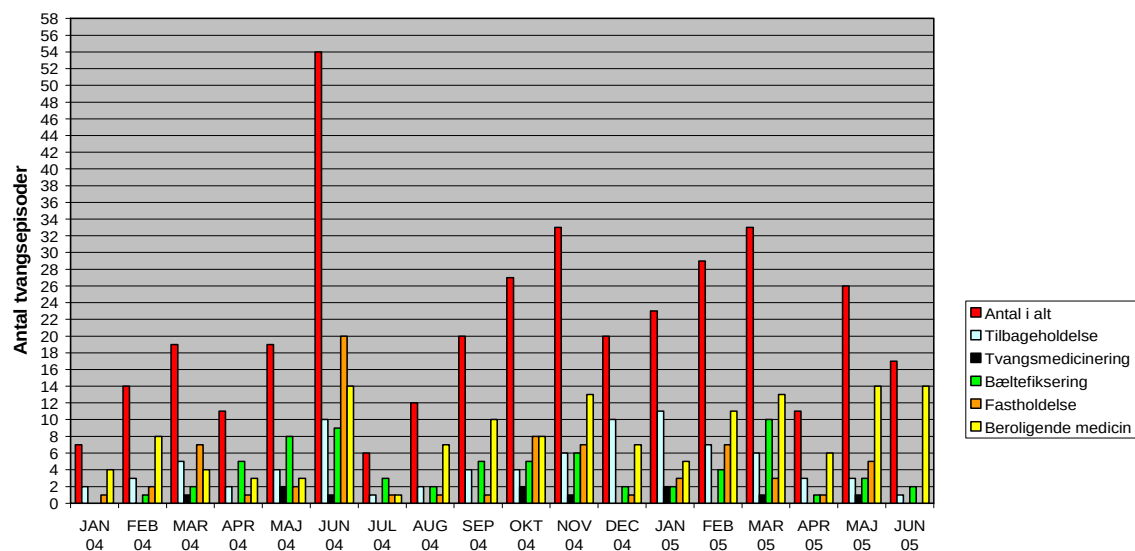
Metoden er meget anvendelig i hverdagen. Det er en overraskelse for os der har deltaget i projektet, hvor små ting/tiltag der skal til for at skabe positive forandringer.

Som deltager i projektet har vi oplevet at det er blevet en integreret måde at tænke på, i forhold til forandringer – tingene bliver mere overskuelige og der er kort fra tanke til handling.

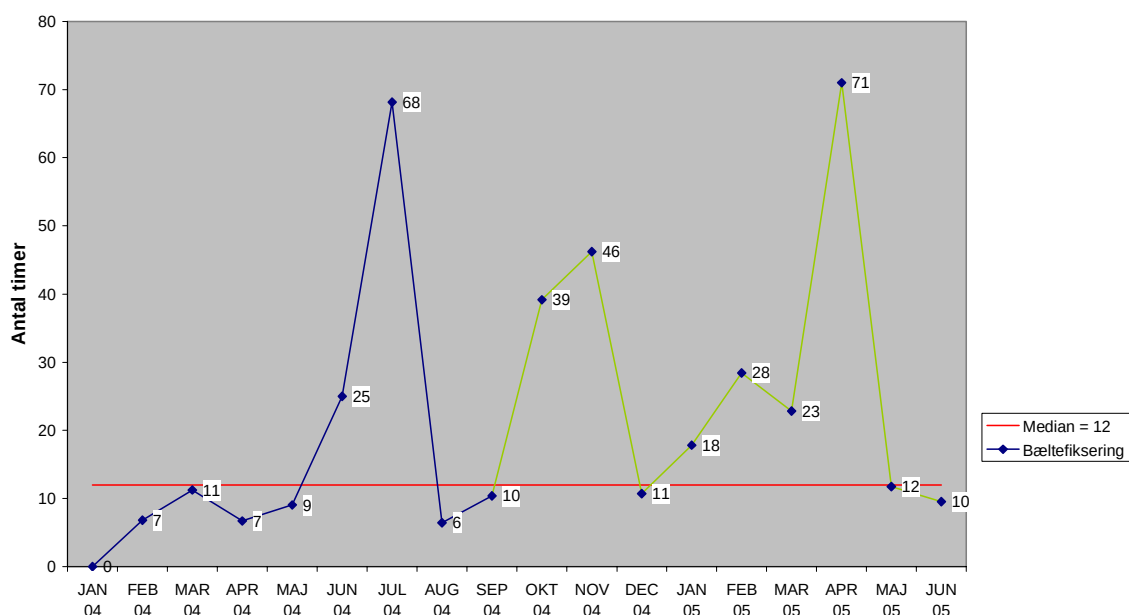
Kurvediagram over sengeafsnittets baggrundsdata



Antal tvangsepisoder pr. måned



Bæltefiksering. Gns. varighed pr. tvangsepisode



Vi har igennem projektperioden erfaret, som det også fremgår af ovenstående diagrammer, at de faktiske rammer og vilkår har stor indflydelse på arbejdet med nedbringelse af tvang.

Som det fremgår af diagrammet over "sengeafsnittets baggrundsdata", har afsnit 809 haft et endog, meget stort patientflow og en del overbelægning i projektperioden.

Vi mener det fremgår tydeligt af diagrammet "tvangsepisoder pr. måned", at rammer og vilkår i psykiatrisk regi har en overordentlig stor betydning for antallet af f.eks. bæltefikseringer. Som det fremgår af diagrammet falder antallet af bæltefikseringer drastisk, da afsnit 811 genåbner og afsnit 809 vender tilbage til "vante fysiske rammer" samt normering af patientantal og personale.

Vi mener at der efter 811's genåbning har været mere "luft" og overskud i hverdagen til at arbejde målrettet med nedbringelse af tvang, hvilket ses på de 3 måneder på diagrammet, som vi mener viser at personalet har ydet en målrettet forebyggende indsats, i form af, der er grebet tidligere ind med beroligende medicin, hvilket efter vores opfattelse har nedbragt antallet af bæltefikseringer.

Det videre arbejde ...

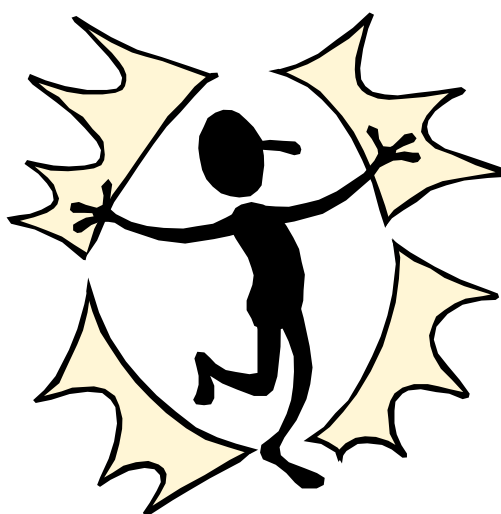
Vi som team, ønsker en klar tilbagemelding fra ledelsen om hvor højt prioriteres det videre arbejde med gennembrudsmetode, inklusiv det økonomiske aspekt, som ledelsens opbakning til arbejdet i de enkelte afsnit, implementering og spredning. Med opbakning menes udmelding om at dette ikke er "dagen tilbud", men en overordnet beslutning/krav om at det er den måde der arbejdes på fremover.

Hvis ovenstående imødekommes er der fortsat stort engagement og lyst til at arbejde videre på de mange ideer, samt spredningsarbejdet.



Gennembrudsprojekt

Team Hvidovre 810



Slutrapport

Team	Team Hvidovre 810 (nu 812) Brøndbyøstervej 160, 2605 Brøndby
Teammedlemmer	Overlæge Annette Sørensen annette.sorensen@hh.hosp.dk Afdelingspsykolog Alice Højmosen alice.hojmose@hh.hosp.dk Afdelingspsykolog Malene Larsen malene.larsen@hh.hosp.dk SoSu Rikke Jæger Rikke.Jaeger@hh.hosp.dk SoSu Jette Larsen jette.larsen@hh.hosp.dk
Beskrivelse af afsnittet	Akut modtageafsnit, 810 (nu 812) 11 døgnplasser
Resumé af resultater	Team Hvidovre 810 har arbejdet inden for alle temaer i Forandringskataloget. Teamet har arbejdet på at nedbringe antallet af timer patienterne er bæltefikserede med 50 % og nedbringe antallet af bæltefikseringer med 50 % i projektperioden, set i forhold til den tilsvarende periode i 2004. Desuden har vi ønsket at øge patienttilfredsheden med 50 %. Samlet set er både antal af bæltefikseringer og antal timer i bælte højere sidste halvår af 2004 og første halvår af 2005 end første halvår af 2004. Fra 2000 til 2004 er på afdelingsniveau sket et fald i antallet af bæltefikseringer på 65 %. Vores data vedrørende patienttilfredshed er mangelfulde.

Lokal målsætning og lokale mål

Lokale målsætninger

Afsnit 810 har i projektperioden arbejdet med at forbedre praksis omkring anvendelse af tvang med henblik på at reducere anvendelsen af tvang, bedre den patientoplevede kvalitet af tvang og udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang. Der har især været fokus på at reducere antal og varighed af bæltefikseringer samt på at forbedre patienternes tilfredshed med udøvelsen af tvang.

Vi har arbejdet på at nedbringe antallet af timer patienterne er bæltefikserede med 50 %.

Vi har arbejdet på at nedbringe antallet af bæltefikseringer med 50 %.

Vi har arbejdet hen imod, at patienttilfredsheden i tilknytning til bæltefikseringer øges med 50 %.

Procesmål

Alle patienter der bæltefikseres tilbydes opfølgende samtale med plejepersonale og psykolog.

Vi vil undersøge personaletilfredsheden med evaluering efter tvangsepisoder med henblik på muligvis at foretage ændringer i praksis i forbindelse med evalueringen.

Der udarbejdes individuelt materiale i form af brev til patienter, hvor der anvendes tvang og som det er vanskeligt at opnå kontakt til på vanlig vis.

Alle patienter på 810 hvor tvang indgår i behandlingen, tilbydes psykologkontakt med udgangspunkt i dette.

Der arbejdes mod en højere grad af realisering af hensigterne i standarder for fast vagt, især med hensyn til øget grad af samvær og aktivitet af patienter med fast vagt. Der tilbydes daglig, faglig sparring til personale, der er fast vagt.

I den ugentlige supervision ved psykolog er særlig fokus på tvangsforebyggelse.

Angste og urolige patienter tilbydes afslapningsmusik (MusiCure).

Målinger

Data for tvangsprotokollerne for 2004 og første halvår af 2005 er databehandlet af Det Nationale Sekretariat.

Data om patienttilfredshed er indsamlet via udlevering af "det gule spørgeskema" og databehandlet af Det Nationale Sekretariat.

Afprøvede / testede forandringer

Succesfulde forandringstiltag

1. psykologsamtaler til alle patienter som behandles med tvang.
2. opfølgende samtale om bæltefiksering ved psykolog og plejepersonale
3. supervision med fokus på tvangsforebyggelse
4. faglig sparring til faste vagter
5. individuelt informationsmateriale om tvang.

Forandringstiltag med størst effekt på kvaliteten af håndtering af tvang

Et af de forandringstiltag som er blevet bedst implementeret er *psykologsamtaler med patienter hvor tvang indgår i behandlingen*. Vi ser en række formål med disse samtaler, som afhængig af den enkelte patient kan vægtes forskelligt. For det første skal samtalerne give patienten rum til at udtrykke de følelser og tanker, som han/hun har som reaktion på tvangsbehandlingen. For det andet skal samtalerne bidrage til at patienten opnår så sammenhængende og realistisk forståelse som muligt af tvangen og af personalets hensigter. Det er væsentligt at også psykologen deltager i at formidle oplysning om, hvad ved patientens handlinger, der har givet anledning til tvang og oplysning om, hvad afdelingen ønsker at arbejde frem mod sammen med patienten. Et tredje formål med samtalerne er at klarlægge temaer, som kan indgå i den videre psykologiske og miljøterapeutiske behandling af patienten. Et hyppigt eksempel på dette er, at patienten erkender vanskeligheder med sin aggressionsforvaltning. Endelig kan der være tale om, at patientsamtaler om tvang berører forhold, der har med afsnittet og behandlingen på afsnittet at gøre, hvor psykologen også har mulighed for at tage patientens kritikpunkter op til drøftelse i personalegruppen.

Der er gode erfaringer med at udarbejde *skriftligt materiale* til patienter som ikke umiddelbart ønsker at tage imod tilbuddet om psykologsamtaler, om baggrunden for tvangen og om hvad afdelingen ønsker at tilbyde patienten. Dette viser sig i en del tilfælde at kunne bidrage konstruktivt til at der opnås kontakt til patienten.

Implementerede / spredte forandringer

Implementerede forandringstiltag

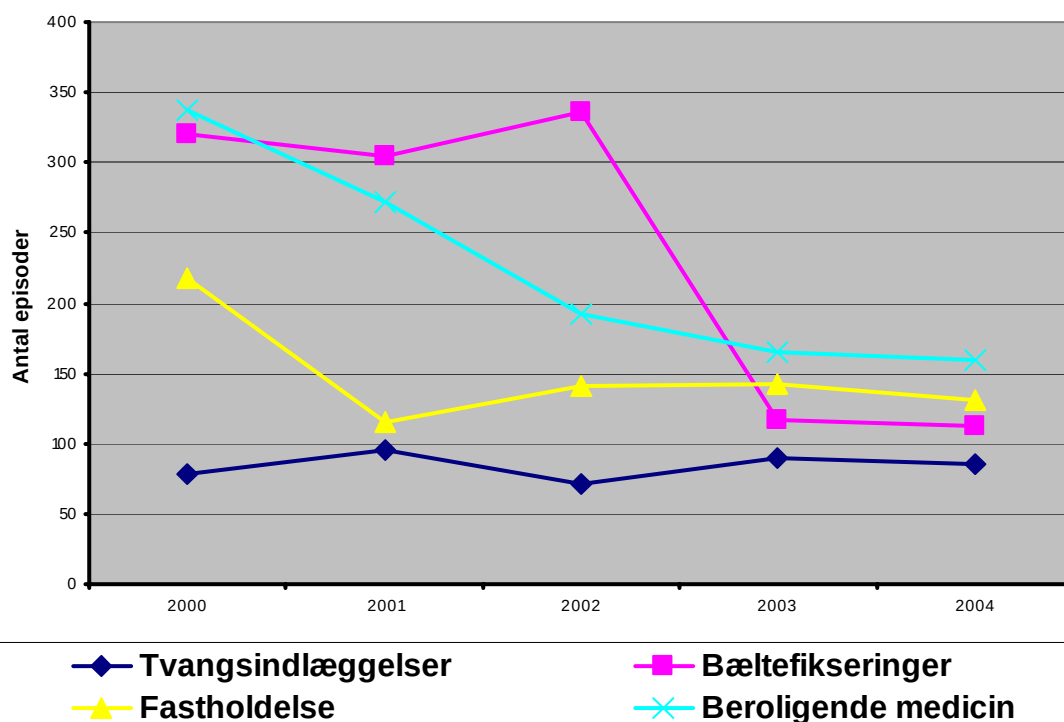
- Tilbud om psykologsamtaler til alle patienter på lukket afsnit, hvor tvang indgår i behandlingen
- Individuelt udformet brev om tvangsforanstaltninger, til patienter det er vanskeligt at få kontakt til
- Aktivitetskasser til patienter med fast vagt
- Supervision med fokus på tvangsforebyggelse

Igangsatte spredningsaktiviteter

- Deltagelse i arbejdsgruppe om kommende spredningsaktiviteter i H:S.
- Udarbejdelse af to artikler til Psykolog Nyt om henholdsvis psykologsamtaler med patienter hvor tvang indgår i behandlingen og om Gennembrudsprojektet.

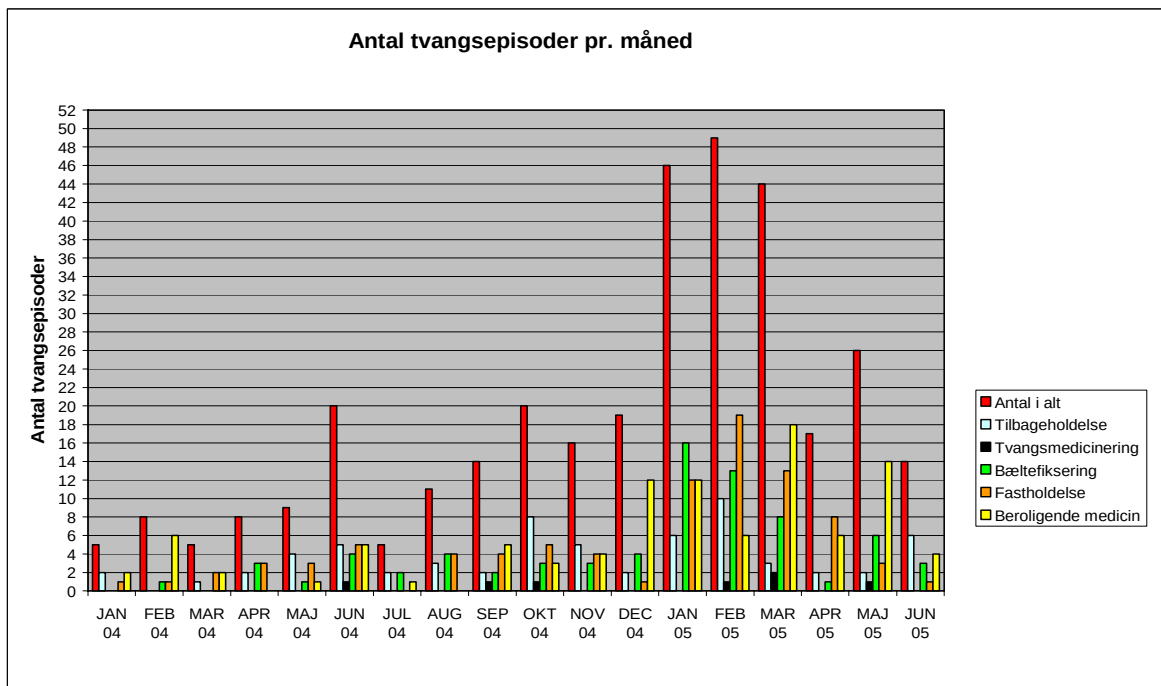
Resultat

Samlet tvangsanvendelse 2000 - 2004, HH Psyk.afd.



Hvidovre psykiatriske afdeling har gennem en årrække prioriteret ressourcer til arbejdet med nedbringelse af tvang. Afdelingen havde et allerede igangværende projekt på de lukkede afsnit; Projekt Optimeret Patientforløb, som deltagelsen i Gennembrudsprojektet blev integreret i. Således var der på forhånd fokus på dette emne og en positiv indstilling i medarbejdergruppen til at arbejde med dette område. Der havde været afholdt undervisning for personalegrupperne på de tre lukkede afsnit om nedbringelse af tvang. Fra januar 2004 blev ansat psykologer i projektstillinger på afdelingens tre lukkede afsnit, hvor arbejdet med nedbringelse af tvang var defineret som en central del af stillingsbeskrivelsen.

Diagram 1



Projekt
Det optimerede pt.forløb

DNP

811 afd.spl.
luk syg

ene 811
tuer åben

Diagram 1

Før det Nationale projekt startede i august 2004, havde vi, i forbindelse med projekt ”Det optimerede patientforløb” haft fokus på at nedbringe specielt den mekaniske tvang i form af bæltefikseringer. Dette har medført at perioden 1.1.2004 frem til projektperiodens start 1.8.2004, var præget af forholdsvis lave tvangstal.

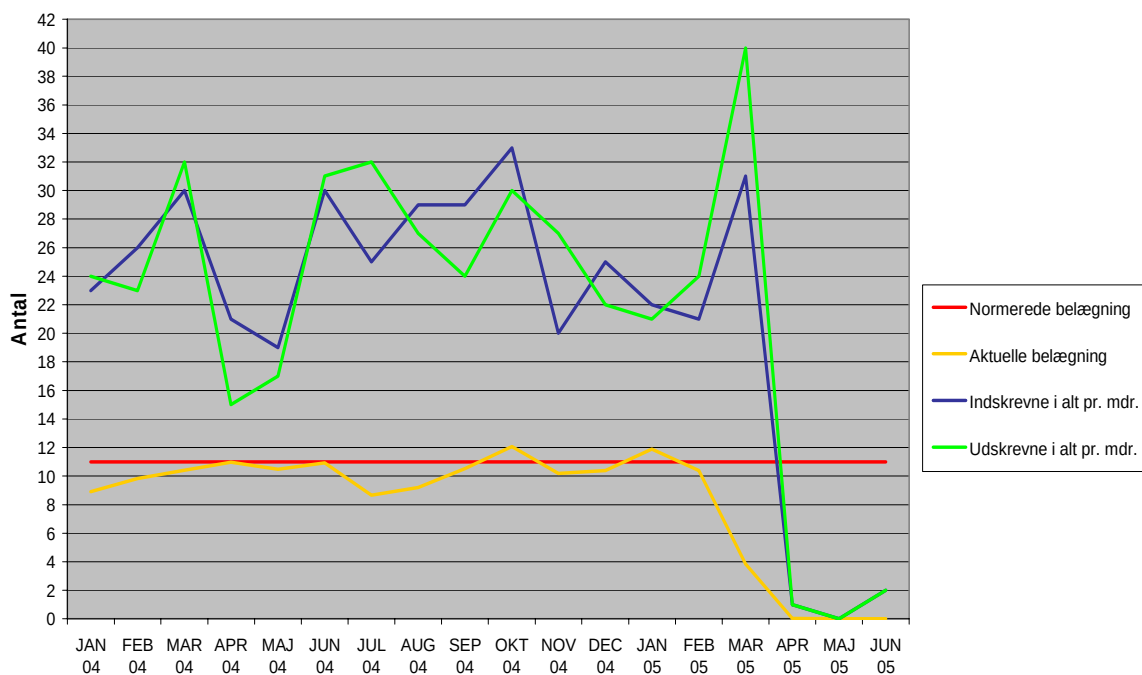
I hele perioden har en afgørende forskel mellem afsnit 809 og 812 været, at patienter indlagt i afsnit 809, alle fik enestuer, mens patienter indlagt i afsnit 810 ikke har haft samme fordel. Yderligere har kun ca. ½ af plejens stillinger været besat fra 2005.

Efter projektperiodens start 1.august 2004 ser man i oktober en stigning i anvendelsen af tvang, specielt tvangstilbageholdelser, hvilket muligt har en sammenhæng med følgende;

- o nedlukningen af det lukkede afsnit 811, med den deraf følgende nødvendige overflytning af patienter til de to tilbageværende lukkede afsnit, hvor afsnit 810 var det ene. Dette afspejler sig diagram 3 med en aktuel belægning, der stiger over den normerede belægning.
- o 1.november bliver afdelingssygeplejersken sygemeldt og afsnittets souschef indtræder i afd.spl. stillingen, men sygemeldes ligeledes. Efterfølgende forsøger man på forskellig vis at udfylde afd.spl.funktionen, og i denne periode stiger anvendelsen af tvang markant. Fra 1.juli 2005 ansættes en fast afd.spl.
- o 1.april genåbner afsnit 811 hvilket bevirker at tvangen igen falder dette forstærkes af at afsnit 810 medio marts er overflyttet til et nyrenoveret afsnit med enestuer (812)

Diagram 3

Kurvediagram over sengeafsnittets baggrundsdata

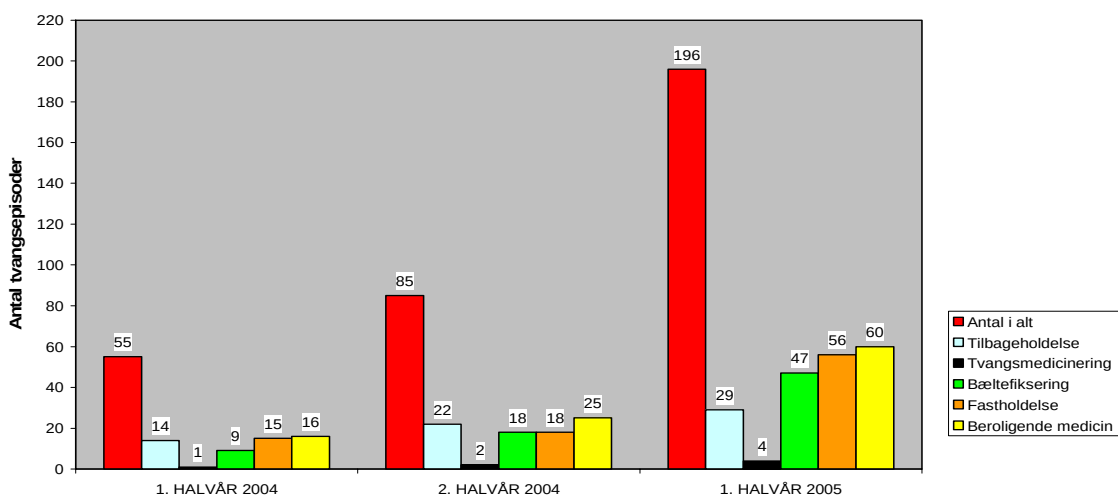


I to perioder, oktober og januar, stiger belægningen en smule, og i samme periode forstærkes anvendelsen af tvang. Dette skønnes dog ikke at være hovedårsag til den procentuelle stigning i tvang.

Se forklaring til diagram 1

Diagram 2

Antal tvangsepisoder pr. halvår



Den samlede anvendelse af tvang afspejler sig også i diagram 2, dels ved fordobling af tvangstilbageholdelser fra 1. halvår 2004 til 1.halvår 2005.11.28
Ligeså bemærkelsesværdig er imidlertid stigningen i anvendelsen af ”beroligende tvang”, dvs. fastholden, beroligende medicin og bæltefiksering.

Tabel 1. Antal samt sum og gns. af varighed af tvang pr. halvår, målt på tvangsepisoder

Halvår		Tilbageholdelse dage	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering Timer dage
1. HALVÅR 2004	Antal	14	1	9
	Sum	233	59	288
	Timer/døgn	Gns.	59	32 1,3
2. HALVÅR 2004	Antal	22	2	18
	Sum	555	76	727
	Timer/døgn	Gns.	38	40 1,7
1. HALVÅR 2005	Antal	29	4	47
	Sum	888	276	3120
	Timer/døgn	Gns.	69	66 2,75
Total	Antal	65	7	74
	Sum	1676	411	4136
	Gns.	26	59	56 2,33

Antallet af tvangstilbageholdelser stiger med 107 %.

Antallet af bæltefikseringer øges med en faktor 5

Varigheden af bæltefikseringer stiger med 106 %

Tabel 2. Antal af tvangsepisoder pr. halvår

Halvår	Beroligende medicin	Fastholdelse
1. HALVÅR 2004	16	15
2. HALVÅR 2004	25	18
1. HALVÅR 2005	60	56
Total	101	89

Anvendelsen af fastholden stiger med 273 % og anvendelsen af beroligende medicin stiger med 275%

Tallene må tages som udtryk for en stærk belastning i afsnittet patientmæssigt – og for at læger og personale søger at undgå bæltefikseringer ved forinden at give beroligende medicin og fastholde patienten.

Rammer og vilkår for arbejdet i projektperioden

De to team (809+810/812) på psykiatrisk afdeling på Hvidovre Hospital har haft mulighed for at mødes en hel dag om måneden, desuden har der været planlagt ugentlige møder af en times varighed i lokale team på hvert af de to afsnit. Disse møder er det dog kun lykkedes at afholde ganske få gange. Kun to personer fra det oprindelige team på 810/812 er fortsat ansat på afsnittet.

Projektperioden er faldet sammen med en periode med usædvanligt stort pres på vore tre lukkede afsnit. Helt paradoksalt må vi derfor konstatere en stigning i tvangen i projektperioden, hvor vi ellers i perioden fra 2000-2004 har set et stadigt, og ganske betragteligt fald i anvendelsen af tvang på afdelingen.

Vi vil kort ridse vigtige elementer i vanskelighederne op. Vi har perioden igennem haft mange **ubesatte stillinger** i hele plejegruppen, især har vi haft alvorlig mangel på sygeplejersker. Oktober 2004 må vi **lukke et af vore lukkede afsnit ned** midlertidigt. Afsnittet er nedlukket frem til april 2005. Vi har i dette tidsrum 22 lukkede pladser, frem for som vanligt 33 pladser. Dette tidsrum på 7 mdr. er en væsentlig del af projektperioden, og som ses af ovenstående kurve sker en væsentlig del af øgningen af tvangen i disse måneder. Lukningen af afsnit 811 har betydning både for den løbende visitationsproces og for at patienter, som genindlægges i mindre grad end vanligt møder et kendt afsnit og kendt personale.

Fra november 2004 er afsnit 810 **uden fast afdelingssygeplejerske**, og vi er igennem tre midlertidige løsninger og flere ikke helt korte perioder helt uden fast daglig leder af plejen, før vi igen juli 2005 får en fast afdelingssygeplejerske. Dette forløb medfører utryghed og frustration i plejegruppen og vores situation med mange ubesatte stillinger forværres i perioden yderligere. Der er mange kortere og længere sygemeldinger og en del opsigelser.

I vores forsøg på at løse disse vanskeligheder ansættes en del **personale uden forudgående erfaring indenfor psykiatrien**, men da afsnittet i sin svækkede tilstand reelt har svært ved at løfte opgaven med tilstrækkelig oplæring, ophører en del af disse igen fra afsnittet. Denne proces dræner yderligere afsnittet for kræfter. Løbende er der gået megen tid og energi i plejepersonalegruppen på overhovedet at få vagtplanen til at hænge sammen. Ganske ofte har **fremmødet af fast personale i forhold til vikarer været på under 50 %**, og det har ikke været en enkeltstående hændelse at blot en enkelt af fremmødt plejepersonale har været fastansat. I perioder har det endog været vanskeligt at skaffe tilstrækkeligt med vikarer.

Dette forløb har naturligvis bevirket at mulighederne for at forbedre og udvikle afsnittet på nogen afgørende måde har været begrænsede. Det faste personale kæmpede for at klare det mest basale på afsnittet, og opgaver som f.eks. at sikre at patienterne konsekvent fik udleveret spørgeskemaerne fra Gennembrudsprojektet blev kun meget delvist løst. Det var **vanskeligt at få samarbejde med den daglige sygeplejeledelse om tiltag** på afsnittet, som involverede plejepersonalet, dels på grund af den skiftende ledelse, dels på grund af det store pres af helt akutte opgaver. Der har helt gennemgående været en stor opbakning og interesse for både hensigterne og for de konkrete tiltag fra Gennembrudsprojektet – og en meget stor frustration over i denne periode i så begrænset omfang at kunne realisere tiltagene.

En forandring i afsnittets rammer som desuden er væsentlig at nævne er afsnittets flytning, som sker marts 2005. På afsnit 810 havde vi sengestuer med en, to og fire senge. På afsnit 812 har vi udelukkende **enestuer** med eget badeværelse. Vi har som noget nyt desuden en såkaldt ”skærm” på afsnittet, hvor vi har mulighed for at aflukke tre stuer samt et aktivitetsrum fra resten af afsnittet.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det mest givende ved at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det har været væsentligt for os at arbejde med test af forandringstiltag på små-skala-niveau, både ved at tage fat i ideer som er opstået på vores eget afsnit og ved at lade os inspirere af Forandringskataloget. Vi tror, at disse erfaringer betyder noget for at vi fremover lettere giver os i kast med at afprøve nye ideer. Vi har oplevelsen af at stå med en kæmpe idébank, vi kan trække på i de kommende år. Og vi har en klar formodning om, at vi på nuværende tidspunkt ser effekten af deltagelsen i Gennembrudsprojektet på vore tvangstal.

Vi har været godt tilfredse med læringsseminarerne, såvel for erfaringsudvekslingen med de øvrige team som for de øvrige faglige input.

Det sværeste ved at arbejde med Gennembrudsmetoden

Mod slutfasen af projektperioden må vi som beskrevet konstatere, at det især har været organisatoriske forhold på vores afdeling, der har udgjort en stor udfordring i forhold til at fastholde et stabilt arbejde med projektet.

- nedlukning af et af afdelingens tre lukkede afsnit
- manglende afdelingssygeplejerske
- sygemeldinger og
- opsigelser

har været nogle af de faktorer, der har været sværest at overkomme.

Arbejdet med at engagere hele afsnittets personale i projektet har været vanskeliggjort af den store udskiftning i personalegruppen.

Samlede erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Vi er overordnet ubetinget glade for deltagelsen i Gennembrudsprojektet, men har ofte ønsket at have kunnet gennemføre et mere stabilt og omfattende arbejde. Der er dog ingen tvivl om, at projektet har sat sig varige spor på vores afdeling og at vi i de kommende år vil arbejde videre ud fra mange tanker fra projektet. Det er frustrerende og samtidig indlysende forståeligt for os at vi ikke har været i stand til at leve op til de mål, vi formulerede i starten af projektperioden. Vi må sande at en mere specifik, tvangsnedbringende indsats nødvendigvis må baseres på et velfungerende fundament. Vores udbytte kan derfor, på nuværende tidspunkt, ikke ses på tallene, men på den mangfoldighed af ideer, vi har parat til at realisere, når vores afsnit er modent til det.

Vi håber at det landsdækkende netværk, der er blevet etableret vil få en varig form.

Det videre arbejde...

De to team på Hvidovre psykiatrisk afdeling foreslår afdelingsledelsen, at vi fortsætter som arbejdsgruppe, fortsat ud fra målsætningen at nedbringe tvang og øge patienttilfredshed.

Endvidere ønsker vi at styrke og videreudvikle arbejdet med nedbringelse af tvang lokalt på 810 (nu 812). Vi vil dels arbejde videre med de ideer, vi allerede er i gang med, dels drage

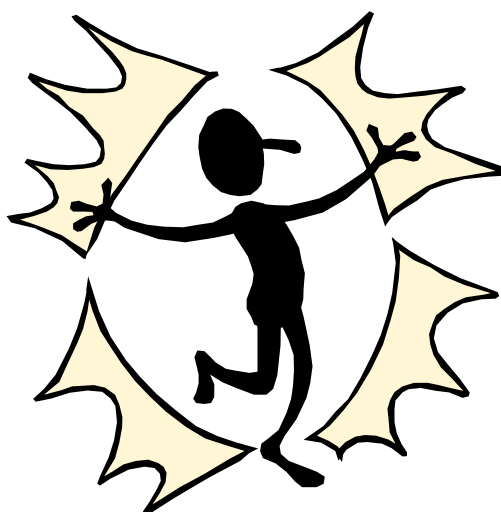
nytte af spredning fra afsnit 809, dels tage fat på helt nye ideer. Således ønsker vi blandt andet at arbejde med aggressionsforebyggende samtaler og bæltefikseringsjournaler.

I HS er nedsat arbejdsgruppe under Sundhedsfagligt Råd, som skal arbejde med, hvordan erfaringerne fra Gennembrudsprojektet kan fastholdes og udvikles på psykiatriske afdelinger i HS.



Gennembrudsprojekt

Team Kolding

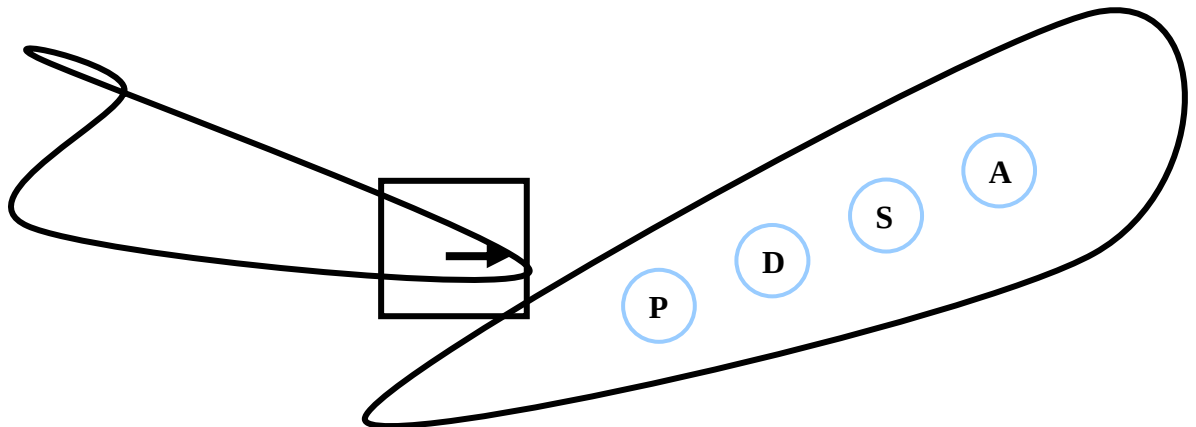


Slutrapport

Mission: **Tvangsfiksering i bælte**

Metode: **Break through**

Mål: **Break free**



Team	Team Kolding Psykiatrisk afsnit H4/H5 Fredericia og Kolding Sygehus Skovvangen 2-8 6000 Kolding Tlf. 76 36 25 11
Teammedlemmer	Social- og sundhedsassistent Hanne Jønsson, hanjon@fks.vejleamt.dk Sygeplejerske Margit Jensen (indtil 31.10.05), margje@fks.vejleamt.dk Afdelingslæge Frans Roin (indtil 01.02.05), fraroi@fks.vejleamt.dk Afdelingssygeplejerske Hanne Poulsen, hapoul@fks.vejleamt.dk Tværfaglig udviklingsmedarbejder Lis Ravn Jensen, iraje@fks.vejleamt.dk (har siden 01.11.04 været tilkoblet teamet i.f.t. procesfacilitering)
Beskrivelse af afsnittet	H4/H5 er et lukket afsnit med tilknyttet åben skadestue. Der er 15 sengepladser i H4 (lukket del) og overnatningsmulighed for 4 patienter i H5 (skadestuen). Optageområdet er sydzone i Vejle Amt. Bruttonormering plejemæssigt er 30,55 fuldtidsstillinger. Derudover er der til afsnittet knyttet en over- og en afdelingslæge samt psykolog, socialrådgiver- samt ergoterapeutfunktion.

Resumé af resultater

Resumé af resultater er baseret på

- 1) team Koldings løbende resultatopgørelser (bilag 1)
- 2) statistisk bearbejdede tvangsdata 01.01.04-30.06.05 (bilag 2)
- 3) Patienttilfredshed undersøgelsen ”Tvang i psykiatrien” 15.10.04-30.06.05 .

Kilde 2) og 3): Det nationale kvalitetsprojekt vedr. tvang i psykiatrien, Kvalitetsafdelingen Århus Amt – november 2005

Team Kolding har valgt at fokusere på outcomemål under tema 2 (formaliserede tvangsepisoder), idet andre projektgrupper i H4/H5 sideløbende har arbejdet med tema 1 (forebyggelse af tvang) samt tema 3 (opfølgning på formaliserede tvangsepisoder). I forhold til tema 1 og 3 har team Kolding arbejdet med igangsætning af delprocesser samt vurdering af basis for udviklende processer.

Teamet har – gennem fokus på tvangsbehandlingen – ønsket at nedsætte den samlede anvendelse af tvang i H4 i projektperioden med 25%. Det samlede tvangsepisodeantal er dog steget med 22% fra 1. halvår 2004 til 2. halvår 2004. I 1. halvår 2005 falder det samlede tvangsepisodeantal til gengæld med 29% i forhold til udgangspunktet 1. halvår 2004 (BILAG 2, 2.1).

Hvad bæltefikseringer angår, har teamets egne procesmålinger vist en ønsket reduktion på over 25% af antal bæltefikseringer i 1. kvartal 2005 - i forhold til baseline år 2003 - nemlig 31,6%.

Den gennemsnitlige tvangsfikseringstid i bælte i 1. kvartal 2005 er til gengæld steget med 17,1% i forhold til baseline 1. kvartal 2003 (BILAG 1). Teamet havde ønsket et fald på 30%. Sammenligner man derimod 1. kvartal 2004 med 1. kvartal 2005 er der sket et fald i den gennemsnitlige varighed pr. bæltefikseret patient på 25% og den gennemsnitlige varighed er reduceret fra 32 til 24 timer.

Runcharts (BILAG 2, 2.3-2.4) viser forbedringer over projektperioden i forhold til samlet og gennemsnitlig varighed af bæltefikseringer, specielt 1. halvår 2005, om end resultaterne ikke er signifikante. Episodeantallet (BILAG 2, 2.2) viser ikke samme entydigt faldende tendens.

Lokal målsætning og lokale mål

Målsætningen for team Kolding har været at nedbringe den enkelte patientens samlede bæltefikseringstid under indlæggelse i H4 og samtidig fremme den patientoplevede faglighed og tryk under fiksering. Teamet har også ønsket at synliggøre og muliggøre flere aktivitets-tilbud i H4 med henblik på at tilbyde patienterne en mere indholdsrig hverdag og derigennem også reducere behovet for anvendelse af tvang.

Teamets målsætning har også været at inddrage, anvende og supplere erfaringer og initiativer fra fire sideløbende udviklingsprojekter i H4/H5 gennem netværksskabelse med lokale samarbejdspartnere og projektkoordinatorer. Disse udviklingsprojekter er:

1. etablering og gennemførelse af lokale faste konflikthåndteringskurser samt opfølgning på samme (alt plejepersonale)
2. opkvalificering af alt plejepersonale i forhold til anvendelse af kognitive principper i det miljøterapeutiske arbejde
3. øgning af personalets kompetence i tvangssituationer gennem målrettet inddragelse af patientperspektivet (patientoplevelser indhentet via eftersamtaler)
4. prioritering af den gode modtagelse af patienten (tidlig indhentelse og dokumentation af patient- og plejedata som basis for status- og plejeplansudarbejdelse (PsykVIPS)).

Outcome – mål

- Den samlede anvendelse af tvang i H4 (fysisk magtanvendelse, fiksering, beroligende medicin og tvangsmedicinering falder i projektperioden med 25%)
- Antallet af bæltefikseringer i H4 falder i 1. kvartal 2005 med 25% - i forhold til baseline (1. kvartal 2003)
- Gennemsnitlig tvangsfikseringstid i bælte i H4 falder i 1. kvartal 2005 med 30% - i forhold til baseline (1. kvartal 2003)

Procesmål

- I 75% af alle forløb, hvor en patient er tvangsfikseret i bælte i H4, udfylder og anvender læge og fast vagt observationsskema til tilsyn og kontinuerlig vurdering af behov for bæltefiksering (måling 1. kvartal 2005)
- 75% af fast plejepersonale i H4 føler sig fortrolige med anvendelsen af observationsskema ved tvangsfiksering af patient i bælte (måling april 2005)
- 75% af faste læger i H4 ved, at opretholdelse af bæltefikseringer skal vurderes x 1 i dag-vagt og x 1 aften/nat (vurdering i form af tilsyn og afkrydsning af skema) (måling april 2005)
- I 80% af tvangsfikseringer i H4 anvendes kendt fast vagt eller ukendt fast vagt er instrueret ud fra fælles fast vagt skema (måling april 2005)
- 75% af fast plejepersonale i H4 oplever det relevant at indhente og drøfte patientens oplevelse af, tanker omkring og overvejelser i forhold til at komme i, ligge i og blive løsnet af bæltet (eftersamtale) (måling april 2005)
- Fastlæggelse af struktur for registrering og begyndende synliggørelse af aktivitetstilbud og -muligheder er afsluttet før projektperiodens afslutning

Balancerende mål

- Undgå dobbeltdokumentation i tvangsprotokoller, journal (EPJ) og skemaer
- Afpasse initiativer og succeskriterier i dette projekt med tilstedeværende personaleressourcer (personaletræk ud af afdelingen grundet kursus- og mødeaktivitet i øvrige projekter)

Team Kolding har valgt primært at gennemføre målinger i projektets afslutningsfase, da teamet relativt sent kom i gang med konkrete forandringstiltag, ligesom teamets dataansvarlige trådte ud af gruppen februar 2005. Teamet har således ikke udarbejdet run-charts undervejs i projektperioden, men har i projektperioden løbende forholdt sig til måleresultater fra Det nationale Sekretariat.

Målinger

Gennemførte målinger

- Data fra H4's tvangsprotokoller er i projektperioden behandlet af Det nationale Sekretariat
- Data fra H4's udleverede patienttilfredshedsskemaer (20 patienter) er behandlet af Det nationale Sekretariat
- Måling og sammenligning af antal tvangsfikseringer i bælte i H4 i 1. kvartal 2003 og 1./2. kvartal 2005
- Måling og sammenligning af gennemsnitlig tvangsfikseringstid i bælte i H4 i 1. kvartal 2003 og 1./2. kvartal 2005

- Procesmålinger april 2005 i forhold til kendskab til og konkret anvendelse af observationsskema og fast vagt skema samt holdninger til eftersamtaler (registrering af skemaer samt spørgeskemaundersøgelse blandt plejepersonalet)

Afprøvede / testede forandringer

Succesfulde forandringstiltag

- 1 Fast procedure omkring lægefagligt tilsyn og vurdering af alle tvangsfikserede patienter min. x 2 i døgnet
- 2 Indførelse af observationsskema ved tvangsfiksering i bælte (skemaet er tilgængeligt i projektets Forandringskatalog)
- 3 Udarbejdelse af nyt fast vagt skema (skemaet er tilgængeligt i projektets Forandringskatalog)
- 4 Farvekodning af personalet ud fra plejegruppe samt farvekodning af skadestuens personale
- 5 Indsamling, registrering og nyindretning i forhold til synliggørelse af aktivitetstilbud og muligheder i afsnittet
- 6 Øget dialog omkring behov for tvang/konkret udøvet tvang i hverdagen i plejekollektivet

Ad 1 og 2: Observationsskemaet er med til at sikre en kontinuerlig faglig vurdering af patienten, såvel lægefagligt som plejemæssigt. Skemaet øger også overskueligheden fra vagt til vagt i forhold til aktuel patientstatus.

Ad 3: Fast vagt skemaet tjener flere formål: dels introduktion af eksterne vikarer til fast vagt rolle og funktion lokalt i H4 (skemaets side 1). Øget kendskab til kontekst øger sikkerhed og indsigt i egen/forventet rolle. Samtidig er det muligt at følge forløbet i perioden og reflektere over hyppige personaleskift (skemaets side 2+3). Sidst men ikke mindst lægger den generelle vejledning (skemaets side 4) vægt på at se fast vagt rollen ikke udelukkende som en vogterrolle (sikkerhedsaspekt), men også som en velfærds- (behov og pleje) og visionsrolle (reducere aktuel fikseringstid).

Ad 4: H4 er inddelt i 2 plejegrupper og farvekodningen af personalet gør det muligt for patienter, pårørende og samarbejdspartnere hurtigt at "se" hvilke personaler, der er tilknyttet den enkelte gruppe. Herved undgår patient og pårørende unødigt afvisning eller henvisning til andet personale.

Ad 5: H4 har længe rådet over en del spil, kort etc. Materialet er nu blevet samlet, og der er et specielt "aktivitetshjørne" under indretning, ligesom beskrivelse af rekvisitter samt muligheder er påbegyndt. Afsnittets nye ergoterapeut har udvist interesse for mere målrettet at arbejde med aktivitetstilbudet og - mulighederne i H4

Ad 6: Alt personale i H4 har på den ene eller anden måde været involveret i Gennembrudsprojektet og de øvrige udviklingsprojekter, og dette har så at sige sat "tvang" og patientperspektivet på dagsordenen også i den daglige debat og på møderunder.

Implementerede / spredte forandringer

Implementerede forandringstiltag

- 1 Fast procedure omkring lægefagligt tilsyn og vurdering af alle tvangsfikserede patienter min. x 2 i døgnet
- 2 Anvendelse af observationsskema ved tvangsfiksering i bælte

- 3 Anvendelse af nyt fast vagt skema
- 4 Farvekodning af personalet ud fra plejegruppe

Igangsatte spredningsaktiviteter

- Orientering om Gennembrudsprojektet samt tiltag og udarbejdede materialer på tværfagligt stormøde i afdeling H maj 2005 samt regional temadag i projektets regi 13.09.05 (region Syddanmark)
- Afsnittets oversygeplejerske (nu spredningsansvarlige) er løbende orienteret om teamets arbejde og har via møder med andre lukkede/skærmede afsnit i amtet bragt resultatet videre. H4 har blandt andet etableret samarbejde med Vejle Sygehus omkring vidensdeling i forhold til etablering af nyt skærmet afsnit her
- Inddragelse af personale fra praksisforskningsgruppen i afsnittet, som arbejder med efter-samtaler m.h.p. kobling af resultater
- Præsentation af procedurer og skemaer på centralt introduktionskursus i H v/afdelings-sygeplejersken
- Præsentation af skemaer i intern introduktionsmappe for nyt personale i H4. Skemaer er sat i produktion i sygehusets kommunikationsafdeling, hvilket gør det muligt at rekvirere skemaerne i andre afsnit
- Daglige drøftelser ved møderunde omkring aktuel udøvet tvang (indikation, tiltag, registrering etc.)
- Projektdeltagerne Hanne Jønsson og Margit Jensen har efterfølgende i hverdagen fulgt op på skemaanvendelse/-brug og brug af navneskilte

Resultat

Tvangsprotokoller - samlet resultat

Team Koldings resultater – med mest tydelige forbedringer i 1. halvår 2005 – afspejler dels at teamet først for alvor fik afprøvet deres tiltag i denne periode, ligesom der i 2. halvår 2004 (specielt oktober og november 2004) var et par meget komplekse og langvarige bæltefikserings- og medicineringsforløb i afsnittet. En meget væsentlig medvirken til det samlede fald i tvangen 1. halvår 2005 har også været et markant fald i anvendelsen af tvangsmedicin/beroligende medicin i denne periode.

Der har undervejs været en del målingsmæssig usikkerhed i forhold til registrering af tvangsdata, databehandling, opgørelser og målinger – blandt andet synes indimellem ufuldstændig dokumentation og vanskelig implementering af den elektroniske registrering og usikkerhed i forbindelse hermed at være en medvirkende faktor hertil. Resultatet må derfor også ses i dette lys (mange fejlkilder).

Afsnittet har i projektperioden været præget af meget skiftende lægedækning/turbulente lægeskift og forskellig forvaltning af behandlingsideologi/-syn – med de afledte konsekvenser dette kan have i forhold til såvel interventioner, forvaltning og opfølgning på tvang som registreringsproblemer.

Outcomemål – tvangsfikseringer i bælte

Teamets outcomemålinger viser, at antallet af bæltefikseringer i afsnittet varierer en del (BILAG 1 og figur 2.2). I BILAG 1, 1.1S viser teamet udviklingen fra 1. kvartal 2003 til 1.

kvartal 2005 (frivillige fikseringer er her trukket ud). En sammenligning mellem 1. kvartal 2003 og 2005 viser et fald i fikseringsantal på 31,6%. Udsvingene fra kvartal til kvartal og år til år har meget med aktuel patientkategori at gøre. Antallet af fikserede patienter (1. kvartal 2003 - 2005) har ligget fast mellem 12 og 13, men den enkelte patient kan have store udsving i sit fikseringsbehov, jf. førnævnte 2 længerevarende forløb i oktober/november 2004.

Den samlede opgørelse (BILAG 2, 2.1) viser ikke et entydigt fald i antal tvangsepisoder med bæltefiksering. At det samlede tvangsepisodeantal i forhold til bæltefikseringer (BILAG 2, 2.2) ikke viser samme faldende tendens som varigheden (BILAG 2, 2.3-2.4) er sandsynligvis et billede på, at tvangsregistreringen er opbygget på en sådan måde, at en øget parathed til at tage patienten ud af bælte og måske derfor afledt behov for at lægge i bælte igen, uvilkaarligt vil give flere registrerede episoder, i stedet for at man opretholder den samme tvang, som så at sige kun "tæller" en gang.

Figur 2.4 viser, at varigheden opgjort pr. bæltefiksering (på nær marts 2005) ligger under medianen fra november 2004 til april 2005, hvilket understøtter tesen om personalets forsøg på tidligere at afslutte fikseringen. Faldet sker sideløbende med teamets implementering af nyt observationsskema til brug ved tvangsfiksering i bælte.

Procesmålinger 1. kvartal 2005

En del af teamets mulige procesmålinger har lidt under, at anvendte observationsskemaer ved bæltefiksering og fast-vagt-skemaer ikke altid er blevet arkiveret korrekt og derfor ikke har kunnet genfindes umiddelbart. Afsnittets vagthavende læger synes fortsat primært at anvende stamjournalen til indføjning af udført vurdering – dette synes dog at være et udviklingsområde, idet ikke alle vurderinger er umiddelbart tilgængelige. Ud af 3 gennemgåede bæltefikseringsskemaer har 1 korrekt lægesignatur (33,3% mod ønsket 75%). Teamet har efterfølgende synliggjort ønsket arkiveringssted ved at ændre skemaet layoutmæssigt samt mundtlig informere omkring problemstillingen. De 3 gennemgåede bæltefikseringsskemaer udgør 27,2% af mulige indkomne skemaer i 1. kvartal 2005 (ønsket 75 %).

3 indkomne fast vagt skemaer er gennemgået, den faste vagt er for 85,7%`s vedkommende fra eget afsnit. 5-7 forskellige personaler indgår i vagtarbejdet omkring den enkelte patient pr. døgn. Afsløsende vagter har udtrykt tilfredshed med det nye fast-vagt-skema og oplever skemaet informativt og brugbart. Skemaet har også øget muligheden for at konferere patientoplevelsen indbyrdes mellem vagtbærende personaler, ligesom skemaet har kunnet bruges til overordnet registrering af afsnittets fast-vagt-forbrug. Igen synes der at være et problem med at arkivere udfyldte skemaer i patienternes bilagsmappe.

En måling blandt det faste personale (svarprocent 75) ud fra spørgeskema april 2005 (BILAG 1, 1.3) viser et højt kendskab til såvel bæltefikserings- som fast-vagt-skemaet samt anvendelse af samme (henholdsvis 77 og 73%), men afdækker også førnævnte arkiveringsproblematik. Teamet havde håbet, at 75% af det faste plejepersonale oplevede eftersamtalen relevant. Hele 86 % angiver det som en god idé, og 44 % har allerede prøvet at gennemføre en sådan samtale, hvilket er meget positivt.

Patientundersøgelsen i H4 (20 patienter) (procentsats før skråstreg er perioden 15.10.04 – 28.02.04/ efter skråstreg 01.03.05 – 30.06.05) viser en høj grad af tilfredshed fra patienternes side i forbindelse med tvangsundersøgelsen i H4: 100%/82 % har oplevet omsorg, 71%/60% oplevede personalet udviste hensyn og respekt, 75%/56% har ikke oplevet unødigt magt under tvangsudøvelsen og 100%/74% af patienterne har haft udbytte af en opfølgende samtale efter tvangen. En samtale, som blev tilbudt 71%/27% af patienterne. Disse tal har bestyrket teamet i, at det faste personale har overskud til at fokusere på de menneskelige elementer i den akutte

tvangssituation, og at dette koblet med de konkret forbedrings- og forandringsinitiativer lover godt for fremtiden. Til gengæld er det så bekymrende, at procentsatserne viser faldende tendens, dette kan måske kobles med en større kursusafvikling for det faste personale i foråret 2005 og deraf følgende vikardækning og sideløbende øget arbejdsmæssig belastning af det tilbageværende ”faste” personale.

Kommentarer til procesarbejdet

Rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden

Teamet har reelt fungeret som team siden oktober 2004. Der har været afholdt 1-2 månedlige møder a 1 - 1 ½ times varighed, men også en enkelt hel arbejdsdag. Møderne har primært været afviklet inden for ordinær arbejdstid, plejepersonalet har ved mødevirksomhed herudover fået afspadsering time til time. Teamets tilkoblede udviklingsmedarbejder har hjulpet teamet med fastholdelse, skemaudarbejdelse og løbende processkitse- og rapportudarbejdelse. Team og udviklingsmedarbejder har ikke været frikøbt i perioden. Travle og belastede perioder i afsnittet samt sygdom og ferieafvikling blandt teammedlemmerne i 1. kvartal 2005 har gjort det vanskeligt at samle hele teamet til møder, ligesom det lægefaglige/dataansvarlige teammedlem udtrådte af gruppen 01.02.05.

Ændringer i organisationen i projektperioden

H4 har i projektperioden fået ny behandlingsansvarlig overlæge x 2, ergoterapeut samt socialrådgiver, hvilket har krævet indkøring af nye rutiner samt drøftelser omkring behandlingsideologier, samarbejde og inklusionskriterier for patienter/patientgrupper. Skadestuen H5 har ændret status fra lukket til åben funktion, hvilket har givet anledning til ændrede procedurer og en anden form for terapeutisk arbejde i H5, og dermed krav til personalekompetence. 4 af afsnittets faste personaler (herunder souschefen) har været på videreuddannelse, hvilket har øget behovet for afløsning og dermed givet et øget personflow i afsnittet i perioden.

Afdelingssygeplejerske Hanne Poulsen har således skullet agere i dette felt både som leder og teammedlem, og holde afsnittet kørende så at sige. Dette koblet med en massiv intern efteruddannelses- og mødeaktivitet (konflikt håndteringskurser, kurser i kognitiv miljøterapi, praksisforskning, dokumentationsprojekt).

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det mest givende ved at arbejde med Gennembrudsmetoden

Gennembrudsmetoden tilbyder med sin struktur og tankegang (PDSA-testene) et redskab, som fremmer målrettede proces- og mødeaktiviteter. Teamet har dog ikke haft mulighed for at arbejde så målbaseret som tænkt i metoden. Det har været positivt for temaet at opleve, at selv det at ændre små ting kan være med til at fremme en udvikling i gunstig retning.

Det sværeste ved at arbejde med Gennembrudsmetoden

Metoden og projektets krav til databehandling og dokumentation stiller store krav tidsmæssigt, ligesom det tværfagligt er svært at skabe rum til rent fysisk og tidsmæssigt at kunne mødes (forskellige arbejdsbetingelser og ansættelsesvilkår). En refleksion kunne også være, om man som team lidt tilfældigt starter op, qua handlings- og målkravet, uden en dyberegående analyse

af, hvor det ville være relevant at starte, hvem det ville være optimalt at inddrage etc. og hvad der konkret er mulighed for. Teammedlemmerne har også lokalt følt sig klædt dårligt på i projektets opstartsfasen, idet de først sent blev orienteret om, hvad deres tilsagn om deltagelse indebar: læsemængde, dokumentation, proces – og projektskabelse.

Teamets erfaring er, at netværkstanken og det at orientere sig i, bruge eller kommentere andres materialer via Gennembrudsforum er svært at praktisere i en travl praksishverdag, bare det at huske kode, komme ind på forum samt nå at få læst tilsendte materialer.

Implementerings- og spredningsdelen er ubetinget det sværeste i processen med at forandre lokalt – det at nå alle personaler på tværs af vagtlag, skabe kulturændring etc.

Samlede erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Et helstøbt teamsamarbejde, metodeanvendelse, netværksskabelse og projektresultat forudsætter en form for arbejdsfrirum/frikøb af timer, tænker vores team, sådan set i bakspejlet.

Omvendt er det også godt løbende at være i proces sammen og derigennem opnå kobling med det daglige arbejde, men fokus forsvinder let i så meget andet. Utroligt vigtig for processen er derfor at have en person, der opsamler, holder fast og dokumenterer den løbende proces. Faren heri er dog at handle- og beskrivelser bliver skilt på hoveder, og erkendelsen ved at lave produkter (rapporter etc.) og gennemløbe processer i fællesskab forsvinder. Tilmed kan projektet ændre sig fra et praksisprojekt til et skrivebordsprojekt. Det vigtigste er at tænke afgrænsede teamtiltag, som er til at overskue, ligesom langsigtet planlægning faciliterer mødevirksomhed og aktivitet.

Derudover vil en afdelingsledelses aktive bevågenhed, opbakning samt motivering af deltagerne fra projektstart til -slut være alfa og omega, specielt et projekt, der i sin substans er en top-down beslutning, så der ikke arbejdes for projektets skyld men ud fra et fælles ideal om optimale vilkår for patienter og personale i eget afdelingsregi.

Det videre arbejde...

Det videre arbejde

Som skitseret er in- og ekstern spredning indledt, og derudover vil det komme til at handle om fastholdelse i eget afsnit/afdeling. Her vil afdelingssygeplejerske Hanne Poulsen som daglig leder fortsat søge at fastholde personalets opmærksomhed i forhold til tvang, ligesom der søges udpeget nye ressourcepersoner i forhold til fortsat fastholdelse og udvikling af indledte initiativer og tiltag (møde afholdt oktober 2005).

Alt personale i H4/H5 har nu gennemgået et 3 dages konflikthåndteringskursus, og der er uddannet 4 vedligeholdelsesinstruktører, som sørger for fastholdelse og spredning, ligesom der er arrangeret opfølgningsforløb for sidstnævnte. Teamet oplever, at personalets grænser i forhold til intervention rykker, og der skærmes mere - hvorved behovet for deciderede tvangsforanstaltninger minimeres.

24 personaler har gennemløbet et 11 dages kursus i kognitiv miljøterapi i lukket afdeling. Denne undervisning følges af månedlig supervision i projektperioden, som løber frem til udgangen af 2005.

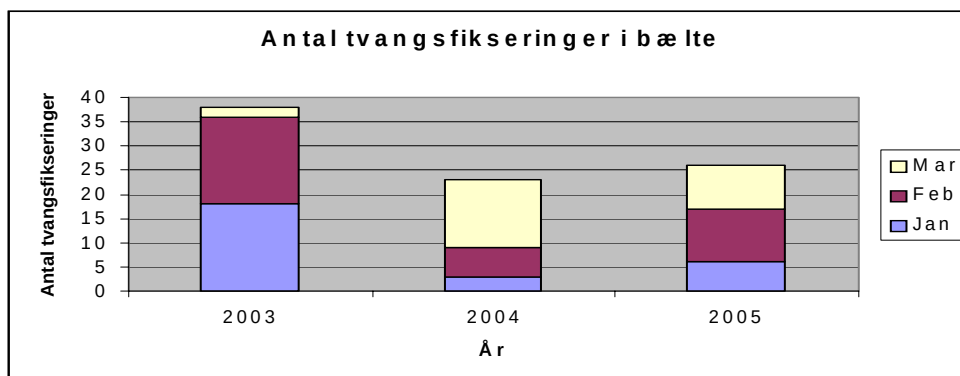
Denne metodiske indsigt giver personalet nye handlemuligheder i forhold til mere målrettet at arbejde med afledning og /eller højnelse af patientens bevidsthed omkring egen tankegang. Specialsygeplejersken, som er tilknyttet dette projekt kan måske også skabe konneks “til gulvet” i forhold til implementering af den teoretisk erhvervede viden.

På team Koldings vegne 24.11.05
Tværfaglig udviklingsmedarbejder Lis Ravn Jensen
Psykiatrisk afdeling H, Fredericia og Kolding Sygehuse

BILAG 1: Forløbs- og resultatmålinger i Gennembrudsprojektet, team Kolding

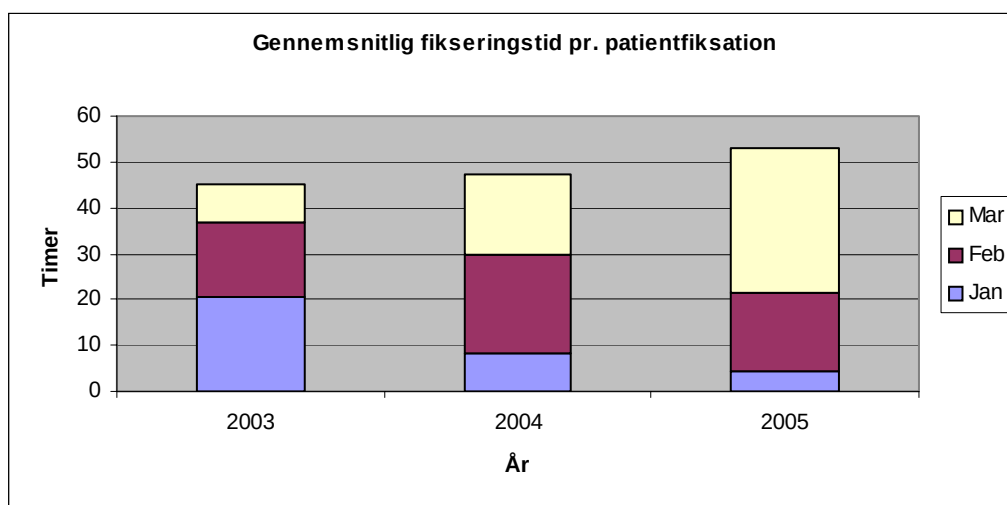
Figur 1.1

**Antal tvangsfikseringer i bælte i H4, opgjort 1.kvartal 2003, 2004 og 2005
(Lokal måling)**



Figur 1.2

Gennemsnitlig varighed pr. patientfiksering i bælte i H4 (frivillige fikseringer ikke medregnet) – opgjort 1. kvartal 2003, 2004 og 2005 (Lokal måling)



Figur 1.3

Resultat fra videns- og holdningsbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt plejepersonale i H4, april 2005. Ja-nej svar procentvis opgjort/spørgsmål

22 indkomne spørgeskemaer ud af 31 mulige = svarprocent på 75.

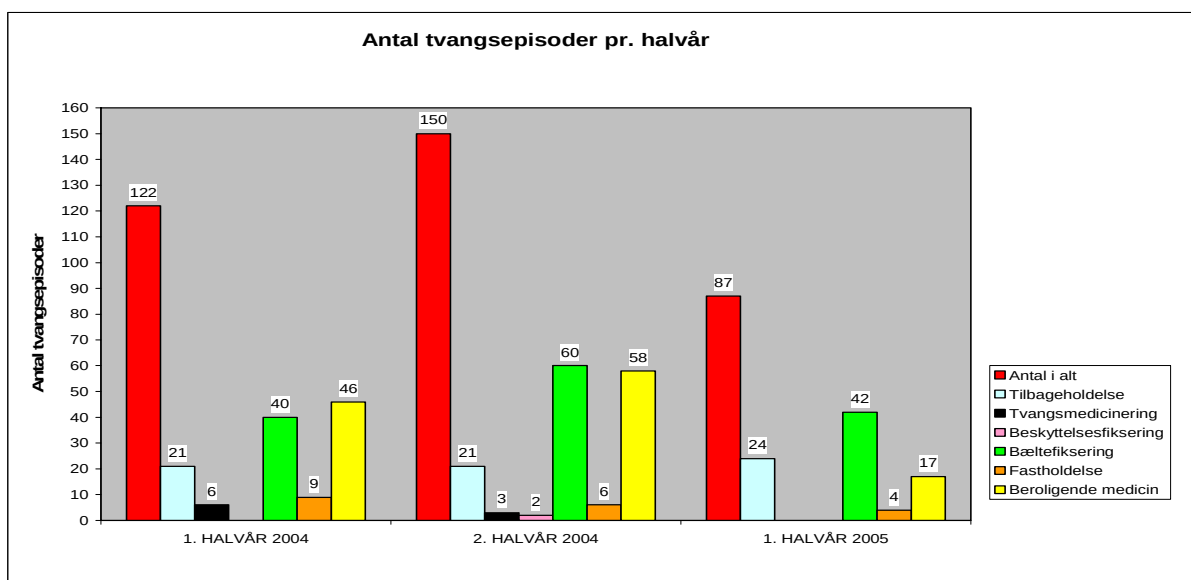
		Ja	Nej
1	Kender du " <i>observationsskema til brug under bæltefiksering</i> "? (introduceret december 2004 i H4/H5)	95	5
2	Har du prøvet at anvende " <i>observationsskema til brug under bæltefiksering</i> "?	77	23
3	Ved du hvor i afsnittet, du kan finde " <i>observationsskema til brug under bæltefiksering</i> "?	68	32
4	Har du prøvet at introducere en afløser/fast vagt til " <i>observationsskema til brug under bæltefiksering</i> "?	55	45
5	Ved du, hvor du skal arkivere det udfyldte " <i>observationsskema til brug under bæltefiksering</i> "?	32	68
6	Kender du " <i>fast vagt skemaet</i> "? (introduceret januar 2005 i H4/H5)	91	9
7	Har du prøvet at anvende " <i>fast vagt skemaet</i> "?	73	27
8	Ved du hvor i afsnittet, du kan finde " <i>fast vagt skemaet</i> "?	68	32
9	Ved du, hvor du skal arkivere det udfyldte " <i>fast vagt skema</i> "?	36	64
10	Har du prøvet at introducere en afløser/fast vagt til " <i>fast vagt skemaet</i> "?	50	50
11	Synes du, det er en god idé at gennemdrøfte en tvangsforanstaltning med en patient i form af en "eftersamtale" efter tvangens udøvelse?	86	14
12	Har du prøvet at gennemføre en sådan "eftersamtale"?	45	55

Bilag 2

Resultatmålinger i Gennembrudsprojektet, team Kolding (Det nationale Sekretariat)

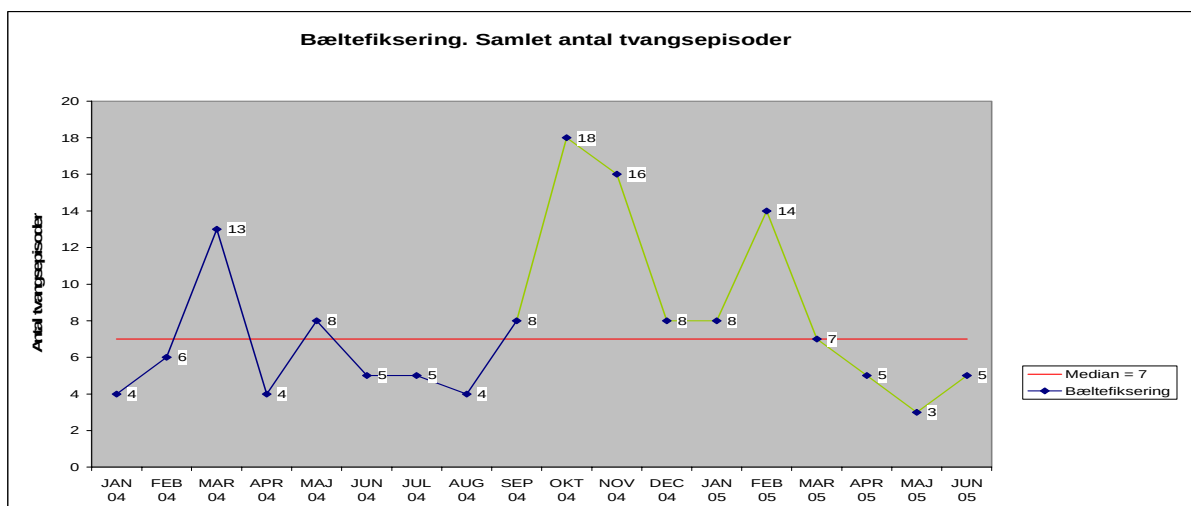
Figur 2.1.

Antal tvangsepisoder pr. halvår i H4 (januar 2004 – juni 2005), opdelt på tvangstyper. Ikke markeret tvangstype i diagrammet er udtryk for 0 registrerede tilfælde



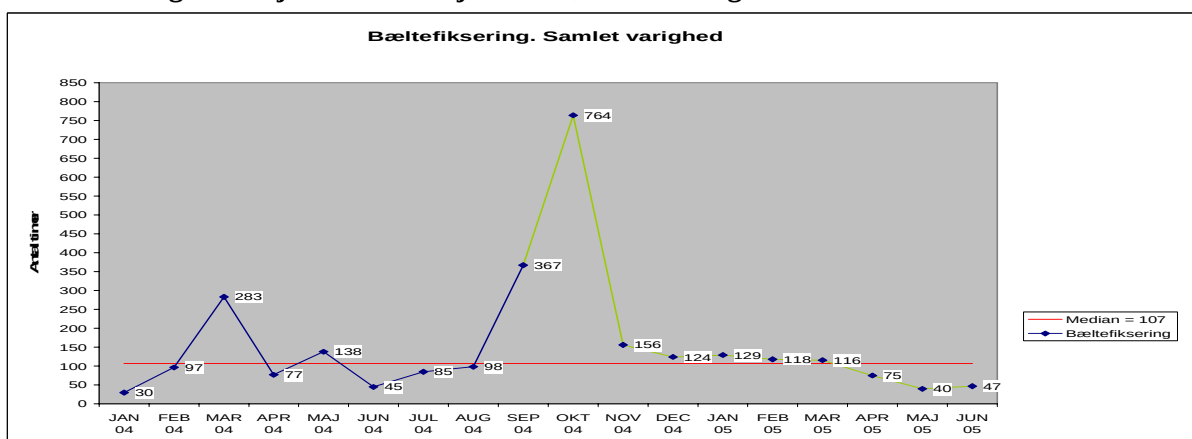
Figur 2.2

Bæltefikseringer i H4 januar 2004 – juni 2005, samlet antal tvangsepisoder



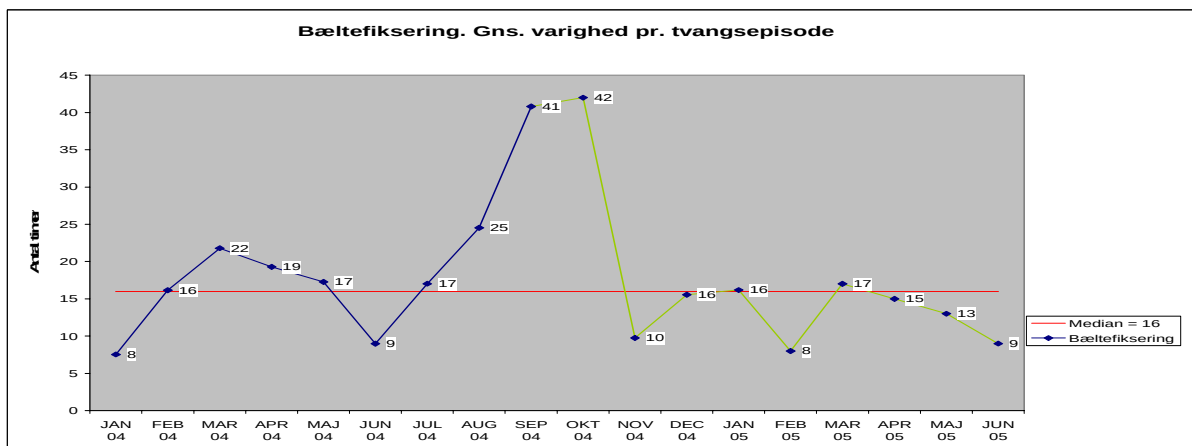
Figur 2.3

Bæltefikseringer i H4 januar 2004 – juni 2005, samlet varighed



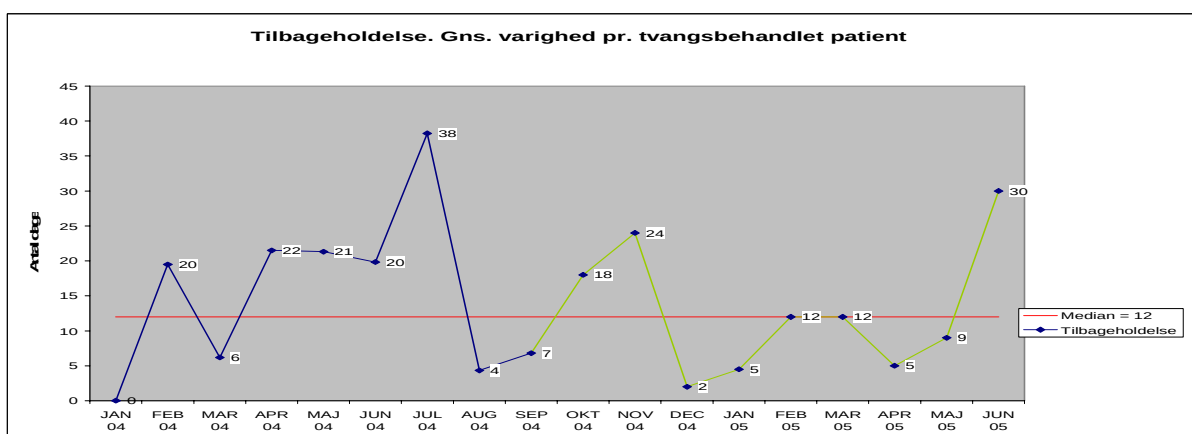
Figur 2.4

Bæltefikseringer i H4 januar 2004 – juni 2005, gennemsnitlig varighed pr. tvangsepisode



Figur 2.5

Bæltefikseringer i H 4 januar 2004 – juni 2005, gennemsnitlig varighed pr. tvangsbehandlet patient





Gennembrudsprojekt i P2

Team Middelfart



Slutrapport

Team	Middelfart, Østre Hougvej 70, 5500 Middelfart, tlf.: 63 48 43 68
Teammedlemmer	◆ Sygeplejerske (stedfortræder) Charlotte Beck, CHBB.SHF-POST1@fyns-amt.dk (kontaktperson) ◆ Overlæge Hans Henrik Hoff, HHH.SHF-POST1@fyns-amt.dk ◆ Afdelingssygeplejerske Dorthe Møllegård, DOWE.SHF-POST1@fyns-amt.dk ◆ Sygeplejerske Hanne Nybo, hnlm@stofanet.dk
Beskrivelse af afsnittet	P2 er et integreret afsnit med 18 sengepladser. Vi har akut modtager funktion, og modtager patienter fra nordvest og sydvest Fyn. Aldersgruppen er fra 18 år og op til 65 år. Vi modtager patienter med alle former for psykiatriske diagnoser, og har til tider også retsligt indlagte patienter.
Resumé af resultater	Vi har i perioden implementeret brugen af risikovurdering og brugen af aggressionsforebyggelsesmapper. Vi har oplevet et generelt fald i anvendelsen af tvang og har bl.a. reduceret anvendelsen af bæltefikseringer med 85 % (sammenligning af 1. halvår i 2004 og 2005).

Lokal målsætning og lokale mål

A. At reducere tvangsanvendelsen, især i form af bæltefikseringer, med 30 % i forhold til foråret (1.1.04-31.05.04).

Ad 1. Ved 95 % af alle indlæggelser skal der af indlæggende læge eller senest ved gennemgangen dagen efter være udfyldt risikovurdering.

Ad 1. Ved 90 % af de indlagte patienter hvor der er svaret "Ja" på et af spørgsmålene i risikovurderingen, skal der være udarbejdet en aggressionsforebyggelsesmappe.

Ad 1. Gennemgå 100 % af skadesanmeldelserne (vold og trusler mod personalet). I 80 % af tilfældene skal der være tydeliggjort forhøjet beredskab i plejeplanen.

B. At forbedre den faglige kvalitet ved at den anvendte tvang bliver udført og beskrevet korrekt. 100 % af tvangsprotokollerne skal være udfyldt korrekt.

At følge op på den anvendte tvang bl.a. gennem samtaler med patienter, der har været udsat for tvang.

Målinger

Ad A. Antal bæltefikseringer i perioden 1.1.2004-31.05.2005

Ad 1. Antal indlæggelser pr. uge hvor risikovurderingen er udfyldt # antal indlæggelser i alt.

Ad 1. Antal patienter hvor der er udfyldt aggressionsforebyggelsesmappe # antal patienter hvor der er svaret "Ja" i risikovurderingen.

- Ad 1. Antal plejeplaner hvor beredskabet er dokumenteret forhøjet # antal skadesanmeldelser
Ad 2. Antal korrekt udfyldte tvangsprotokoller # antal tvangsprotokoller
Ad 3. Endnu ikke sat i fast system.

Afprøvede / testede forandringer

De mest succesfulde forandringstiltag har været vores arbejde med først udformningen og senere brugen af risikovurderinger (bilag 1). Ligestillet med risikovurderingen betragter vi det som en succes det arbejde, der har været omkring udformningen og senere brugen af aggressionsforebyggelsesmappen (bilag 2).

Det er vores klare overbevisning, at disse to tiltag har haft betydning for det fokus der er kommet omkring tvangsanvendelse, og derigennem har det haft betydning for kvaliteten af håndteringen og den markante reduktion af tvang på vores afsnit.

Implementerede / spredte forandringer

For at sætte gang i processen i afdelingen afholdt vi 2 temadage i januar 2005, hvor temaet var tvang. På disse temadage deltog hele P2's personalegruppe samt vores samarbejdspartnere fra lægegruppen, fysioterapien, ergoterapien og socialrådgivergruppen

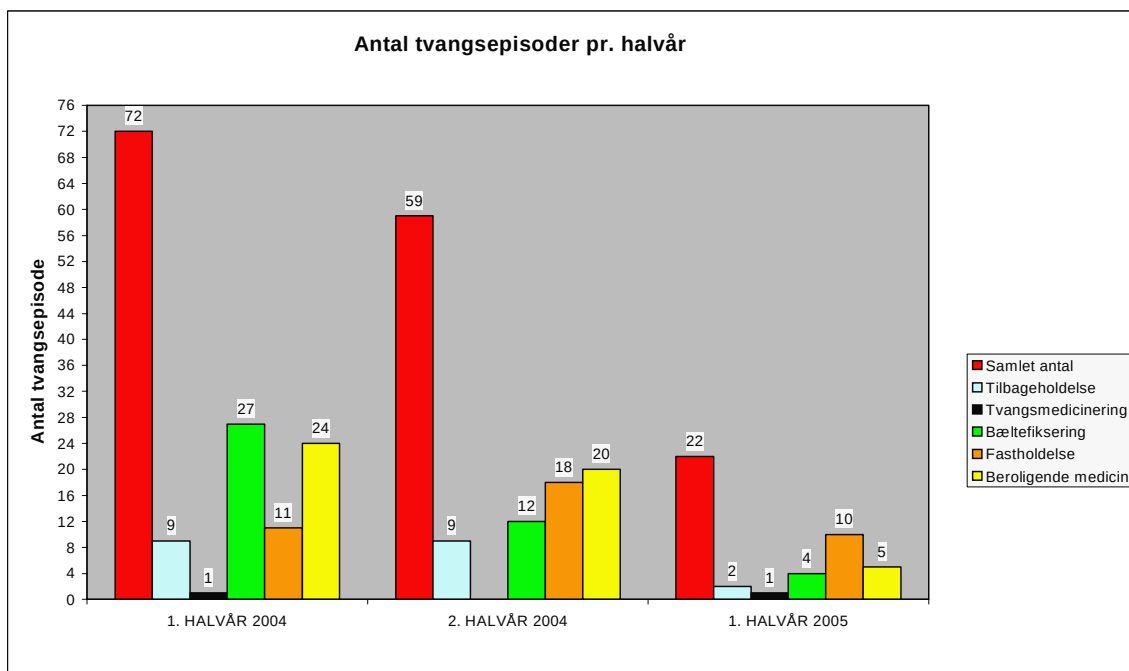
Alle udarbejdede her – ud fra en case – såvel risikovurdering som aggressionsforebyggelsesmappe. På temadagene besluttede vi at starte implementeringen af disse to tiltag.

Resultat

Som beskrevet nedenfor havde vi rigtig meget fokus på projektet i foråret 2005. Arbejdet med risikovurdering og aggressionsforebyggelsesmappe gav mange "sidegevinster". Det blev mere naturligt at tale om tvang og ikke mindst kvaliteten af tvangsanvendelsen. Det blev ligeledes mere naturligt at inddrage patienterne i overvejelserne omkring forebyggelses af tvangsanvendelse.

Som det ses af nedenstående søjlediagram er der sket en markant reduktion i afdelingens anvendelse af tvang i projektperioden, sammenlignet med 1. halvår 2004. Der kan således konstateres et fald i anvendelsen af alle tvangstyper (ekskl. tvangsmedicinering, der er uændret).

Figur 1: Antal tvangsepisoder pr. halvår⁴



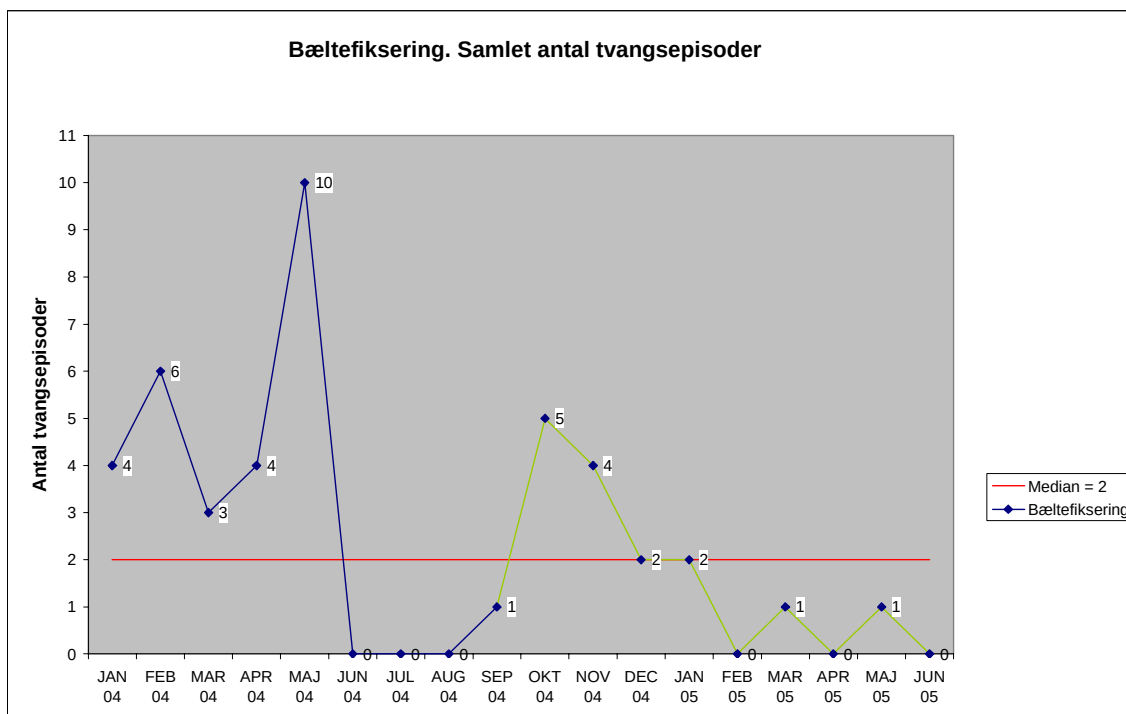
I forhold til vores målsætning om at reducere tvangsanvendelsen, især i form af bæltefikseringer med 30 % (i forhold til 1. halvår 2004) kan vi konstatere, at vi har indfriet vores mål! Som det fremgår af nedenstående tabel, er det lykkedes os at reducere antallet af bæltefikseringer med 85 %, ligesom den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringerne er faldet fra 17 timer til 6 timer.

Figur 2: Antal bæltefikseringer og varighed pr. halvår

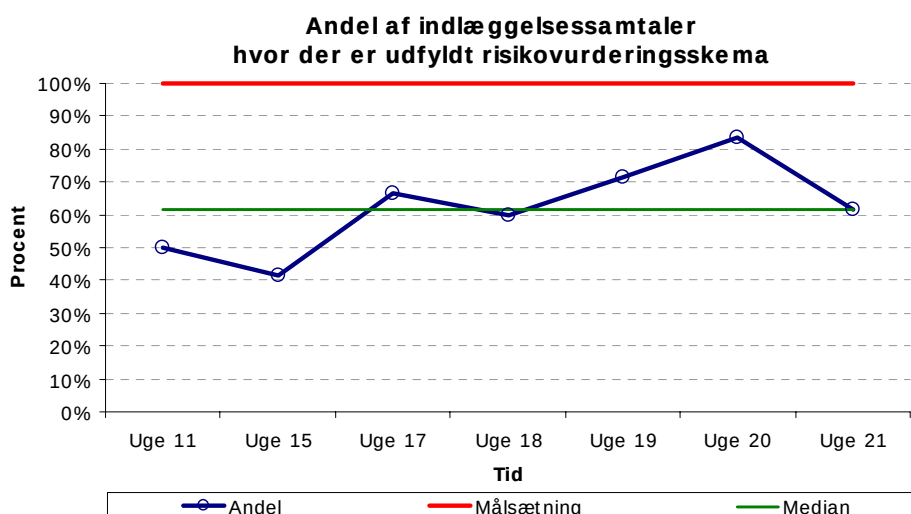
Halvår		Bæltefiksering	Gennemsnitlig varighed pr. tvangsbehandlet patient opgjort i timer
1. HALVÅR 2004	Antal	27	17
	Sum	248	
	Gns.	9	
2. HALVÅR 2004	Antal	12	13
	Sum	89	
	Gns.	7	
1. HALVÅR 2005	Antal	4	6
	Sum	19	
	Gns.	5	
Total	Antal	43	14
	Sum	594	
	Gns.	14	

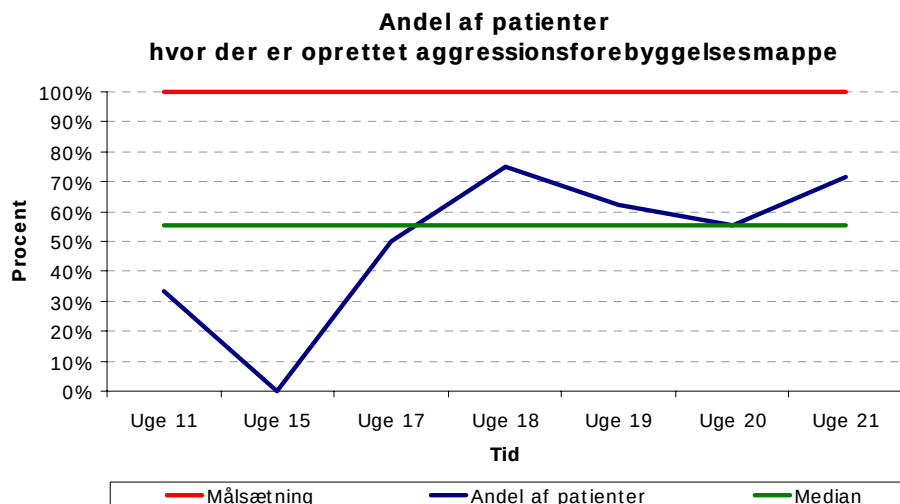
Udviklingen i anvendelsen af bæltefiksering fremgår endvidere af nedenstående figur, der viser udviklingen i hele projektperioden.

Figur 3: Antal bæltefikseringer i projektperioden



Med hensyn til vores målsætninger omkring oprettelse af risikovurdering og aggressionsforebyggelsesmapper, ses på nedenstående grafer, at vi ikke nåede vores mål på 100 % i periode. Måske skyldes det, at vi gik direkte til implementeringen, så der har været (og er stadig) et stort "benarbejde" for at få personalet til at få ejerskab over de udarbejdede materialer. Denne del arbejder vi stadig med.





Målet omkring gennemgang af skadesanmeldelser er nået. Vi gik i gang med denne del i foråret 2005, men det viste sig at der ikke i perioden var nogle skadesanmeldelser der var relateret til vores afsnit.

Målet vedrørende korrekt udfyldte tvangsprotokoller er blevet fulgt tæt af vores ledende sekretær. Der er ikke lavet skema på dette mål, men alle tvangsprotokoller har i perioden været udfyldt korrekt. Der har i hele afdelingen været fokus på at udfylde disse korrekt.

Målet omkring eftersamtaler har vi ikke nået at arbejde med. Vi har dog besluttet, at tage fat på denne del af vores projekt nu. Vi har i skrivende stund etableret en gruppe af personale, der har gennemset – og udvalgt nogle – af de eftersamtaler der er i den nye forandringskatalog. Disse bliver fremlagt på fremtidige teammøder.

Kommentarer til procesarbejdet

Vi gik ind i arbejdet med stor iver i efteråret 2004, vi startede de første pdsa-test mhp. at blive bedre til at ”opfange” tidlige tegn på situationer, der kunne udvikle sig, blive voldsomme og evt. ende med bæltefikseringer. Vi stødte hurtigt ”på grund” da de forandringstiltag vi afprøvede ikke virkede efter vores hensigt. Det viste sig, at vi manglede ”handlingsdelen”. Vi identificerede et problem, men havde ikke defineret de handlinger der var nødvendige for at løse/forebygge problemet. Vi afprøvede både SOAS skalaen og Bröset, men ingen af delene fandt vi brugbare, måske fordi vi manglede nogle konkrete handlingsforslag til hvordan vi tacklede en situation når pt. ”scorede” point.

Det gik op for os i løbet af efteråret, at arbejdet med projektet var mere omfattende end vi var klar over fra starten. Vi gik i stå, i det arbejde der foregik i plejegruppen. Vi arbejdede dog videre ved team møderne, hvor vi udarbejdede den første prøve på risikovurderingen, og fik den testet på nogle patienter.

På 2. læringsseminar gik det op for os, at mange andre team – for at deltage i projektet – havde fået tildelt ressourcer netop til dette formål. På dette læringsseminar besluttede vi, at vores videre deltagelse i projektet afhang af, hvorvidt ledelsen på afdelingen var indstillet på at tildele os ressourcer.

Med denne beslutning drog vi hjem, og kort tid efter fik vi fra afd. ledelsen bevilget 7½ time/uge til det videre arbejde.

Dette satte mere fokus på projektet i afsnittet, og vi kom efter nytår stærkt tilbage.

Med udgangspunkt i forandringskataloget, satte vi fokus på den handlingsdel, vi i efteråret erfarede, at vi manglede. Vi udarbejdede en standard på aggressionsforebyggelsesmappe. Meningen var, at vi i plejegruppen, skulle udarbejde denne mappe når der i risikovurderingen blev svaret ”ja” til et af spørgsmålene. Der blev samtidig udformet et brev til samtlige læger på afdelingen, at vi i P2 deltog i dette projekt, og at der ved hver indlæggelse af patienter i afsnittet, skulle laves en risikovurdering. Hvis det blev svaret ”ja” til et af spørgsmålene, var det den indlæggende læges ansvar, at vende tilbage til afsnittet, og drøfte med plejepersonalet hvilke forebyggende foranstaltninger der var behov for. Det var herefter plejepersonalets ansvar, at der blev oprettet en aggressionsforebyggelsesmappe. Denne skal – hvis det er muligt – udarbejdes i samarbejde med patienten, men hvis dette ikke er muligt – må den udarbejdes af personalet. Den kan så ved senere lejlighed gennemdrøftes med patienten.

Vi blev godt hjulpet i gang af 2 temadage, hvor alt personale med tilknytning til vores afsnit deltog. Emnet for temadagene var ”Tvang”, og alle fik mulighed for – ud fra en case – at udarbejde såvel risikovurdering som aggressionsforebyggelsesmappe. Vi besluttede på temadagene at starte implementeringen.

Der foregår i huset mange andre tiltag, der alle har fokus på tvang, uden direkte at være relateret til gennembrudsprojektet. Hele personalegruppen i P2, skal i løbet af 2005 gennem et ugelangt kursus i psykofysisk træning. Dette kursus omhandler konflikthåndtering og voldsforebyggelse. P2 har desuden deltaget i PRAKSY – et sygeplejeforskningsprojekt, der tager udgangspunkt i patientens oplevelse af tvangsanvendelse. Derfor har deltagelse i gennembrudsprojektet været en kærkommen lejlighed til endnu mere fokus på området.

Den megen fokus på området har haft stor betydning for kvaliteten af tvangsanvendelsen i vores afsnit. Det er i langt højere grad en naturlig ting at tale med hinanden om, hvordan vi bedst griber en situation an. Ligeledes er det blevet mere naturligt for os at tale med patienterne om tvang; om hvordan vi forebygger, eller hvis patienten har været udsat for tvangsanvendelse; hvordan det oplevedes og hvordan vi kan forebyggende lignende tilfælde.

Vi har i perioden tilstræbt at afholde teammøder hver 14. dag, men dette har ikke kunnet lade sig gøre i praksis. Desuden har vi i perioden arbejdet med store omstruktureringer i hele afdelingen. Det ene almenpsykiatriske afsnit i huset er ændret fra 7-døgns afsnit til 5-døgns afsnit, mens vi på P2 nu er husets eneste 7-døgns afsnit i almenpsykiatrien, og dermed det eneste afsnit hvor der kan etableres lukket funktion. Beslutningen om omstruktureringen blev taget i oktober 2004 og trådte i kraft 1. juni 2005. Dette har haft betydning for vores deltagelse i gennembrudsprojektet. Der er i perioden mellem okt. 2004 og juni 2005 arbejdet meget med etablering af de nye afsnit, samt normering på afsnittene. Dette har bl.a. betydet at vi pr. 1. juni 2005 har fået 11 nye kolleger. Omstruktureringerne har haft stor bevågenhed, og har derfor også ”fyldt” en del i vores hverdag. På grund af omstruktureringerne, og den nye måde vi arbejder på, har vi besluttet – i samråd med Det nationale sekretariat – kun at deltage i gennembrudsprojektet frem til den 1. juni 2005. Hvilket vil kunne ses i de medsendte grafer.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Vi blev på 1. læringsseminar noget overrasket over, at selve arbejdet med metoden fyldte så meget. Vi følte os i starten meget bundet af metoden, og havde svært ved at bruge den i vores daglige arbejde i gennembrudsprojektet. Vi har derfor ikke lavet så mange pdsa-test. Det mest

givende for os, har været fokus på området samt teammøderne, hvor vi fik drøftet hvilke forandringstiltag vi skulle arbejde med.

At metoden var så bundet, var på nogle områder en forhindring for opstarten, da vi samtidig ikke følte metoden så brugbar for os.

Det har taget os meget lang tid at få defineret målene med vores forandringstiltag. Da vi først efter nytår kom rigtig i gang, var vi også sent i gang med selve optællingsdelen, hvilket kan ses af graferne.

Vores erfaring med metoden er derfor både positiv og negativ. Vi har – som før beskrevet – følt os noget bundet af en metode, som vi ikke følte brugbar. Her tænker jeg på selve pdsa arbejdet.

Vi vil næppe fortsætte med at lave pdsa-cirkler, men er gennem projektarbejdet blevet bedre rustet til at iværksætte små forandringstiltag i vores daglige arbejde.

Det at deltage i projektet, har til gengæld holdt os fast i processen, og været medvirkende til at fastholde vores fokus på området. Vi har desuden haft stor glæde af netværkstanken, og har draget stor nytte af de andre teams arbejde. Vi har ligeledes fået stor inspiration på læringsseminarerne.

Det videre arbejde...

Vi vil i fremtiden fortsætte med at have fokus på tvang. Vi har planlagt at fortsætte med teammøder, og arbejder på at få udvidet teamet. Udvidelsen af teamet sker for at sikre implementeringen i alle vagtgrupper.

Vi vil i løbet af efteråret arbejde videre med eftersamtaler, hvor vi vil bruge de bilag de andre teams har lagt ud på gennembrudsforum.

Vi vil desuden starte arbejdet med bæltefikseringsjournaler – også her vil vi drage nytte af de andre teams arbejde.

Vi har ligeledes planer om at forsøge at etablere aftenmøder og aftenaktiviteter med patienterne. Vi planlægger, at en lille gruppe aftenvagter skal forsøge at starte dette.

Vi er desuden i gang med et projekt hvor vi tilbyder patienterne psykoedukation i emnet tvang. Det er vores overbevisning at også dette tiltag vil kunne forebygge tvangsanvendelse.

Bilag 1

Checkliste til vurdering af risiko for patientvold

1. **Har patienten tidligere udøvet vold?**
 - a) Gentagne voldsepisoder?
 - b) En enkelt voldsepisode?
2. **Foreligger der en akut psykotisk tilstand?**
 - a) Paranoid psykose?
 - b) Psykotisk forvirringstilstand?
3. **Drejer det sig om skizofreni eller anden psykosediagnose?**
 - a) Ubehandlet?
 - b) Samtidig personlighedsforstyrrelse?
 - c) Samtidigt misbrug?
4. **Foreligger der demens, delirium eller anden organisk hjerneaffektion?**
5. **Er patienten påvirket af psykoseaktive stoffer?**
 - a) Alkohol?
 - b) Kokain/amfetamin/ecstasy/heroin?
6. **Drejer det sig om en abstinent patient?**
7. **Drejer det sig om en manisk patient?**
8. **Er patienten alkohol- og/eller stofmisbruger?**
9. **Er patienten personlighedsforstyrret?**
10. **Er patientens intelligens under normalområdet?**

Ovenstående er gennemgået ved journaloptagelse af:

Ovenstående er gennemgået ved gennemgang af:

Kommentarer til checkliste

- Ad 1) Tidligere voldsepisoder er den vigtigste risikofaktor for vold. En enkelt voldsepisode øger kun risikoen for vold ubetydeligt, uanset hvor alvorlig volden har været.
- Ad 3) Det er overvejende de ubehandlede psykotiske patienter, der er voldelige. Blandt skizofrene patienter er paranoid skizofreni hyppigst forbundet med vold. Der er sammenhæng mellem voldelig adfærd og produktivt psykotiske symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og tænkeforstyrrelser. Skizofrene med overvejende negative symptomer udøver sjældent vold.
- Ad 5) Alkohol er hæmningsløsende og ved alkoholpåvirkning kan der ses øget aggressivitet. Ved vold under alkoholpåvirkning er der ofte andre medvirkende faktorer som f.eks. personlighedsforstyrrelser og lav intelligens. Indtagelse af større doser kokain, amfetamin, ecstasy eller ved kronisk heroinmisbrug øges aggressiviteten.
- Misbrug af opioider og cannabis nedsætter aggressiviteten.
- Ad 6) Gælder alle psykoaktive stoffer.
- Ad 7) Maniske patienter kan udvise let vagt vrede og være aggressive, men alvorlig vold forekommer sjældent. Oftest opstår voldsepisoderne ved forsøg på at bremse patientens hyperaktivitet og urealistiske planer.
- Ad 8) Vold kan skyldes virkningen af selve stoffet, det kriminelle miljø de ofte færdes i, personlighedsforstyrrelse, organisk hjerneskade m.m.
- Ad 9) Oftest psykopater, dyssociale, emotionelt ustabile, borderline af impulsiv type, paranoide og narcissistiske personlighedstyper. Evt. i kombination med skizofreni.

Bilag 2

Aggressionsforebyggelsesmappe

Aggressionsforebyggelsesmappen er plejepersonalets arbejdsredskab.

Aggressionsforebyggelsesmappen hænger tæt sammen med den lægefaglige Risikovurdering. Risikovurderingen udfyldes ved indlæggelsen af den indlæggende læge og resultatet drøftes efterfølgende med plejepersonalet på afdelingen. Lægen gør opmærksom på, på hvilke punkter patienten udøver en risiko, og sammen med plejepersonalet drøftes om og hvilke forholdsregler, der skal tages i den aktuelle situation.

Såfremt en patient på baggrund af Risikovurderingen vurderes at frembyde en potentiel risiko, opretter plejepersonalet en sygeplejemappe i form af ”Aggressionsforebyggelsesmappen”. I den beskrives de aktuelle risikomomenter og hvilke tiltag, der kan forebygge disse. Den læge der har foretaget Risikovurderingen er med i diskussionen af de aktuelle tiltag.

Aggressionsforebyggelsesmappen kan med fordel udfyldes sammen med patienten, såfremt dette er muligt. Hvis dette ikke er muligt udfyldes de observationer/symptomer plejepersonalet ser hos patienten.

Vores erfaring med aggressionsforebyggelsesmappen er, at alene det at tale med patienten om aggression/vold har en forebyggende effekt. Patienten får allerede ved indlæggelsen muligheden for at drøfte tidligere oplevelser med tvang, og personalet får mulighed for at inddrage patientens egne erfaringer med dette.

Indholdet i ”Aggressionsforebyggelsesmappen” er skitseret i nedenstående tabel:

Aggressionsforebyggelse

Problemformulering	Overordnet mål	Overordnet handleplan
Her beskrives de signaler/symptomer der går forud for en opkørt situation. Det kan være symptomer vi observerer hos patienten eller symptomer patienten selv kan fortælle om. Der spørges til om pt. tidligere har været udsat for tvang, så pt's egne erfaringer bruges. F. eks: ❖ Hvordan tackler pt. afslag på ønsker ❖ Angst/uro, pt. traver op og ned af gangen ----- --	❖ At undgå vold/trusler ❖ At give patienten andre handlemuligheder end voldsom adfærd ❖ At reducere angst, vrede, panik... ❖ At undgå konflikter før sengetid, om hus regler, om rygning ... ❖ At forebygge lignende eller nye tvangstilfælde	Her beskrives konkrete handlingsforslag – helst udarbejdet sammen med patienten. Alternativt gennemgået med patienten. F.eks.: ❖ Kugledyne, skrive dagbog ❖ Musik i nichen/på stuen, varmt bad ----- ---- ❖ Definerer roller; hvem er på gangen, hvem passer de øvrige patienter, hvem har ansvaret for kontakten

Problemformulering	Overordnet mål	Overordnet handleplan
❖ Pt. har ingen selvkontrol og kan fremtræde kaotisk og impulsstyret. ❖ Reagerer kraftigt overfor let stress ❖ Har svære kontaktvanskeligheder ❖ Fysisk truende; truende/aggressivt kropssprog, knyttede næver, anspændthed ❖ Verbalt truende; råber, truer personale eller med patienter ❖ Støjende adfærd; råber, smækker med døren ❖ Angreb; smider med genstande, skubber til møbler, banker på ruder/dørene		til patienten (med hensyntagen til den enkeltes ressourcer). ❖ Vurderer hvilken kontakt patienten har behov for. ❖ Vurderer hvor patienten skal opholde sig. ❖ Tilbyde pn medicin ❖ Personalekontakt; her beskrives hvordan personalekontakten giver den bedste hjælp for patienten, f.eks. hvor tæt skal vi være på patienten, magter patienten fysisk kontakt og hvordan. ❖ Se konfliktnedtrapning



Gennembrudsprojekt

Team Odense



Slutrapport

Team	Team Odense Psykiatrisk afd. P, Universitetsafdeling Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C. telefon: 65 41 41 35
Teammedlemmer	Sted. F. afdelingssygeplejerske Berit Pedersen (berit.pedersen ouh.fyns-amt.dk) Plejer Torben Larsen (Torben.larsen ouh.fyns-amt.dk) Sted.f.afdelingssygeplejerske Rikke S. Madsen (Rikke.madsen ouh.fyns-amt.dk) Plejer Helle Heilmann (helle.heilmann ouh.fyns-amt.dk) afdelingssygeplejerske Lene Granhøj (lene.granhøj ouh.fyns-amt.dk) Ad hoc: Overlæge Kim Balslöv (kim.balslöv ouh.fyns-amt.dk)
Beskrivelse af afsnittet	Psykiatrisk afdeling P deltager med 4 afsnit: P2 lukket ungdomspsykiatrisk afsnit 11 senge, normering: 18,83 P3 åben/lukket akut modtageafsnit 14 senge, normering: 28,26 P5 lukket skizofreniafsnit med akut modtagefunktion 14 senge, normering: 30,38 P8 åben affektivt afsnit med 4 lukkede senge i alt 16 senge, normering: 22,78
Resumé af resultater	Team Odense har arbejdet med 2 temaer i forandringskataloget. Team Odense har arbejdet målrettet med at indføre efter-samtaler og med at etablere et auditeringssystem. Dette er lykket, da begge er implementeret i alle 4 afsnit fra maj 2005. Derudover har vi gennemført "Tvang i praksis" temadage 3 gange i projektperioden.
Lokal målsætning og lokale mål	
<i>Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål</i> Lokal målsætning: • Forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang • Udvikle den faglig og organisatoriske kvalitet af tvang Vi vil forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang ved hjælp af opfølgende patientsamtaler i de 4 afsnit. Ved hjælp af opfølgende patientsamtaler og indførelse af audit vil vi forsøge at højne den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang. Inspiration og erfaringsudveksling med andre for at kunne arbejde med vores fokusområder. Lokale mål: 1. Opfølgende patientsamtaler Procesmål: At få udviklet/udarbejdet standarder for opfølgende patientsamtaler med patienterne efter tvangsfikseringer/ de har fået beroligende medicin med tvang.	

1. Outcomemål: 100 % af patienter, der har været udsat for tvangsfikseringer/fået beroligende medicin med tvang får tilbudt opfølgende patientsamtale og mindst 50 % af disse gennemfører denne.

- Samtalen forventes at vare 20 min.
- Samtalen skal afholdes når patienten er løsnet af bæltet/givet beroligende medicin med tvang.

Det vil mest hensigtsmæssigt være tidligst 1 døgn efter, senest 4 døgn efter tvangsfikseringen/fået beroligende medicin med tvang.

2. Outcomemål: Vi forventer en bedring af patienttilfredsheden, således der sker en forbedring af andelen af ”meget tilfredse” og tilfredse af patienter i undersøgelsesperioden (okt.-juni) som det ses i den gule patienttilfredshedsundersøgelse. Vi forventer, at interviewresultaterne vil underbygge auditsystemet med målbare elementer.

3. Outcomemål:

90 % af alle patienter der har gennemført opfølgende patientsamtale efter bæltefiksering/beroligende medicin med tvang vurderer at bearbejdningen af bæltefikseringen er tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende jf. den gule spørgeskemaundersøgelse spørgsmål 7 og 8.

2. Auditeringssystem.

Procesmål: At etablere et auditeringssystem med fokus på afsnittenes tvangsfikseringer/fået beroligende medicin med tvang.

1. Outcomemål: Hver anden måned afholdes audit. Der gennemgås 2 sager.

De 4 afsnit, P2,P3,P5 + P8 deltager. Overlægerne fra de 4 implicerede afsnit udpeger indbyrdes en overlægerepræsentant. Afdelingssygeplejerskerne fra de 4 implicerede afsnit udpeger ligeledes en afdelingssygeplejerskerepræsentant.. Overlægen og afdelingssygeplejersken må ikke komme fra det samme afsnit. Der deltager herudover en personalerepræsentant fra hvert af de 4 afsnit, således audit består af i alt 6 personer. Der deltager en repræsentant for afdelingsledelsen. Der vil være mulighed for at indkalde ad hoc personer.

2. Outcomemål: At kunne registrere et fald i sager fra år 2004 til 2005, der indbringes for patientklagenævnet og hvor klageren får medhold.

3. Outcomemål: Vi forventer ikke, at patienterne udviser tilfredshed ved at blive udsat for tvang, men at der opleves accept af tiltaget, således man kan registrere et *fald* i andelen af utilfredse i undersøgelsesperioden (okt-juni)

4. Outcomemål: At 75 % af medarbejderne på de 4 afsnit vurderer at praksis i forhold til tvang er forbedret i forhold til projektstart. (registreres via internt spørgeskema = 4 spørgsmål + kommentarfelt). Afholdt slut maj 05.

Målinger

Målingerne blev gennemført på forskellig vis:

- Data fra tvangsprotokollerne fra hele 2004 er databehandlet af det Nationale sekretariat.
- Data omkring patienttilfredshed er blevet indsamlet via udlevering af det gule spørgeskema og databehandlet af det nationale sekretariat.

- Vi har udarbejdet et run-chart, der viser antallet af bæltefikseringer + beroligende medicin med tvang pr. uge set i forhold til udførte eftersamtaler.
- Vi gennemførte en meningsmåling i blandt personalet på de 4 afsnit maj 05, der viser personalets vurdering af vores praksis i forhold til tvang i forhold til projektstart. Skal gentages i januar 06.

Afprøvede / testede forandringer

Vi har først implementeret opfølgende patientsamtale i maj 05. Vi har allerede erfaret at opfølgende patientsamtale indgår som et vigtigt element i audit. Der tegner sig et billede af, at de patienter der har gennemført opfølgende patientsamtale er meget tilfredse med at få episoden talt igennem.

Gennemførte forandringstiltag:

1. Auditeringssystem.
2. ”Tvang i praksis”

Et af de forandringstiltag, der har haft størst indflydelse på de 4 afsnit er indførelse af auditeringssystem. Vi har afholdt 4 audits, hvor vi har gennemarbejdet 6 cases. Audit gennemføres ud fra cardexmateriale og journalmateriale samt vores opfølgende patientsamtale og der har allerede vist sig grundlag for værdifulde erfaringer, der kan medføre yderlig forbedring af kvaliteten af tvang.

”Tvang i praksis” er gennemført 3 gange i projektperioden med fine evalueringer og er medvirkende til at højne kvaliteten af personalets indsats og give personalet en fælles kultur ved at de implicite kriterier gøres eksplicite og derved også en forbedring af samarbejdet afsnittene imellem.

Implementerede / spredte forandringer

1. Opfølgende patientsamtaler
2. Auditeringssystem
3. Tvang i praksis temadage.

Spredningsansvarlig i Fyns Amt er Isabel Gindeberg, Middelfart. På LS3 i Nyborg var vi samlet og satte det mål ”Småt, men godt, det skal være realistisk”.

Målgruppen for spredningsarbejdet er de 4 psykiatriske afdelinger i Fyns Amt.

Foreløbig strategi er, at Isabel på Lederkollegiemøde vil høre alle afdelingsledelser i forhold til egne overvejelser samt der skal vælges lokale tovholdere.

Teamet deltog på udviklingsdag om spredning 13/9 05.

Lokal spredning vedrørende audit: Vi har planlagt halvårlige nyhedsbreve fra auditgruppen samt udarbejdelse af årsrapport.

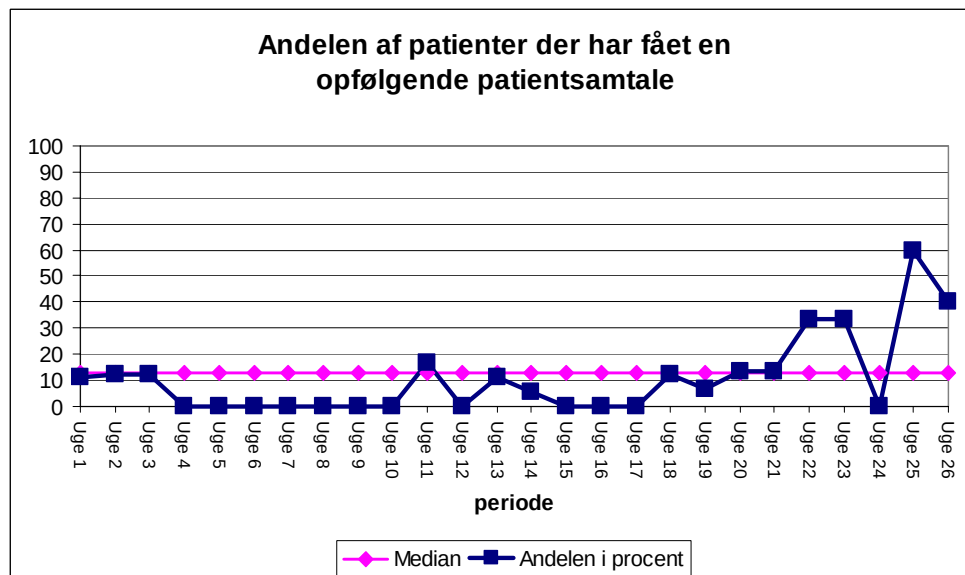
Fortsat afholdelse af Tvang i praksis kurser.

Resultat

Gennembrud i projektperioden: Opfølgende Patientsamtale:

Implementering af opfølgende patientsamtale startede 1.maj 2005 svarer til uge 18.

Resultatet for alle 4 afsnit:



Kommentar:

Opfølgende Patientsamtale:

1. Outcomemål: 100 % af de patienter, der har været udsat for tvangsfikseringer/fået beroligende medicin med tvang får tilbudt opfølgende patientsamtale og mindst 50 % af disse gennemfører denne.

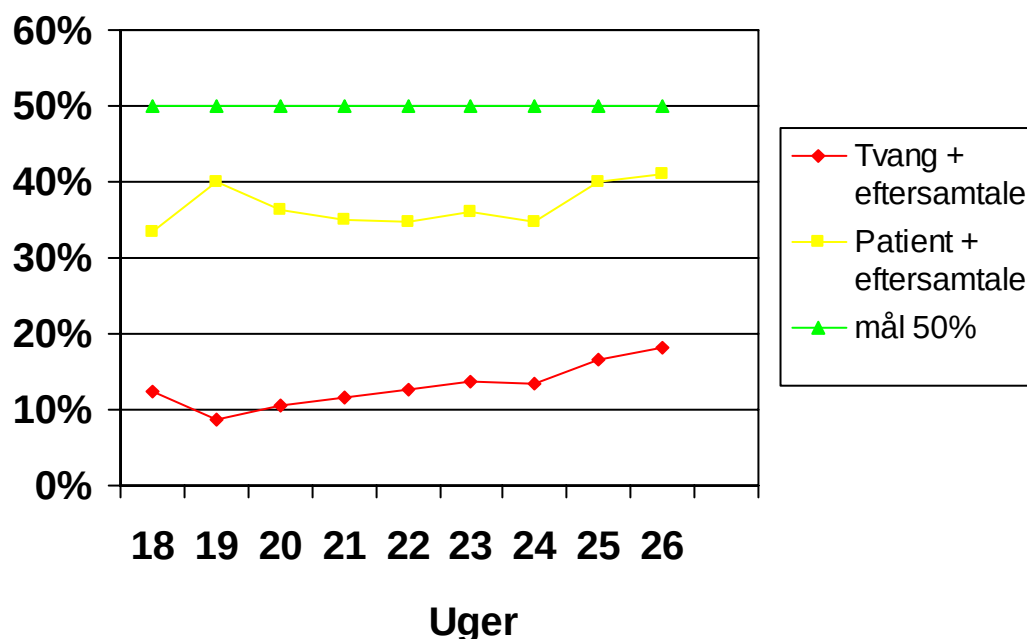
- Samtalen forventes at vare 20 min.
- Samtalen skal afholdes når patienten er løsnet af bæltet/givet beroligende medicin med tvang.

Det vil mest hensigtsmæssigt være tidligst 1 døgn efter, senest 4 døgn efter tvangsfikseringen/fået beroligende medicin med tvang.

Ugerne 1-18 er testperioden, hvorfor der er afholdt få samtaler. Implementeringen er startet fra uge 18 og herefter er der et stigende antal opfølgende patientsamtaler. Stigningen er ikke signifikant. Medianen, det gennemsnitlige opnåede resultat for perioden, er for hele perioden er 12,5 %, men uge 22 + 23 gennemfører 33 % opfølgende patientsamtale og uge 25 hele 60 %. Vi vil fortsat registrere antallet af afholdte opfølgende patientsamtaler og forventer at de 50 % vi har sat som mål for afholdte opfølgende patientsamtaler er realistisk. Den formelle registrering er stoppet med projektperiodens udgang 30/6 05, men en intern optælling viser at ca. $\frac{2}{3}$ af alle patienter siger "ja tak" og gennemfører opfølgende patientsamtale i perioden fra 30/6 frem til nu. P2 har dog det særlige forhold, at der er en del patienter (borderline), hvor det er hyppigt gentagne tvangssituationer i kortere perioder, så det opleves stadig, at en del, der siger "nej tak" til tilbuddet om opfølgende patientsamtale.

Herudover har vi valgt at sætte fokus på ugerne 18 -26, der er den egentlige implementeringsperiode. Nedenstående kurve viser opfølgende patientsamtaler i denne periode.

Opfølgende patientsamtale uge 18-26



Det kan fremstilles på 2 måder. For perioden som helhed har kun 19 % af tvangsepisoderne været efterfulgt af opfølgende patientsamtale. Da nogle patienter har været udsat for gentagne tilfælde af tvangsanvendelse, betyder dette at 40 % af alle patienter, der har været udsat for tvangsanvendelse har gennemført opfølgende patientsamtale. Vi har alene målt, hvor mange patienter der har været udsat for bæltefiksering/beroligende medicin med tvang og der så har gennemført opfølgende patientsamtale. Målet var 50 % og det opnåede resultat 40 %.

Opfølgende Patientsamtale:

2. Outcomemål:

- Vi forventer en bedring af patienttilfredsheden, således der sker en forbedring af andelen af "meget tilfredse" og tilfredse af patienter i undersøgelsesperioden (okt.-juni) som det ses i den gule patienttilfredshedsundersøgelse.
- Vi forventer, at interviewresultaterne vil underbygge auditsystemet med målbare elementer.

Ad. Den gule patienttilfredshedsundersøgelse: Det er kun patienter fra P2, der har indsendt tilstrækkeligt med svarskemaer til at der har kunnet gennemføres en særskilt kørsel på resultaterne. Derfor er det alene P2s resultat vi forholder os til. Denne opgørelse viser, at patienterne har oplevet udbytte af opfølgende patientsamtale og at udbyttet forbedres i løbet af projektperioden. Ad. Spørgsmål 7 "Har du haft en opfølgende samtale med personale efter tvangen"? Her svarer 40 % "Ja" i perioden okt.04- feb. 05, mens 75 % svarer "Ja" i perioden marts 05-juni 05.

Ad. Spørgsmål 8 "Fik du udbytte af den opfølgende samtale"? Her svarer 50 % "Ja" i perioden okt. 04-feb. 05, mens 75 % svarer "Ja" i perioden marts 05- juni 05.

Ad auditsystemet: Opfølgende patientsamtale indgår allerede i audit og patienternes bemærkninger om deres oplevelse af opfølgende patientsamtale indgår i audits samlede vurdering af tvangsepisoden og hermed den samlede kvalitetssikring.

Auditeringssystem:

1. Outcomemål: Hver anden måned afholdes audit. Der gennemgås 2 sager.

De 4 afsnit, P2,P3,P5 + P8 deltager. Overlægerne fra de 4 implicerede afsnit udpeger indbyrdes en overlægerepræsentant. Afdelingssygeplejerskerne fra de 4 implicerede afsnit udpeger ligeledes en afdelingssygeplejerskerepræsentant.. Overlægen og afdelingssygeplejersken må ikke komme fra det samme afsnit. Der deltager herudover en personalerepræsentant fra hvert af de 4 afsnit, således audit består af i alt 6 personer. Der deltager en repræsentant for afdelingsledelsen. Der vil være mulighed for at indkalde ad hoc personer.

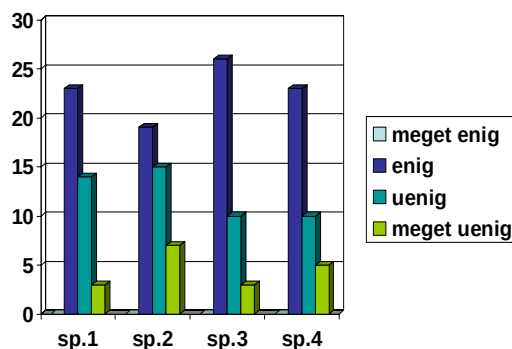
Målet er nået.. Siden implementeringen 1/5 har der været afholdt 3 audits, hvor der har været gennemgået 6 cases. Der er planlagt frem, således der afholdes audit med de deltagere, der er beskrevet i målet. Der er udarbejdet standard for audit og caseskema, som bruges som dagsorden for audit. Erfaringerne fra de første audits er gode og der er allerede sat fokus på flere områder, hvor vi kan arbejde med forbedringer, f. eks. i forhold til debriefing.

4. Outcomemål:

At 75 % af medarbejderne på de 4 afsnit vurderer at praksis i forhold til tvang er forbedret i forhold til projektstart. (registreres via internt spørgeskema = 4 spørgsmål + kommentarfelt). Blev afholdt maj 05.

Resultater præsenteret i grafer

Vi har foretaget en meningsmåling blandt plejepersonalet i de 4 afsnit maj 2005. Vi har postuleret at indsatsen i forhold til tvang er forbedret på 4 punkter og vi har spurgt ialt 101. Svar fra 43 = svarprocent: 42,8%



Grafen viser resultatet af en meningsmåling foretaget i blandt personalet på de 4 afsnit i maj 05. Svarprocenten er dog lav (42,8 %), så det skal tages med forbehold. Vi har planlagt, at gentage denne meningsmåling i januar 2006, da implementering af opfølgende patientsamtaler og audit så har fungeret i ½ år. Det vil kunne give et mere reelt svar.

Nedenstående viser de udsagn, som vi bad personalet tage stilling til.

Vi vil bede dig tage stilling til følgende udsagn. Sæt x der hvor du er enig/uenig.

1. Afdeling pt's praksis i forhold til tvang er generelt forbedret i forhold til juli 2004.

☐-----☐-----☐-----☐

meget enig

enig

uenig

meget uenig

2. Patientens oplevelse af tvang er forbedret efter vi har indført eftersamtale efter tvangsfikseringer/beroligende medicin med tvang.

☐-----☐-----☐-----☐

eget enig

enig

uenig

meget uenig

3. Ved at tilbyde patienten en eftersamtale efter tvangsfiksering/beroligende medicin med tvang, så har vi forbedret vores praksis i forhold til anvendelse af tvang siden juli 2004.

☐-----☐-----☐-----☐

meget enig

enig

uenig

meget uenig

4. Ved at indføre audit med fokus på afsnittenes tvangsfikseringer/beroligende medicin med tvang højnes den professionelle indsats i forhold til patienterne og som følge heraf forbedres vores praksis i forhold til tvang set i forhold til før Gennembrudsprojektet startede (juli 2004)

☐-----☐-----☐-----☐

eget enig

enig

uenig

meget uenig

Evt. kommentarer:

Auditeringssystem:

2. Outcomemål: At kunne registrere et fald i sager fra år 2004 til 2005, der indbringes for patientklagenævnet og hvor klageren får medhold.

I perioden 1/1 -15/9 05 har der været 3 klager over fikseringer, den ene blev dog trukket tilbage før mødet, hvilket betyder at der i realiteten kun har været 2 sager. I ingen af sagerne fik patienterne medhold.

Der har ikke været sager med klager om beroligende medicin med tvang.

I 2004 var der i alt 6 sager og patienten fik medhold i 2 sager. Vi vurderer at tallene er så små, at de ikke kan tillægges statistisk pålidelighed.

3. Outcomemål: Vi forventer ikke, at patienterne udviser tilfredshed ved at blive udsat for tvang, men at der opleves accept af tiltaget, således man kan registrere et fald i andelen af utilfredse i undersøgelsesperioden (okt-juni).

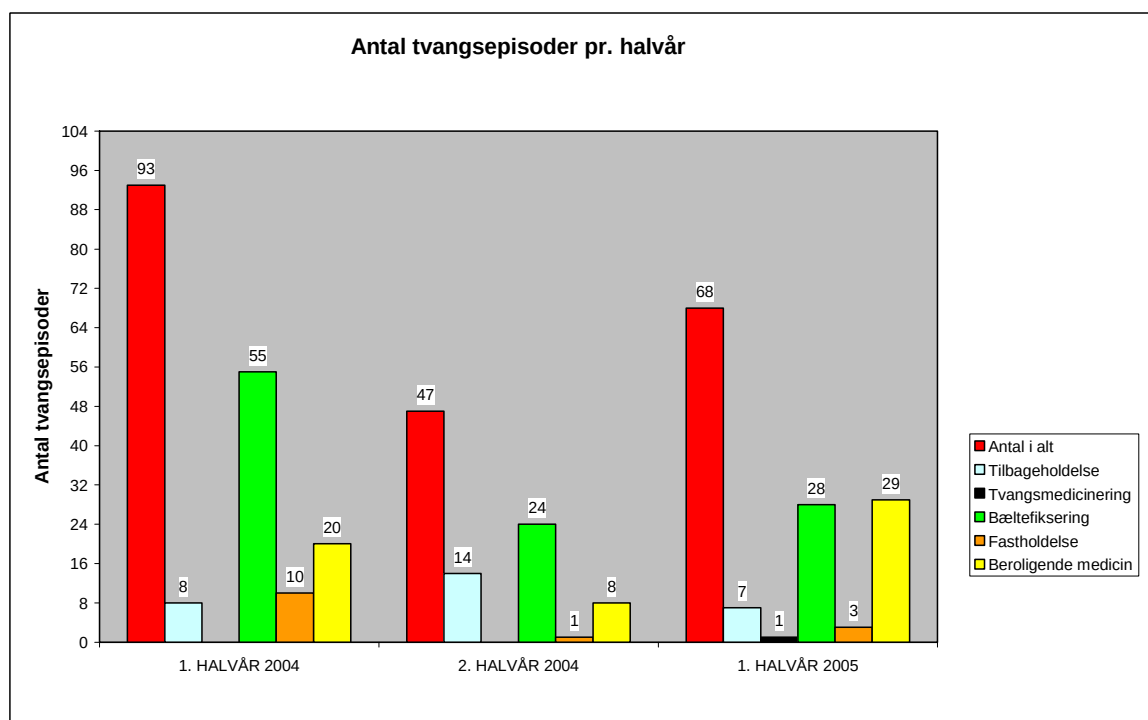
Den gule patienttilfredshedsundersøgelse, hvor vi som nævnt kun har modtaget svar i forhold til P2, viser overvejende et fald i utilfredsheden og tilsvarende stigning i andelen af patienter, der udtrykker tilfredshed. Som allerede beskrevet er der tilfredshed i forhold til sp.7 +8, men der ses også en forbedring i projektperioden vedr. sp.1, sp.2, sp.3, sp.5, sp.6, sp.9 og det dette må betragtes som rigtig godt. I forhold til sp.10 "Hvad er din samlede vurdering af personalets brug af tvang"? Her er svarene dog flyttet fra "det meget tilfredse" til "både godt og dårligt" og til "utilfreds", hvilket undrer, da det ikke stemmer overens med de øvrige besvarelser og det er der ikke umiddelbart en forklaring på.

Lokal målsætning

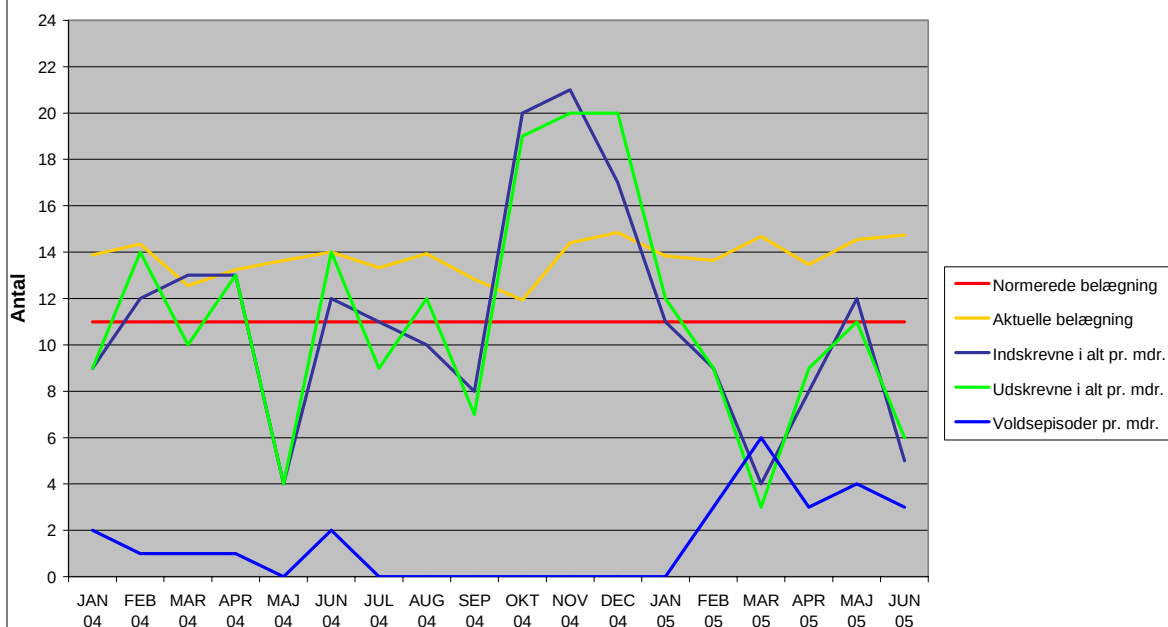
Vi har i vore lokale team fokuseret på 2 ud af 3 punkter i Gennembrudsprojektets målsætning og har ikke målrettet arbejdet med den sidste "minimere behovet for anvendelsen af tvang". Som ovenfor beskrevet er det vores vurdering, at vi har opnået målet i vores 2 fokusområder, hvilket vil sige, at vi har forbedret den patientoplevede kvalitet af tvang og vi har udviklet den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang.

I forhold til de data vi har modtaget fra det Nationale sekretariat, så finder vi ikke et entydigt billede for vores 4 deltagende afsnit. Vi vil her vise de 4 afsnits baggrundsdata samt opgørelsen over antal tvangsepisoder pr. halvår og dertil knytte enkelte kommentarer.

P2 Ungdomspsykiatrisk afsnit:



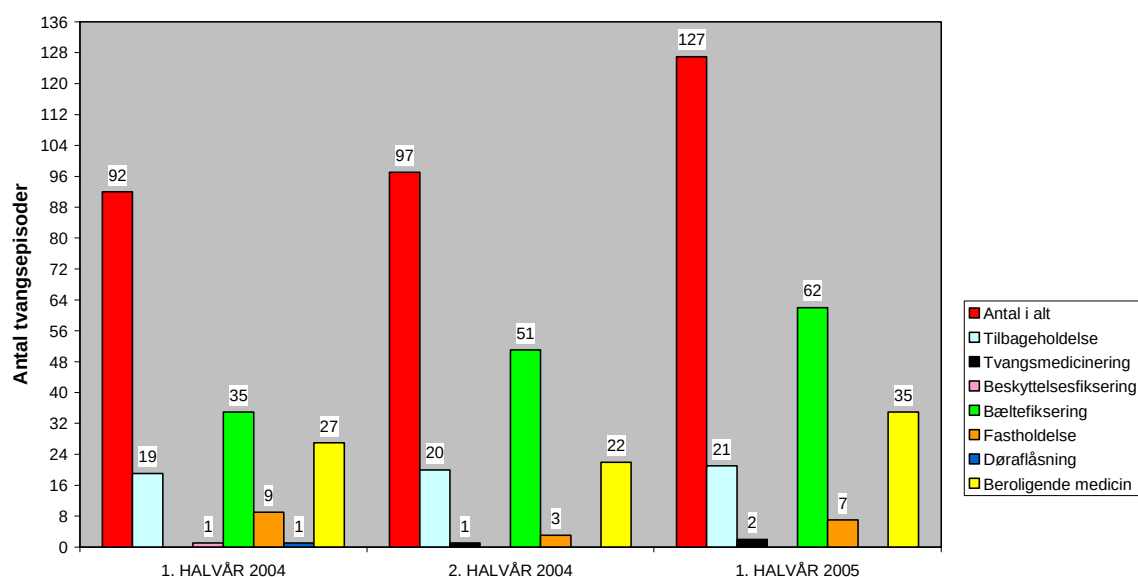
Kurvedigram over sengeafsnittets baggrundsdata



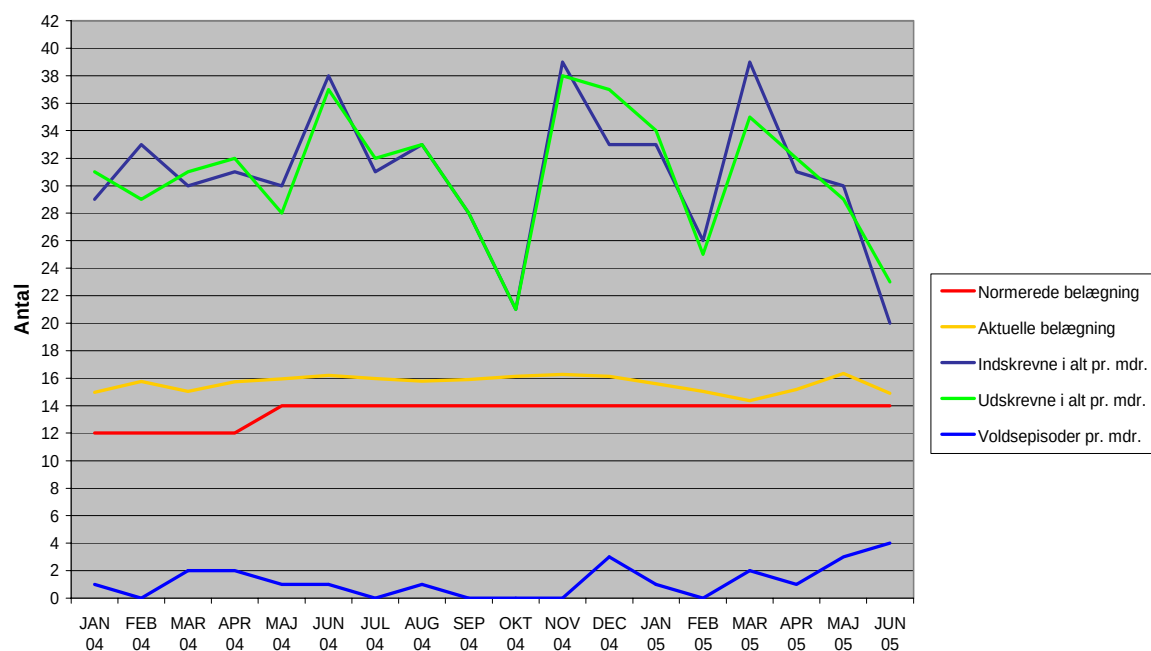
På P2 ses et fald i forhold til bæltefiksering fra 1.halvår 2004 til 1.halvår 2005. I samme periode ses en stigning i anvendelse af beroligende medicin, hvilket måske kan tages som udtryk for, at man er mere opmærksom på mindste middel princippet. Der er overbelægning i hele perioden.

P3 lukket akut afsnit.

Antal tvangsepisoder pr. halvår



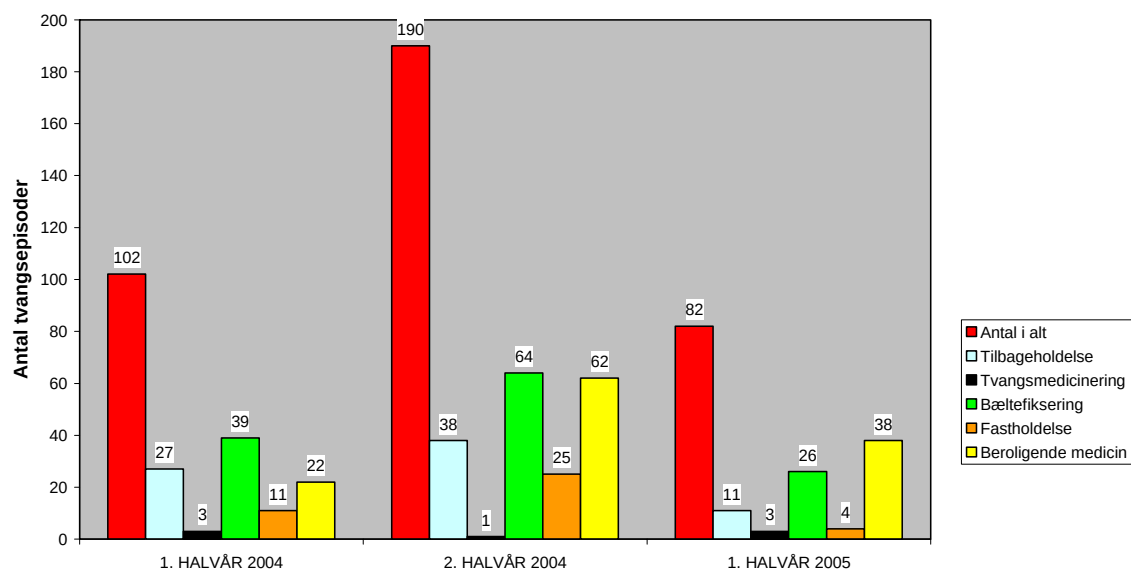
Kurvediagram over sengeafsnittets baggrundsdata



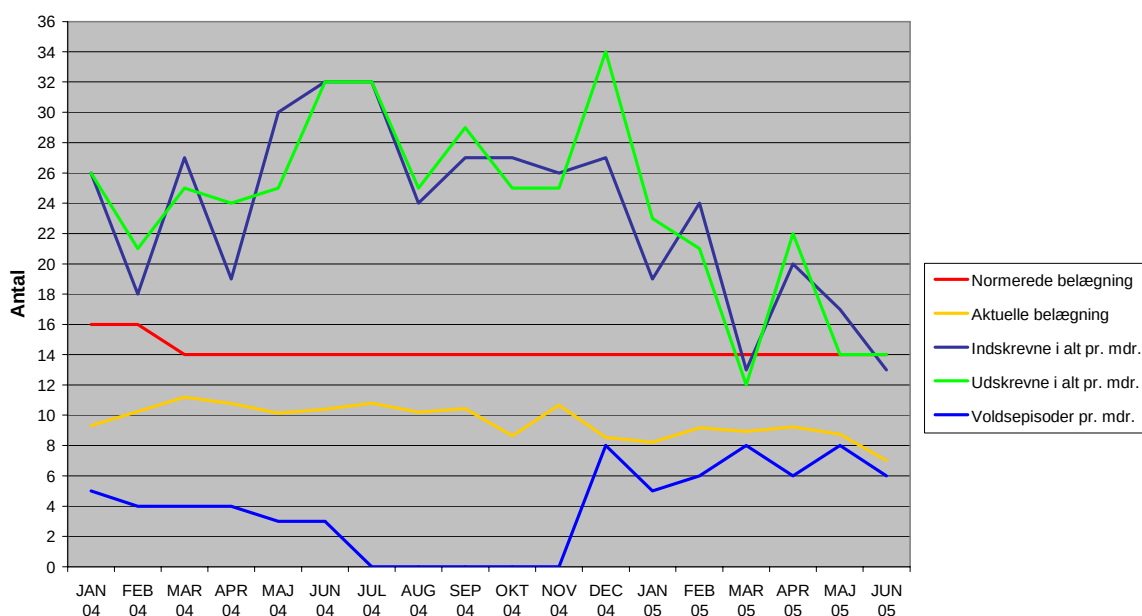
Der registreres en stigning i tvangsepisoder i perioden og der er overbelægning hele perioden. Vi formoder, at stigningen skyldes patientgruppens sammensætning bl.a. at man har mange patienter med blandingsmisbrug og psykotiske gennembrud. Afsnittet har mange indlæggelser/udskrivelser hver måned. (mellem 21 og 39 hver måned)

P5 Lukket akut skizofreniafsnit

Antal tvangsepisoder pr. halvår



Kurvediagram over sengeafsnittets baggrundsdata

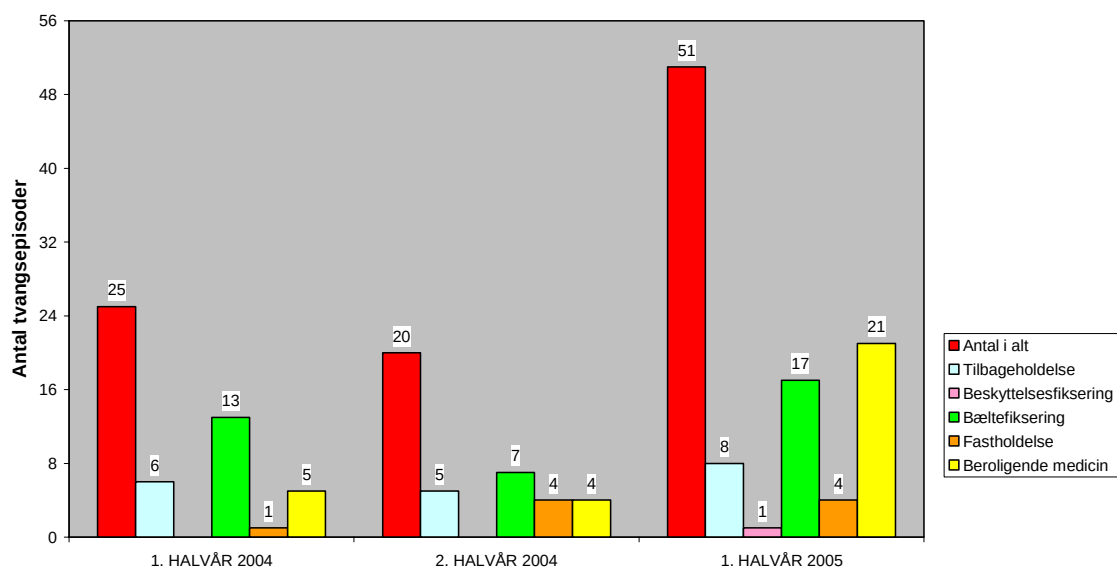


P5 er i hele perioden belagt under normering. Der ses en positiv udvikling antal af tangsepisoder. Der ses et fald i tvangstilbageholdelser og bæltefikseringer og en stigning i anvendelse af beroligende medicin med tvang, hvilket ligesom på P2 måske kan skyldes en øget fokusering på mindste middel princippet.

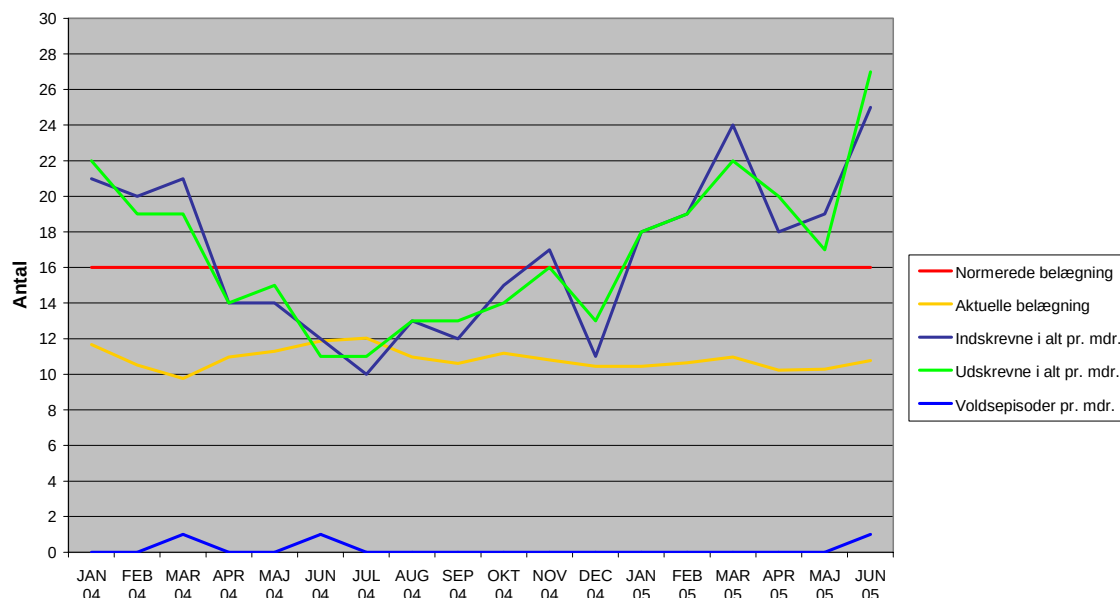
Vi registrerer en stigning i voldsepisoder i 1.halvår 2005, hvilket skyldes få patienters voldelige adfærd.

P8 åbent affektivt afsnit med 4 lukkede senge

Antal tvangsepisoder pr. halvår



Kurvediagram over sengeafsnittets baggrundsdato



Afsnittet er belagt under normering i hele perioden., ligesom der næsten ikke registreres nogle voldsepisoder.

Der ses en ret stor stigning i anvendelse af beroligende medicin med tvang, hvilket nok skyldes samme forklaring som på P2 og P5, at man måske har fået mere fokus på mindste middel princippet. Der ses dog samtidig en mindre stigning i antallet af bæltefikseringer.

Kommentarer til procesarbejdet

Vi har gennemført 16 projektmøder a 2 timers varighed i projektperioden. Derudover har vi afholdt 1 hel temadag med deltagelse af konsulent Lea Nørgaard Bæk og afdelingsledelsen deltog halvdelen af dagen.

Der har været afholdt 3 3-timers møder i auditgruppen.

Der har været afholdt 2 fyraftensmøder for personalet fra de 4 afsnit.

Teamet har deltaget i alle telefonkonferencer.

Der har været deltagelse af hele teamet på alle "Tvang i praksis" temadage.

Et teammedlem har brugt 2 timer pr. måned til databehandling.

Et teammedlem har i hele projektperioden brugt 6 timer pr. uge til referater, beskrivelse af PDSA-cirkler, månedsrapporter mm.

Der har været brugt tid på alle 4 afsnits personalemøder hver måned til orientering.

Der har været orientering på afdelingssygeplejerskemødet ca. hver anden måned.

Der har været orientering i MED-udvalget.

Ændringer i organisationen i projektperioden:

1. 1 medarbejder har opsagt sin stilling og medført personaleudskiftning i teamet.
2. Byggesag i hele afdeling P: Et teammedlem har ledende funktion i denne og i forbindelse

med afsnitsflytning har denne medarbejders tid været låst i dette.
3. Skiftende arbejdstider og vagtdækning og sygefravær i perioder.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det har været meget spændende at arbejde med tests af forandringstiltag på småskalaniveau, at få tilpasset ideer, der kommer fra forandringskataloget eller andre team. Det har været inspirerende at deltage i læringsseminarierne og udveksle erfaringer med de andre team. Det har været givende at høre om de forandringstiltag, der foregår i de andre teams. Vi har ikke benyttet os af ”Gennembrudsforum” i særlig udstrækning pga. tidsmæssige begrænsninger.

Teamets struktur, hvor der har deltaget en central ledelsesrepræsentant har været en fordel, da hun har haft mulighed for at koordinere, samle og skrive referat mv. Desuden har gruppen herved kunnet føle sig sikker på afdelingsledelsens opbakning.

Det sværeste ved at arbejde med Gennembrudsmetoden:

Det har været svært at finde tid i en travl hverdag og få koordineret mellem de 4 afsnit. Det at vi er startet i 4 afsnit samtidig har givet vanskelige betingelser og har været medvirkende til at de 4 kontaktpersoner i afsnittene har følt det tungt. Vi har forsøgt at afhjælpe dette ved at etablere sparringspartnere i afsnittene, men det er kun lykket i 2 afsnit.

Samlede erfaringer:

Projektets rammer, indlæring af metode har fyldt meget i forhold til det indholdsmæssige. Der har været stor opbakning fra afdelingsledelsen, men det har knebet på afsnitsledelsesniveau, dvs. afdelingssygeplejersker og overlæger. Dog har en overlæge haft et stort engagement i arbejdet. Kontaktpersonerne har derfor en oplevelse af at have stået noget alene i forhold til synliggørelse og implementering.

Retrospektivt mener vi, at processen ville have været nemmere, hvis vi havde valgt at deltage med et afsnit, men af hensyn til vores auditeringssystem var det nødvendigt med deltagelse af de 4 afsnit og da det tegner til en succes, må vi konkludere at det har været besværet værd. Vi har erfaret, at tidsforbruget kunne spredes til 4 afsnit og så ikke kun belastede et afsnit. Derudover har det betydet, at spredningen er sket løbende i processen.

Det videre arbejde...

Audit: Der er blevet afholdt møde med afdelingsledelsen i september 05. Planen er, at audit etableres som en fast struktur i afdeling P med møder hver anden måned og halvårslige nyhedsbreve. Der skal herudover udgives årsrapport. Etableres som en matrixorganisation på tværs af de 4 afsnit med mandat fra afdelingsledelsen.

Tvang i praksisarbejdsgruppen: Denne arbejdsgruppe vil danne ramme om det videre arbejde. Gruppen får til opgave at fastholde opfølgende patientsamtale og evaluere disse. Derudover skal gruppen være ansvarlig for at videreudvikle og implementere de forbedringer, der forventeligt udspringer fra audit.

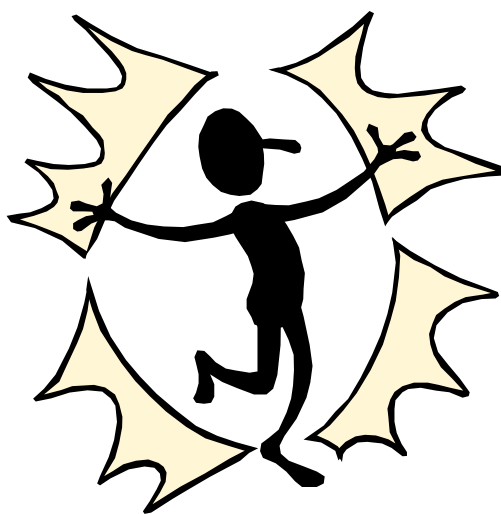
Eftersamtaler: Personalet i afsnittene skal have en tilbagemelding på disse. Arbejdsgruppen er ansvarlig for dette. Alle svarskemaer gemmes i respektive afsnit og indgår i audit. De 4 teammedlemmer vil fremlægge resultaterne på respektive personalemøder.

Hele Gennembrudsprojektet: Resultater og proces skal fremlægges på Rådgivende ledergruppe i afdeling P oktober 05 af overlæge Kim Balsløv og afdelingssygeplejerske Lene Granhøj



Gennembrudsprojekt

Team Ribe



Slutrapport

Team	Team Ribe Amtssygehuset ved Ribe Retspsykiatrisk Afsnit R4 Ribevej 27 6760 Ribe Tlf.: 79 88 53 60
Teammedlemmer	SSA Per Schmidt SSA Connie Sylvestersen Afd. Sygepl. Dorith Lorenzen Overlæge Niels Ljungberg
Beskrivelse af afsnittet	Retspsykiatrisk afdeling med 12 sengepladser og en normering på 27 stillinger.
Resumé af resultater	Teamet har arbejdet målrette med at reducere antallet af verbale trusler og vold med 20 %. Ud fra de nuværende statistiske materiale kan vi vurdere at målet er nået

Lokal målsætning og lokale mål

Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål

Team Ribe har i perioden arbejdet målrettet med at øge aktivitetstilbudene i dagligdagen, med henblik på at reducerer antallet af trusler og vold.

Desuden har vi haft fokus rettet på at tilbyde aktivitet frem for PN medicin. For at se om man via aktivitetstilbud kan begrænse PN forbruget.

Outcome mål:

Reducere antallet af verbale trusler med 20 % i projektperioden, via øget aktiviteter i afsnittet.

Øge aktivitetstilbudene med 20 %

Reducerer forbruget af PN medicin med 20 %

Procesmål:

Indkøb af forskellige former for spil både playstation og elektronisk dart, musikanlæg samt musik.

Målinger

Beskriv hvordan målingerne blev gennemført

Målingerne er blevet gennemført via daglige

Aktivitetsafkrydsningsskemaer

PN forbruget er indtegnet på grafer

Afkrydsningsskemaer for vold og trusler.

Afprøvede / testede forandringer

1. Nævn de mest succesfulde forandringstiltag der er gennemført i løbet af projektperioden, 2. Nævn de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang på afsnittet/afdelingen

Det har været lærerigt for personalet at fokusere på aktiverne, og har givet os en indsigt på hvilken niveau vores patienter befinder sig.

Der nok har været for store forventninger til hvad patienterne hos os kan klare, det er blevet meget klart at deres koncentrationsevne er meget kort, og at forskellige former for aktivering har størst succes om eftermiddagen samt først på aftenen. Det er heller ikke alle typer spil der er egnede for patientgruppen, det skal være "seje" spil der styrker deres maskulinitet.

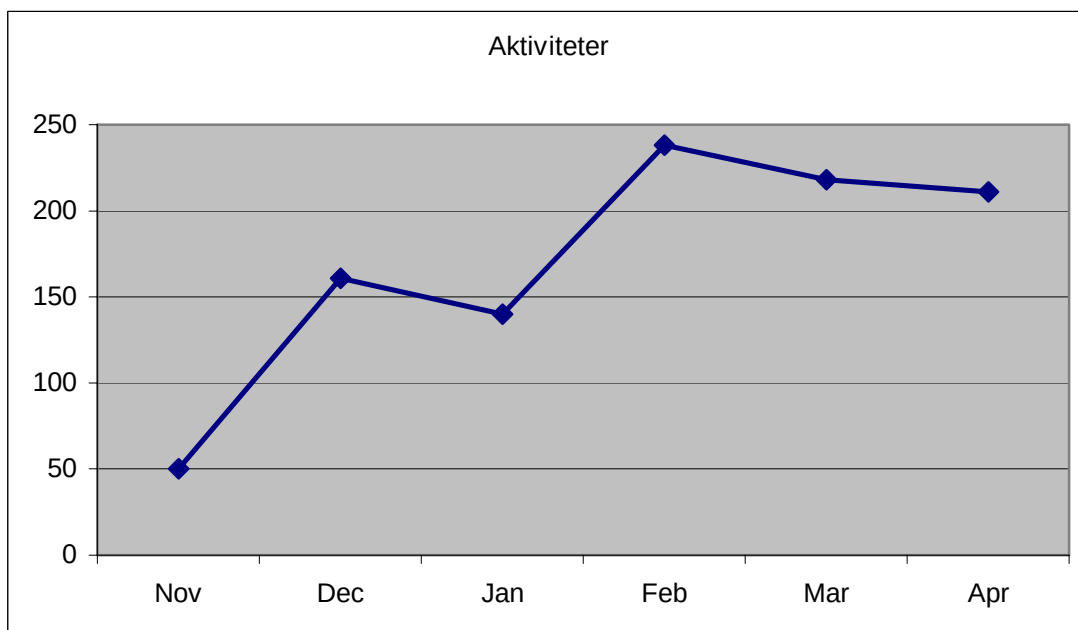
Implementerede / spredte forandringer

1. Hvilke forandringstiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden, 2. Beskriv igangsatte spredningsaktiviteter

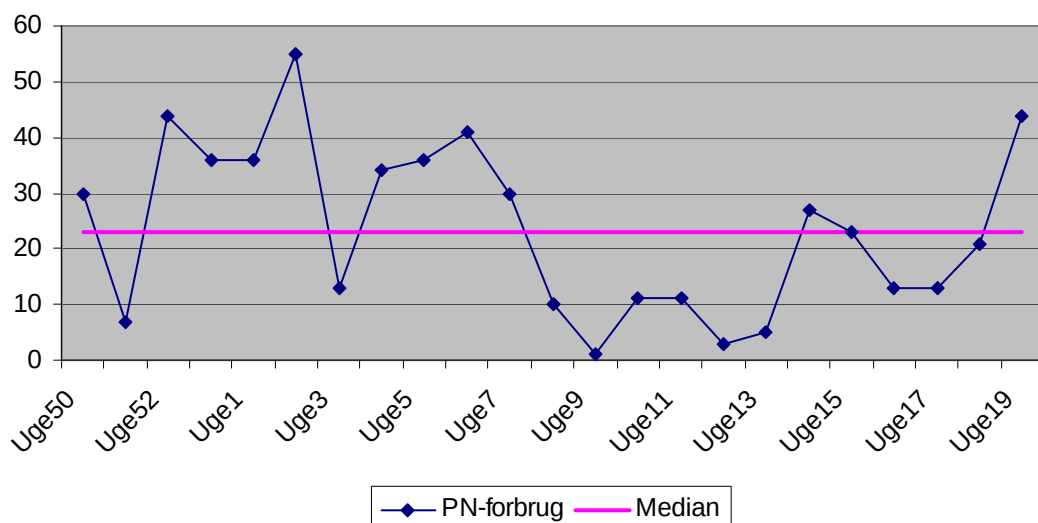
Mere fokus fra kollegers side på aktiviteter, der bruges i personalegruppen mere tid på aktiviteter med patienter frem for at tilbyde PN

Spredes også til nyansat personale.

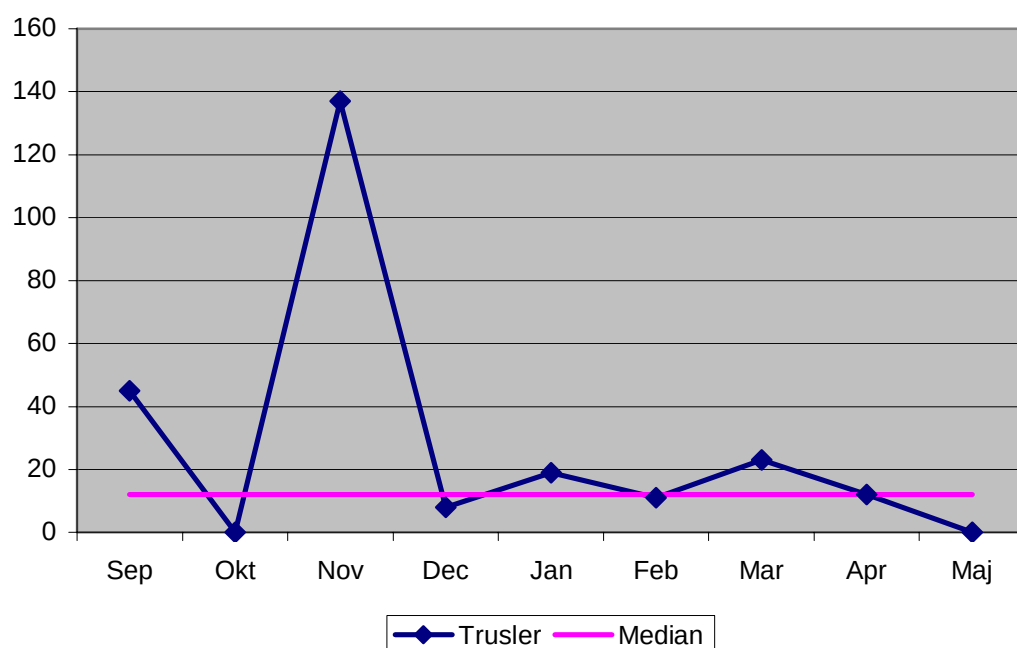
Resultat



Oversigt over PN-forbrug



Antallet af trusler mod personalet



Kommentarer til procesarbejdet

1. Beskriv rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden.(f.eks. hyppighed og tid til teammøder, frikøb af personale),
2. Beskriv væsentlige ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen (f.eks. personale, ressourcer m.m.)

Arbejdet med projektet har vi skulle finde plads til i den daglige arbejdstid. Ved fridage er gruppemedlemmer kommet ind for at deltage i møderne.

På grund af personaleudskiftning er gruppen først kommet rigtigt i gang efter 1. oktober.

Der har været en god mødedisciplin idet gruppen har afholdt møder hver torsdag eftermiddag. Af varighed på ca. 1-2 timer. Personalet i hele afsnittet har været meget positiv indstillet på hele projektet.

I maj måned er gruppen desværre blevet reduceret med 1 medlem på grund af andet arbejde.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

1. Beskriv hvad har været det mest givende ved at arbejde med metoden?, 2. Beskriv hvad har været det sværeste ved at arbejde med metoden?, 3. Beskriv hvad er jeres samlede erfaringer med at arbejde med metoden

Det har været interessant at få sat tal og forbrug på aktiviteterne. Det er ting som vi altid har gjort men som ikke egentlig har været synlige for os.

Det er også blevet tydeliggjort for os som personale at patienterne har været glade for flere tilbud men deres misbrug slår som oftest igennem idet aktiviteten gerne må være der, men behovet for PN alligevel er til stede når stoftrangen er stor.

Det har været meget tidskrævende at arbejde med de forskellige former for registreringer og tidspres for afleveringer når alt skulle ske i arbejdstiden.

Det videre arbejde...

Beskriv hvilke planer der er lagt for det videre arbejde med kvalitetsudvikling vedr. tvang. Såfremt der er indgået aftaler med ledelsen om det videre arbejde beskrives disse. Hvis ikke der er lagt aktuelle planer, beskrives de ønsker I som team har for det fremtidige arbejde.

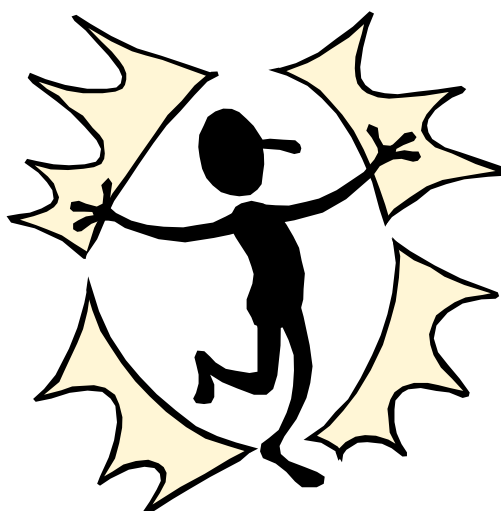
I vores arbejde med dette projekt har vi fokuseret på at reducerer patienternes verbale trusler samt stoftrang, og projektet har derfor ikke været helt sammenlignelige med de øvrige projekter. Som personale på en retspsykiatrisk afdeling har det været meget givende at rette fokus på aktiviteter, vi har fået en viden som vi da gerne vil videregive til andre retspsykiatriske afdelinger. Vores erfaring vil primært være nyttig for andre retspsykiatriske afdelinger, da vi ofte har vores patienter i lange forløb.

Som team har vi et ønske om at fokus fortsat må være på aktivering af patienterne. Vi planlægger en spredning til andre Retspsykiatriske afdelinger i foråret.



Gennembrudsprojekt

Team Rigshospitalet



Slutrapport

Team	Team ”Riget” Rigshospitalet Psykiatrisk Klinik afsnit O6201 Borgmester Jensens allé 55 2100 København Ø
Teammedlemmer	Inge Laugesen, Afd. spl., iml@rh.dk Merete Ceniuss Souschef, merete.cenius@rh.dk Lise Klingenberg Sygeplejerske, lise.klingenberg@rh.dk Carsten Stæhr, SoSu-Ass., carsten.staehr@rh.dk Lene Hougaard, Sygeplejerske, lene.wassard.hougaard@rh.dk
Beskrivelse af afsnittet	Afsnit 6201 er et lukket intensivt psykiatrisk afsnit med 11 sengepladser. Afsnittet er klinikens eneste lukkede afdeling, og vi modtager patienter til akut indlæggelse døgnet rundt – det gælder både frivillige indlæggelser og Tvangsindlæggelser. I afdelingen er ansat både mænd og kvinder. Der er i en almindelig hverdag et fremmøde på 5-6 i dagvagt, 4 i aftenvagt og 3 i nattevagt. Afsnittet arbejder efter en integreret miljøterapeutisk tanke og med kontaktpersonsordning og delvis kontaktlæge ordning.
Resumé af resultater	Team Riget har arbejdet inden for alle tre temaer i Forandringskataloget Tema 1 (forebyggelse af formaliseret tvang): ▪ Opdatering af husorden. ▪ Anskaffelse af aktivitetssvogn til både skærmede patienter og til bæltefikserede patienter. Tema 2 (Formaliserede tvangsepisoder): ▪ Observationsskema til bæltefikserede patienter. ▪ Retningslinier for fast vagt til bæltefikserede patienter. ▪ Registrering af perioder ”ude af bæltet”. ▪ Dette tiltag er fuldt implementeret, og skal snart spredes til de andre afsnit i huset. Tema 3 (opfølgning på formaliserede tvangsepisoder) ▪ Interviewskema til opfølgende samtaler efter: - Bæltefiksering. - Tvangsmedicin. - Fastholdelse. - Tvangstilbageholdelse. ▪ Manual til samtalerne. Teamet har i særlig grad arbejdet målrettet med opfølgende samtaler med patienterne efter udøvelse af tvang. Her viser de foreløbige resultater, at der er sket en forbedring i kontakten til patienterne omkring tvangssituationen. Der bliver talt mere åbent om tvang. Patienterne er meget positive overfor og interesserede i at medvirke til at forbedre tvangssituationerne.

Ud fra det statistiske materiale der er blevet udsendt fra kvalitetssekretariatet, ser det ikke ud til, at vi har formået at reducere det samlede antal tvangsepisoder i afdelingen. Vi kan se, at varigheden af den enkelte bæltefiksering er forkortet væsentlig.

Udover de tre temaer, har teamet udarbejdet et skema til registrering af vold og/eller trusler om vold mod personalet. Det umiddelbare resultat af disse registreringer viser, at tvangssituationer påvirker personalet følelsesmæssigt lang mere, end den enkelte rent kognitivt erkender.

Lokal målsætning og lokale mål

Lokale målsætninger:

- Vi vil forbedre praksis for de patienter, som under indlæggelse på psykiatrisk afdeling O 6201 har været udsat for:
 1. Tvangstilbageholdelse
 2. Tvangsbehandling
 3. Bæltefiksering
- Vi vil forsøge at nedbringe antallet af bæltefikseringer i afdelingen – samt reducere længden af den tid patienten ligger i bælte.

Procesmål:

- 100 % af de patienter der lægges i bælte, skal have et udfyldt og ajourført observationsskema
- 100 % af patienter, udsat for tvang efter skema 1, 2 og/eller 3 skal tilbydes en eftersamtale snarest muligt efter hændelsen – senest ved udskrivelsen.
- 90 % af eftersamtalerne foretages af kontaktpersonen.
- Alle interview anbringes i patientens sygeplejefjournal, og analyseres ved konferencer med henblik på justering af praksis til den enkelte patient
- Hvert halve år analyseres de 10 sidste eftersamtaler med henblik på eventuel justering af afdelingens generelle praksis.
- Bringe ”tvang” på dagsordenen ved hver dags rapport

Outcome mål:

- Reduktion i anvendelse af bæltefiksering med 25 %.
- Reduktion i varighed af bæltefikseringen på 25 %
- 75 % af patienterne skal være tilfredse med den tvang der er blevet udført.

Balancerede mål:

- » Registrering af vold, og trusler om vold i afdeling.

- » Registrering af sygefravær
- » Obs. På APV angående psykisk arbejdsmiljø.
- » Holde øje med hyppighed af anvendelse af andre tvangsforanstaltninger i afdelingen.

Målinger

Denne del af Gennembrudsprojektet har været meget vanskelig at gennemføre. Vi mener det kan tilskrives flere forhold. Den vigtigste er nok, at det ikke har været muligt at få tid og ro i afdelingen til at fordybe sig i denne meget vigtige, men også meget tidskrævende del af projektet. Derudover er det et område der et til dels ukendt i den daglige plejerutine i afdelingen, og derfor ofte bliver glemt.

Vi havde intentioner om at føre skema over afholdte eftersamtaler med patienterne – det lykkedes ikke trods flere forsøg med forskellige og ganske kreativt udarbejdede skemaer og tavler.

Vi har derfor af data i projektet de data, som er indsamlet og bearbejdet af kvalitetsafdelingen. Derudover har vi

- Afdelingens sygefraværs statistik.
- Registreringerne af vold og trusler om vold med personalet.
- Anmeldte skader.

Afprøvede / testede forandringer

Vi startede med at arbejde med eftersamtalerne, og udarbejde, med inspiration fra forandringskataloget, flere udkast for derefter at teste eftersamtaler. Vi endte med at have brug for følgende fire Interviewskemaer til opfølgende samtale efter bæltefiksering, tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, og fastholden/beroligende medicin.

I forbindelse med at andre personalemedlemmer, end selve Team Riget skulle afholde eftersamtalerne, viste der sig et behov for både undervisning og et skriftligt materiale om selve udførelsen af en eftersamtale. Vi udarbejdede derefter en manual til personalet med information om indhold og afholdelse af samtalerne, og afholdt flere møder og sygeplejekonferencer med eftersamtaler som omdrejningspunkt.

En meget positiv effekt vi har oplevet i afdelingen i forbindelse med Gennembrudsprojektet, er det formaliserede møde med patienten efter en tvangsforanstaltning. De områder hvor Vi har stor indflydelse på tvangen ex. Bæltefiksering, fastholdelse og beroligende tvangsmedicin har fået mere opmærksomhed og Vi giver en mere nuanceret pleje end før. Dette kan registreres i form af en større eftertænksomhed og en bedre aflæsning af patientens signaler. Vi kan se, at vi her kan få nytte af eftersamtalerne i fremtiden.

Det næste vi udarbejdede og testede var et observationsskema til bæltefikserede patienter og en vejledning til fast vagt ved den bæltefikserede patient. Skemaet blev udarbejdet på en sådan måde, at det retter sig mod den dokumentationsmodel der bliver brugt i sygeplejen på hele Psykiatrisk klinik (VIPS – modellen.)

Denne vejledning – og selve observationsskemaerne har undergået flere ændringer og fornyet tests, og har ikke fundet sit endelige endnu. Set helt overordnet, er dette tiltag det mest succesfulde, og bliver i dag brugt til alle patienter der bæltefikseres i afdelingen.

Observation af den bæltefikserede patient og den skriftlige dokumentation af forløbet, er blevet væsentlig forbedret, efter der er kommet øget fokus på patientens aktuelle tilstand og behov. Det er ikke helt til at vide med sikkerhed endnu, men vi har en formodning om, at patienterne hurtigere bliver forsøgt løsnet fra bæltet – end tidligere. Efterfølgende har det statistiske materiale fra kvalitetssekretariatet vist, at vi generelt har formået at reducere varigheden af bæltefikseringen af den enkelte patient.

Implementerede / spredte forandringer

Vi har implementeret følgende:

- Husorden.
- Observationsskema til bæltefikserede patienter – inkl. registrering af perioder ude af bæltet.
- Vejledning til fast vagt til bæltefikserede patienter.
- Vejledning til tilkaldt personale fra andre afdelinger.
- Ændret skema i sygeplejebogen omhandlende patientens frihedsstatus.
- Eftersamtaler med patienterne efter en tvangsforanstaltning.
- Registrering af vold eller trusler om vold mod personalet.

Meget snart bliver aktivitetsvognen implementeret som en fast bestanddel i afdeling til brug hos patienter der er skærmede eller bæltefikserede.

Vi har i perioden informeret via møder og nyhedsbreve, klinikken om Gennembrudsprojektet – og vores arbejdsområder. I forår 2006 er det planen at starte spredning af, i første omgang 2 tiltag – observationsskemaer til bæltefikserede og eftersamtaler med patienten efter tvang, til alle H:S psykiatriske afdelinger.

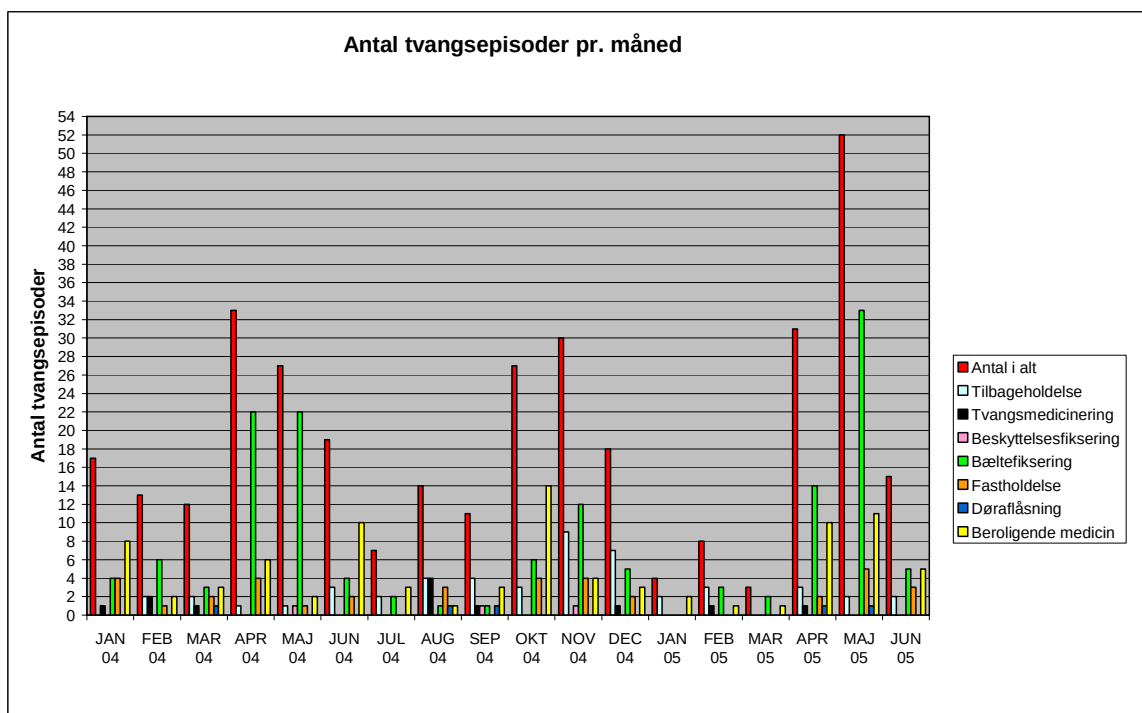
Resultat

Denne del er desværre ikke udført så vi entydigt at komme med et resultat af afdelingens deltagelse i gennembrudsprojektet. Vi kan dog ud fra materiale sendt fra kvalitetsafdelingen se følgende tendenser – hvilket også understøtter vores egen formodning.

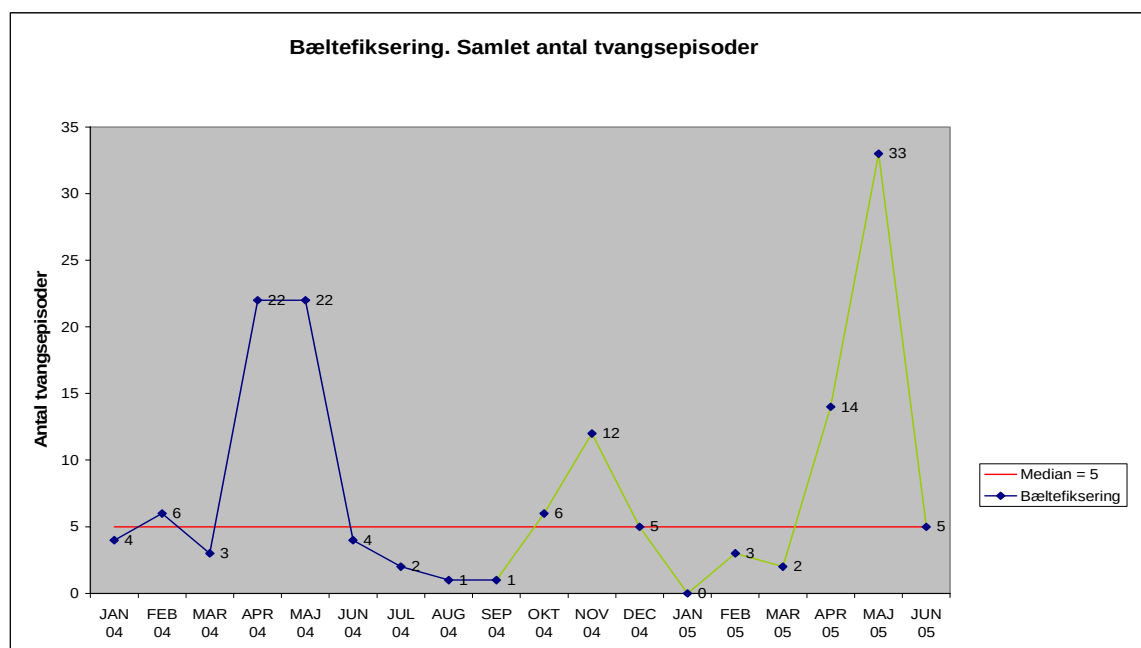
Afdelingens deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen ”Hvordan har du oplevet personalets brug af tvang” har vi et materiale på 17 besvarelser. Det er ikke let entydigt at udtrække noget af de svar vi har fået – dog kan vi se, at ca. halvdelen af patienterne ikke føler sig tilstrækkelig informeret om tvangsforanstaltningen, og at over halvdelen af besvarelserne viser, at patienten havde den opfattelse, at tvangen kunne have været undgået. Disse oplysninger vil vi inddrage i vores fremtidige tiltag for at mindske brug af tvang i afdelingen. Vores mål var at 75 % skulle være tilfreds med den tvang de var blevet udsat for – det mål har vi ifølge undersøgelsen ikke nået.

De tre figurer Vi har valgt at medtage, er en samlet oversigt over de tvangsforanstaltninger der har været i afdelingen, og specifikt om bæltefiksering.

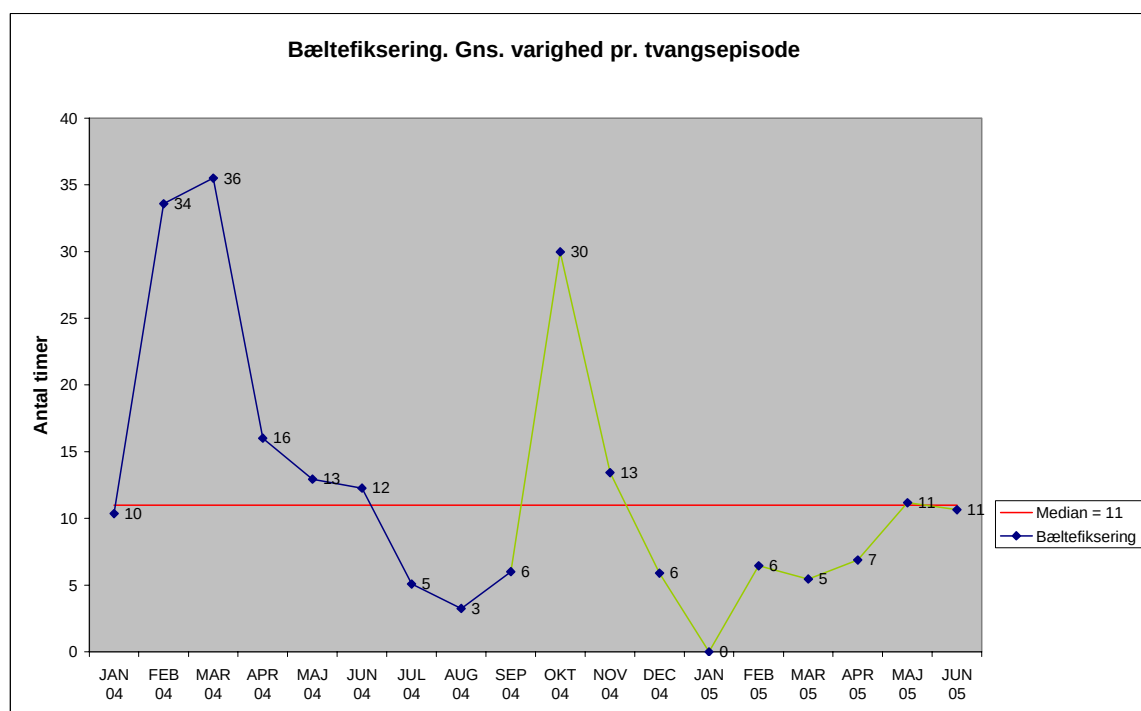
Den første figur viser det samlede antal tvangsepisoder - fordelt på 7 forskellige handlinger - pr. måned over 1½ år. Søjlerne viser at tvangsepisoderne er koncentreret om måneder hvor alle søjler, undtagen beskyttelsesfiksering, stiger – hvorefter de falder væsentligt. Dette kan tilskrives overbelægning, og enkelte patienter. Der er ingen udsving i personalet sygdom. Dog, i maj – juni og juli 2005 steg sygefraværet til over 12 % hvor det normale gennemsnit er 6,5 %. I samme periode var patient flow i afdelingen højt – det kan have haft indflydelse på roen og støjniveauet i afdelingen.



Den anden figur viser det samlede antal bæltefikseringer over 1½ år. Som det fremgår her, har vi ikke nået vores mål med at reducere anvendelsen af bæltefiksering med 25 % i projektperioden. Vi har efterfølgende undersøgt de måneder der topper med anvendelse af bæltefikseringer. Det viser sig, at stigningerne overvejende kan tilskrives enkelte patienter.



Den sidste figur vi medtager viser bæltefikseringernes samlede varighed pr. tvangsepisode – fordelt over projektperioden. Målet var at reducere varigheden med 25 %. Resultatet viser, at varigheden generelt er faldende.



Kommentarer til procesarbejdet

Rammer og vilkår for arbejdet i projektgruppen:

Vi har haft den tid til planlægningsarbejdet og udarbejdelse af materiale, som vi har haft behov for. Vi har kunnet samle hele teamet til hele arbejdsdage, hvilket har været medvirkende til at

holde projektet i gang. Vi har haft frie hænder til at arbejde med projektet, og har derfor haft en kort vej fra udarbejdelse af materiale til afprøvning.

Ændringer i projektperioden m.h.t. ændringer i organisationen:

Vi har haft problemer med at få tværfagligheden ind i gruppen. Vi har skiftet overlæge i afdelingen, og den psykolog der var tilknyttet projektet, har af arbejdsmæssige årsager måttet forlade gruppen.

Det mest givende ved at arbejde med gennembrudsmetoden:

At arbejde med gennembrudsmetoden har betydet en forandring i relationen mellem patient og personale vedrørende tvang – og personalet imellem i forbindelse planlægning af tvang for den enkelte patient

Det at fokusere på tvang, rykker ved hvordan man tænker om tvang.

Det har været inspirerende at læse i forandringskataloget. Det har givet, og giver mange ideer. Det er smart at man ikke selv skal opfinde den dybe tallerken hver gang!

Læringsseminarerne har været et godt samlingsforum – der har været nogle gode teoretiske indlæg, og det har været godt for gruppeprocessen – Team spirit. Rammerne for læringsseminarerne har været gode, og lederne af seminarerne har at være inspirerende.

Vores kontaktperson Britta Ravn har været en god samarbejdspartner, og formået at lægge et niveau i projektet hvor vi har kunnet arbejde.

Det sværeste ved at arbejde med gennembrudsmetoden:

Metoden har været langsommelig og meget detaljeret. PDSA-cirklerne er belastende, og passer ikke rigtigt ind til gruppens temperament. Det kan måske skyldes at metoden er amerikansk, og deres behov for at beskrive og dokumentere, er større end vores. Metoden kunne med fordel for os have været tilpasset et dansk læringsmiljø.

Der er et misforhold mellem de resultater og erfaringer vi hørte om på første læringsseminar, og så det vi har erfaret ved at arbejde med modellen. Implementeringsarbejdet i afdelingen og til personalet udenfor gruppen har været vanskeligt. Nye rutiner indføres ikke over en nat.

Forandringen ”skrider” nemt, hvis der ikke er en fra teamet på arbejde. Som alt anden implementering er projektet meget følsomt overfor ressourcemangel.

Første læringsseminar var meget komprimeret med nyt stof og høj hastighed. Det betød, at starten på projektet blev noget kaotisk.

Vores registreringsarbejde har aldrig fundet sin form – og brug af run-diagram er vi desværre aldrig kommet i gang med. Hvis det skulle have været en succes, skulle vi have haft hjælp direkte – og i afdelingen. Det formåede vi ikke selv at bede om.

For vores vedkommende, skulle der ikke have været nogen valgfrihed i målemetode og registreringsmetode – og så skulle undervisningen i dette have været prioriteret meget højt.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Ved at deltage i projektet har vi fået startet med at arbejde aktivt med tvang og forbedre af vores arbejdsrutiner i forbindelse med tvangsudøvelse.

Vi har været meget inspireret af at følge de andre teams arbejde – og at få et indblik i hvordan der arbejdes med tvang andre steder i landet. Vi har desværre ikke haft tid til at tage på studiebesøg, eller dyrke netværkstanke ret meget. Det håber Vi at kunne udnytte på et senere tidspunkt. Af samme grund vil det være en stor fordel, hvis der fortsat er en eller anden form for samling på Gennembrudsprojektet i forhold til tvang tilgængeligt på nettet.

De forskellige læringsfora – telefonmøder, seminarer og besøg i afdelingen har været meget givende og afvekslende. Teamarbejdet har fungeret vældig godt i perioder, men er meget følsomt overfor manglende ressourcer.

Månedssrapporterne har været et slid, men samtidig også en fastholden i ikke at tabe opmærksomheden på projektet.

Det videre arbejde...

Lokalt:

Vi skal bruge meget energi på at få implementeret de forandringstiltag der er sat i værk til at blive rutiner i afdelingen. Ansvarlige for det er Teamet. Vi har udvidet teamet med 2 personer – stadigvæk fra plejepersonalegruppen.

Bringe tvang på dagsordenen ved hver dags rapport

Vi har endnu ikke arbejdet med runchart – det vil vi opstarte så snart vi får mulighed til det. Både for at lære at arbejde med runchart – men også for at kunne følge med i, om vi fortsat formår at reducere den tvang der bliver udøvet i afdelingen.

2 personer er udvalgt til at opstarte denne del af at registreringen og er ansvarlig for at oplære andre til at kunne arbejde med runchart. Vi håber det lykkes.

Evaluering af udarbejdet materiale hver 3. måned.

En person i teamet får tildelt 2 timer pr. uge til at lave en audit på sygeplejefjournalerne, for at samle op på manglende interview etc.

Arbejde videre med at uddrage tendenser i de tilbagemeldinger vi får fra patienterne m.h.p. tilretning af plejen i afdelingen.

Fortsat være opsøgende for nye tiltag – idemappe, forandringskatalog etc.

Vi har fået bevilliget penge af psykiatrisk klinik til at indkøbe en aktivitetsvogn inkl. indhold. Vi er i gang med at indkøbe og indrette vognen.

Vi har derudover ”arvet” en boksebold. Vi vil i foråret se på de projekter med boksebold der er forløbet i Gennembrudsprojektet, og tilrette det vores afdeling.

Spredning til klinikken:

Via souschef og afdelingssygeplejersker orienterer de andre afdelinger. Være opsøgende når der er patienter der er blevet tvangsbehandlet, og tilbyde undervisning i brug af det udarbejdede materiale.

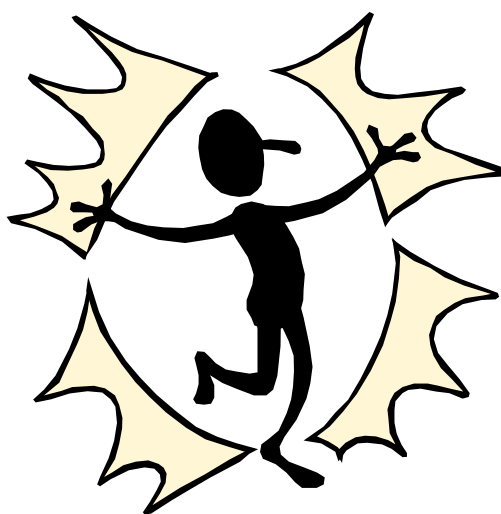
Spredning til H:S

Via den spredningsansvarlige. Dette arbejde går i gang i foråret 2006.



Gennembrudsprojekt

Team Roskilde



Slutrapport

Team	<i>TEAM ROSKILDE MIDT, afsnit 31 Amtssygehuset FJORDEN, Smedegade 10-16 4000 Roskilde tlf. 47 32 77 31</i>
Teammedlemmer	<i>Tormod Storå, 1. reservelæge Christian Andersen, plejer Jytte Seielsted, plejer Pia Lykke, sygeplejerske</i>
Beskrivelse af afsnittet	<i>Integreret sengeafsnit med 7 lukkede pladser og 7 åbne pladser. Nylig reorganiseret afsnit efter fusion af to små afsnit med hhv. 7 lukkede og 7 åbne pladser. Distriktsbaseret patientgruppe og lukket afsnit til et område svarende til ca. 80 indbyggere</i>
Resumé af resultater	<i>Hovedmålet der blev sat i projektet var at reducere antallet af tvangsfikseringer, hvilket er lykkedes i væsentlig grad i størstedelen af projektperioden. Derudover at indføre kvalitetsmæssige forbedringer af den gennemførte tvang og til det formål er der udviklet håndterlige redskaber i afsnittet.</i>

Lokal målsætning og lokale mål

Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål

Lokal målsætning: At nedbringe antallet af tvangsfikseringer og forbedre kvaliteten af den udøvede tvang

Outcome mål: - at reducere antallet af tvangsfikseringer med 50 %

Procesmål:

- at indføre eftersamtaler med tvangsfikserede patienter (100 %)
- udarbejdelse af andre redskaber til kvalitetsforbedring af anvendt tvang
- observans på antallet af internt og eksternt registrerede voldsepisoder i perioden

Målinger

Primære fokusmål har været reduktion af tvangsfikseringer og dette er opgjort ved anvendelse af tvangsprotokollerne i afsnittet.

Antal gennemførte eftersamtaler målt ved antal gennemførte samtaler i forhold til antal tvangsfikseringer.

Statistik over vold og trusler målt ved afsnittets sædvanlige registrering af sådanne episoder.

Afprøvede / testede forandringer

1. Nævn de mest succesfulde forandringstiltag der er gennemført i løbet af projektperioden, 2. Nævn de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang på afsnittet/afdelingen

Ad 1.

- A) Til sikring af at nødvendig information om afsnittet, regler og holdning, gives til patienterne, samt optimering af forskellige andre parametre af betydning under indlæggelse, blev udarbejdet en "check-liste" til anvendelse i journalen i forbindelse med indlæggelsessamtale, stuegang, konferencer og udskrivning.
- B) Udarbejdelse af bæltefikserings journal til registrering af en række parametre af betydning for den bæltefikserede patient og sikring af optimal observation
- C) Udarbejdelse af "fast-vagt-instruks" med klare linjer til f. eks eksterne rekvirerede vagter og observationsopgaver, hyppighed og afsnittets holdning.
- D) Udarbejdelse af skabelon til eftersamtaler i forbindelse med tvangsfikseringer.

Ad 2.

A) Det har ikke været muligt at pege på et enkelt af forandringstiltagene, der har haft størst betydning for den oplevede ændring. Dette skyldes primært, at vi især har haft fokus på tvangsfikseringerne og i størstedelen af den aktive projektperiode har vi så godt som ikke haft nogen tvangsfikseringer. Det har været vurderingen, at det især har været afdelingens fokus på området, der har haft den største betydning for reduktionen af antallet af tvangsfikseringer.

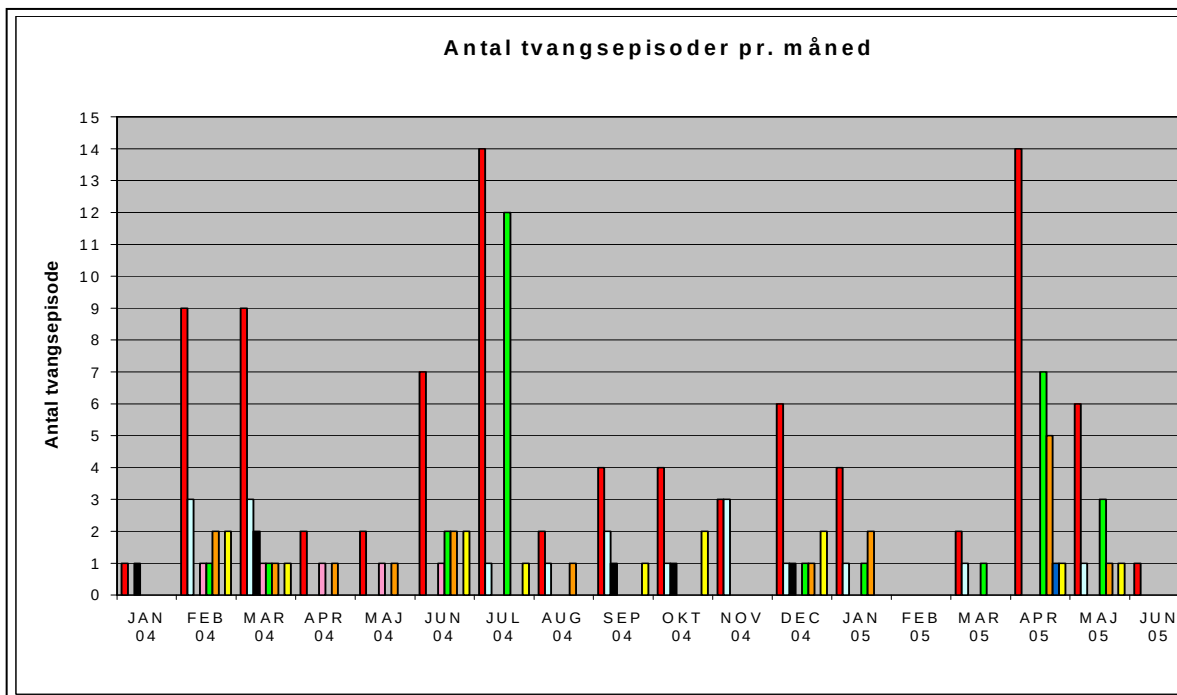
Implementerede / spredte forandringer

1. Hvilke forandringstiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden, 2. Beskriv igangsatte spredningsaktiviteter

- 1) Checkliste til optimering af forskellige vigtige parametre i forbindelse med indlæggelsesforløb
- 2) Skabelon og gennemførelse af eftersamtaler efter tvangsfiksering
- 3) Fastvagtinstruks
- 4) Bæltefikseringsjournal

Der er ikke igangsat lokale spredningsaktiviteter endnu, men der arbejdes med inddragelse af sygehusets øvrige lukkede afsnit.

Resultat



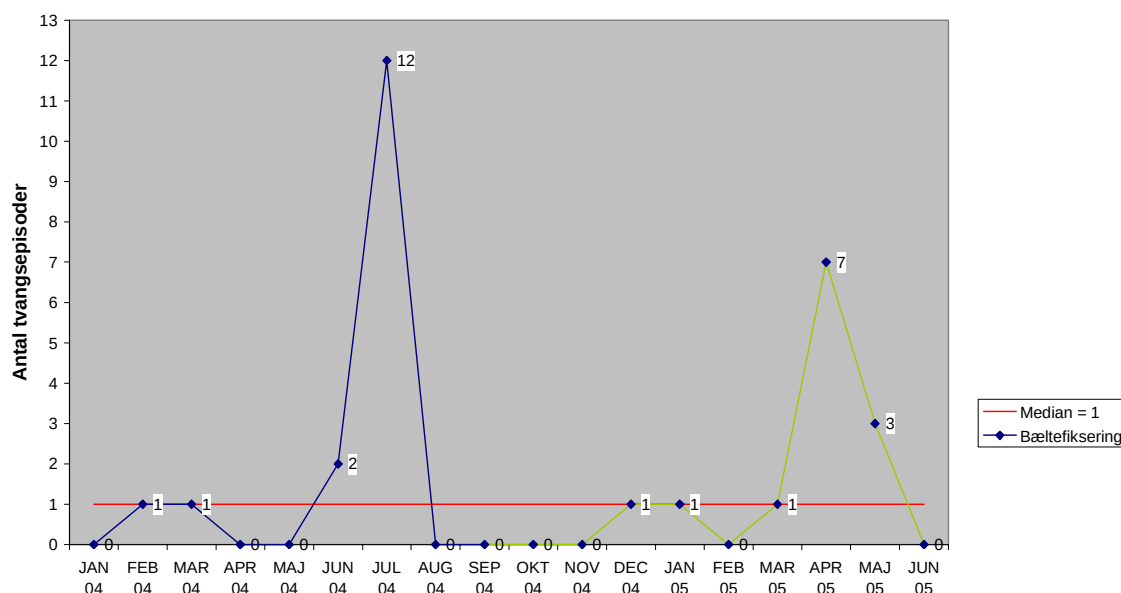
Selve projektperioden var fra medio august 2004 til sommeren 2005. Fokus har primært været på antallet af tvangsfikseringer. *Antallet af tvangsfikseringer i de første 7 måneder (sept-marts) var tre (3) mod 16 de forudgående 7 måneder. Dette har vi vurderet som en meget væsentlig reduktion som klart opfylder målene om reduktion med 50 %.* Ved sammenligning af te to halvår af 2004 (med første halvår som baseline) bliver billeder lidt anderledes, men dette skyldes et stort antal fikseringer i juli måned, som falder i sidste halvår, men dog før projektets start!

Der sker en væsentlig stigning i antallet af fikseringer i to af månederne i første halvår 2005, hvilket skyldes at afsnittet modtog én patient fra et andet afsnit, en patient, der havde været fikseret i en periode forud for flytningen og at der på grund af udtalt selvdestruktivitet tog nogen tid (og nogle tvangsfikseringer) førend afsnittet kunne håndtere dette på anden vis. Samme patient var på afdelingen resten af projektperioden.

Der kan være periodiske svingninger i antallet af tvangsfikseringer, så et halvt års base-line kan virke noget kort. Det kan til sammenligning nævnes, at afdelingen i året 2003 havde 99 tvangsfikseringer og i 2004 var der 17 tvangsfikseringer, hvoraf de 16 blev foretaget før projektets start – og at der i første halvår af 2005 var 12 tvangsfikseringer.

Det ses også fra grafen, at det samlede antal tvangsepisoder i størstedelen af projektperioden har generelt været lavere end svarende til baseline.

Bæltefiksering. Samlet antal tvangsepisoder



Fra august 2004 frem til og med marts 2005 var antallet tre enkeltstående fikseringer (hvoraf den ene var af ca. 10 min. varighed).

Kommentarer til procesarbejdet

Ved projektets start var der her på sygehuset tilmeldt to team, fra to forskellige afsnit, og da sygehuset havde fået tildelt fire pladser på læringsseminarerne, havde vi etableret to team med to medlemmer til at forestå projektet her på stedet. Dette viste sig at være en klar fejldisposition, formentlig med baggrund i en meget stor usikkerhed om hvordan Gennembrudsprojektet egentlig var tænkt gennemført.

Kort tid efter at projektet var gået i gang, blev det andet team her på sygehuset nødt til at melde fra pga. forskellige andre ting, og vi kom således ind i projektet med et meget lille team, og planlagt samarbejde og fælles mål med øvrige team gik tabt.

Det tog lidt for lang tid til vi fik reetableret et større team.

Der var ikke afsat særlig tid til projektarbejdet og ikke planlagt at nogen skulle frikøbes til projektet. Der var indledningsvis gangske stor usikkerhed omkring hvor tidskrævende projektet ville være.

Der har ikke været sekretær timer eller lign stillet til rådighed og rapporteringer og registreringer har været foretaget af team medlemmerne.

Teamet har afholdt og fået fri til teammøder ca. en gang om måneden, hvilket set i bakspejlet, har været for lidt.

Senere i projekt perioden trådte to af medlemmerne ud af projektet, idet de fik orlov fra afdelingen. Således har teamet kun i en meget begrænset periode været fuldtallig, hvilket også har været hæmmende for arbejdet.

Det har været gangske givet, at en del af usikkerheden indledningsvis har været forbundet med at dette gennembrudsprojekt har været det første af slagsen herhjemme, og at end del af de svar der søgtes ikke var muligt at få svar på.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

- ◆ Det mest givende har været selve processen i forbindelse med projektet og måden af kunne fokusere på enkeltheder og små delmål, men samtidig hele tiden at være i en proces på vej fremad.
- ◆ Det sværeste har været den store forskel der har været på de lokalt afsatte ressourcer og de centralt afsatte ressourcer. Sekretariatet har været meget aktivt og ihærdigt, og lokalt har ressourcerne været små. I perioder har man følt sig fuldstændig oversvømmet med materiale og opgaver fra centralt sted og i en kronisk fornemmelse at være ”bagud” med løsning af de forskellige gøremål. Dette ville have været anderledes, hvis man fra starten af havde været noget bedre informeret om projektets krav om ressourcer og en bedre balance her ville have gavnet.
- ◆ En meget anvendelig metode der med nødvendige ressourcer kan gøre store forskel på mange områder i organisationen.

Det videre arbejde...

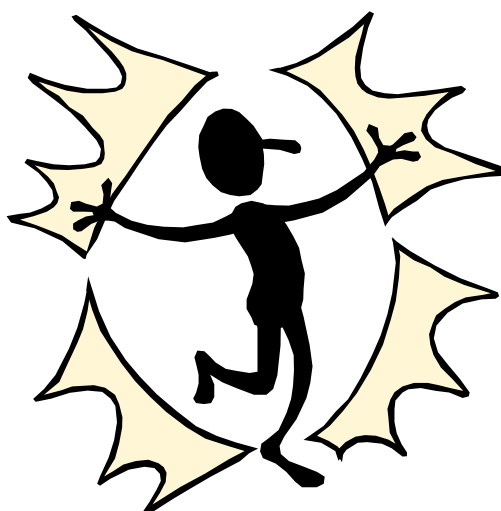
Der er ikke lagt konkrete planer for det videre arbejde med kvalitetsudvikling for tvang.

En af de vigtigste opgaver lokalt bliver spredning af ideer til andre afsnit samt et arbejde med videre implementering af udviklede instrumenter, som kun er afprøvet men ikke implementeret – og fastholdelse af de implementerede tiltag.



Gennembrudsprojekt

Team Viborg ung



Slutrapport

Team	Team Viborg Ung Søndersøparken 15, 8800 Viborg. Tlf.: 89 27 37 40
Teammedlemmer	<i>Afdelings spl. Kirsten Nøhr Andresen spbkna@vibamt.dk Overlæge Kirsten Ernen Beck SoSu Lotte Aastradsen Pædagog Rikke F. Bækgaard</i>
Beskrivelse af afsnittet	Åben akut ungdomspsykiatrisk modtagerafdeling. 8 sengepladser. Målgruppen er unge mellem 15- 20 år.
Resumé af resultater	Team Viborg Ung har i projektperioden primært arbejdet inden for Tema 1 og 3. Desuden har vi arbejdet med andre indsatsområder og forandringstiltag i forandringskataloget.

Lokal målsætning og lokale mål

Som deltagere i Det Nationale Kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien vil vi, Team Viborg Ung, i projektperioden arbejde med at forbedre afdelingens praksis vedrørende tvangsanvendelse. Vi vil forbedre den faglige kvalitet af tvang, den patientoplevede kvalitet af tvang og reducere brugen af tvang. Endvidere ønsker vi en erfaringsudveksling med de øvrige teams, som deltager i projektet.

1. Outcome mål:

Vi ønsker på sigt, at yderdøren åbnes dagligt mellem kl. 8.00-22.00, hvilket vi betegner som 100 % af tiden. I forhold til situationen i afdelingen, hvor yderdøren i henhold til baseline-data har været åben 0 timer, ser vi det som vanskeligt at nå dette mål i projektperioden. Derfor er det lokale mål i projektperioden, at yderdøren åbnes i 8 timer dagligt. Vi ønsker en åben yderdør med henblik på at reducere den patientoplevede tvang.

Procesmål:

- Døren åbnes gradvist på afdelingen startende med 1 time ad gangen.
- Der udarbejdes registreringsskema for, hvornår yderdøren dagligt er åben.
- Vi aftaler passende "åbningstid" af døren i vinterperiode og sommerperiode.
- Der udarbejdes procedurebeskrivelse for døråflåsning med hjælp fra Amtets jurist.
- Der indføres ændringer i vagtplanen i forhold til en "ganger" funktion, som er et personale der er tilgængelig i forbindelse med rapportgivning til aftenvagten.

2. Outcome mål:

Vi vil udvikle mundtlig og skriftlig information til patienter og pårørende om afdelingens muligheder for tvangsanvendelse i forhold til "Lov om tvang i psykiatrien", med henblik på at reducere afdelingens anvendelse af tvang med mindst 50 %.

Procesmål:

- Pjecen "Tvang i psykiatrien" fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet indhentes som skriftlig information.

- 100 % af patienterne informeres af afdelingens læger om afdelingens muligheder for tvangsanvendelse, ved indlæggelsessamtalen eller førstkommende samtale.
- 100 % af patienter udsat for tvang skal tilbydes eftersamtale max. 1 uge efter tvangens ophør.
-

3. Outcome mål:

Vi vil udvikle skærmningsprincipper i afdelingen, således at den akutte intensive periode opleves som tilfredsstillende for mindst 50 % af patienterne.

Procesmål:

- Materiale vedrørende skærmning indhentes.
- Der udarbejdes beskrivelse af afdelingens mål med skærmning samt uddybelse af skærmningsniveauer. Der beskrives endvidere aktivitetsmuligheder ved forskellige skærmningsniveauer tilpasset patientens diagnose og problematikker.
- I mindst 50 % af alle skærmningsforløb angiver patienten, at han/hun ser skærmningsforløbet som tilfredsstillende.
- Der udarbejdes spørgeskemaer til afklaring af patienttilfredsheden i forbindelse med skærmningen.

Målinger

Målingerne er blevet gennemført på forskellig vis:

- Data fra tvangsprotokollerne for hele 2004 er databehandlet af Det Nationale Sekretariat.
- Data omkring patienttilfredshed er blevet indsamlet via udlevering af det ”gule spørgeskema” og databehandlet af Det Nationale Sekretariat.
- Personalets parathed til forandringsarbejdet ud fra projektets og de lokale mål er afklaret via et spørgeskema. Patienternes tanker i forhold til at yderdøren låses op er løbende diskuteret på de ugentligt lovpligtige patientmøder.
- Der er dagligt registreret på skema, hvor mange timer døren til afdelingen har været låst op. Disse registreringer er indført i et runchart med ugentlige angivelser af timer hvor døren er låst op.
- Patienttilfredsheden med skærmningen i afdelingen registreres ved hjælp af spørgeskema.
- Eftersamtaler i henhold til det udarbejdede skema registreres internt i afdelingens PI-modul i EPJ.
- Spørgeskemaundersøgelse til afklaring af i hvilket omfang personalet vurderer, at der er sket forbedringer i forhold til praksis vedrørende tvang.

Afprøvede / testede forandringer

Succesfulde forandringstiltag:

1. Yderdøren til afdelingen er gradvist blevet låst op. Herved fungerer afdelingen nu som en åben afdeling med mulighed for aflåsning og skærmning.
2. Udarbejdelse samt implementering af procedure for døraflåsning af yderdøren.
3. Omorganisering af vagtplanlægningen i forhold til ”ganger”-funktion i forbindelse med eftermiddags-rapporten.
4. Udarbejdelse og implementering af skærmningsprincipper samt – niveauer. Herunder endvidere fokus på miljøterapeutiske aktiviteter under skærmning.

5. Indførelse af MusiCure til brug ved patienter hvor det skønnes relevant.
6. Eftersamtaler gennemføres efter tvang i henhold til skema 3.
7. Mundtlig information vedr. muligheder for tvangsforanstaltninger i afdelingen gives af afd. læger ved indlæggelse.

Forandringstiltag med størst effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang:

Afdelingens største og mest effektfulde forandringstiltag er, at vi er overgået fra at være en afdeling med låst dør til en **åben afdeling** med skærmet afsnit. Der har eksisteret en årelang tradition og kultur i afdelingen, som medførte at døren som en selvfølge var låst. Derfor har en stor del af teamets arbejde i projektperioden bestået i at arbejde med personalets holdninger og handlemønstre. Information og kommunikation til personalegruppen samt en struktureret planlægning har været af stor vigtighed. Det har været vigtigt at sætte fokus på de **juridiske aspekter** ved døraflåsning, samt at der er udarbejdet en **skriftlig procedure for døraflåsning**, således at døren kun låses i konkrete tilfælde, og at der føres tvangsprotokol skema 3. Patientgruppen udtrykker, at det virker mindre ”fængselsagtigt” at yderdøren er åben.

Et andet effektfuldt forandringstiltag er udarbejdelse af samt fokus på **skærmningsprincipper og -niveauer**. Der er udarbejdet skriftligt materiale som er implementeret i afdelingen. Den organisatoriske kvalitet er forbedret ved, at vi har fået fælles termer at arbejde ud fra i forhold til behandlingsteamet samt andre samarbejdsrelationer. Den faglige kvalitet er forbedret i kraft af en øget bevidsthed omkring betydningen og brugen af skærmning samt bedre dokumentation af plejen. Der arbejdes mere bevidst med aktivitetsmuligheder for skærmede patienter, ex. MusiCure.

Det tredje forandringstiltag, som vi vil fremhæve er arbejdet med **forbedring af information**. På afdelingen er der arbejdet med flere forskellige tiltag. Informationen til patienter og pårørende er forbedret i kraft af en informationstavle på gangen samt en holder til brochurer. Endvidere er der sat fokus på at patienter til indlæggelsessamtale informeres om afdelingens muligheder for at benytte tvangsforanstaltninger. Ved brug af tvang i henhold til skema 3 er der indført **eftersamtaler** til patienterne max. 1 uge efter tvangsepisoden.

En sideeffekt af at døren er åben samt den information om tvang der gives, er at der arbejdes målrettet med at afklare i hvilket omfang patienten er i stand til at indgå i samarbejde og bibeholde ansvar i forbindelse med en indlæggelse.

Implementerede / spredte forandringer

Implementerede forandringstiltag:

1. Yderdøren til afdelingen er som udgangspunkt åben fra 8.00-22.00.
2. Procedurebeskrivelse ved døraflåsning følges.
3. Omorganisering af vagtplan i forbindelse med ”ganger”-funktion.
4. Skærmningsprincipper og – niveauer anvendes.
5. Eftersamtaler for patienter udsat for tvang i henhold til skema 3 udføres.
6. Informationstavle til patienter og pårørende findes på gangarealet.

Igangsatte spredningsaktiviteter:

1. Undervisning arrangeret for børne- og ungdomspsykiatrien med Amtets jurist med fokus på tvangsanvendelse i psykiatrien (herunder døraflåsning)
2. Oplæg på temadag for hele Børne- og Ungdomspsykiatrisk Sygehus i Viborg.
3. Artikel i fagbladet ”Fag og arbejde”.
4. Deltagelse i møde for spredningsansvarlige afholdt i Århus.

5. Oplæg på temadag for Fagligt Selskab For Psykiatriske Sygeplejersker.
6. Oplæg på Vidensmessen i Skive.
7. Oplæg på fyraftensmøde for hele psykiatrien i Viborg Amt.

Resultat

Gennembrud i projektperioden:

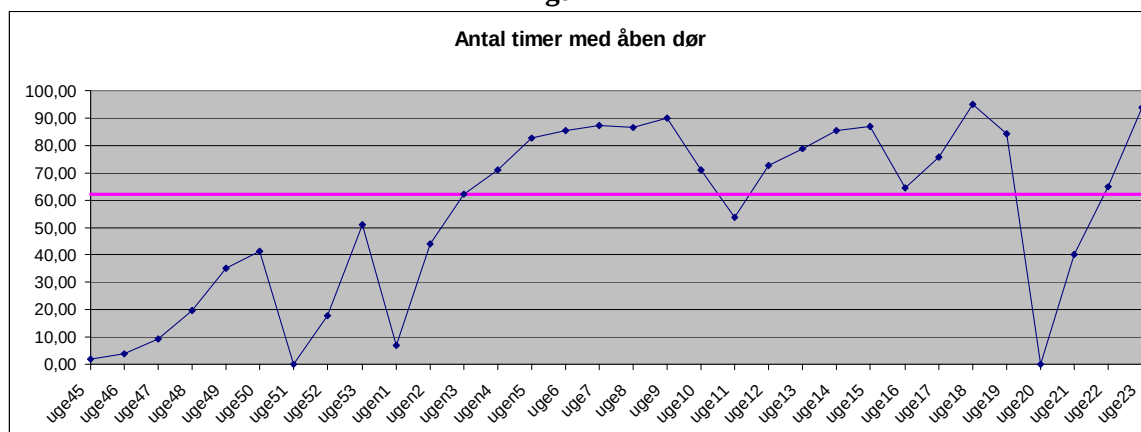
Outcomemål 1:

Teamet havde som mål, at afdelingens yderdør, ved projektets afslutning, dagligt skulle være åben 8 timer, altså 56 timer ugentligt eller 55 % af tiden. Dette var ud fra den betragtning, at teamet anså forandringen som så omfattende, at det ønskelige mål om en åben afdeling i tidsrummet fra kl. 8.00 til 22.00, altså 98 timer ugentligt eller 100 % af tiden, var urealistisk at nå inden for projektets periode med baggrund i en årelang kultur med låst dør. Vi må konstatere, at vi siden uge 3 har haft åben mere end 56 timer ugentligt på nær uge 11. Vi har i uge 18 og 23 formået at have yderdøren åben 93 %.

Vi har oplevet, at yderdøren har været åben til trods for tvangstilbageholdte patienter langt de fleste gange, hvilket vi tilskriver de udarbejdede skærpningsprincipper samt den forbedrede information vedr. afdelingens muligheder for at benytte tvangsforanstaltninger.

Vi kan ved at se på run-chartet konstatere, at outcomemål 1 er nået i højere grad end forventet.

Figur 1



Af figuren fremgår det, at yderdøren til afdelingen gradvist er blevet åbnet længere og længere tid startende med 1 time x 2 ugentligt. Timetallet er gradvist forøget og i uge 3 var målet at yderdøren skulle være åben fra kl. 8.00 til 20.00. Fra uge 15 har målet været at døren skulle være åben fra kl. 8.00 til 22.00. På kurven ses kraftige udsving i ugerne 51, 1, 11 og 17. Disse kan forklares med, at døren er blevet låst grundet tvangstilbageholdte patienter. I disse tilfælde er der altid udført tvangsprotokol skema 3 og som det fremgår, har episoderne været kortvarige.

Outcomemål 2:

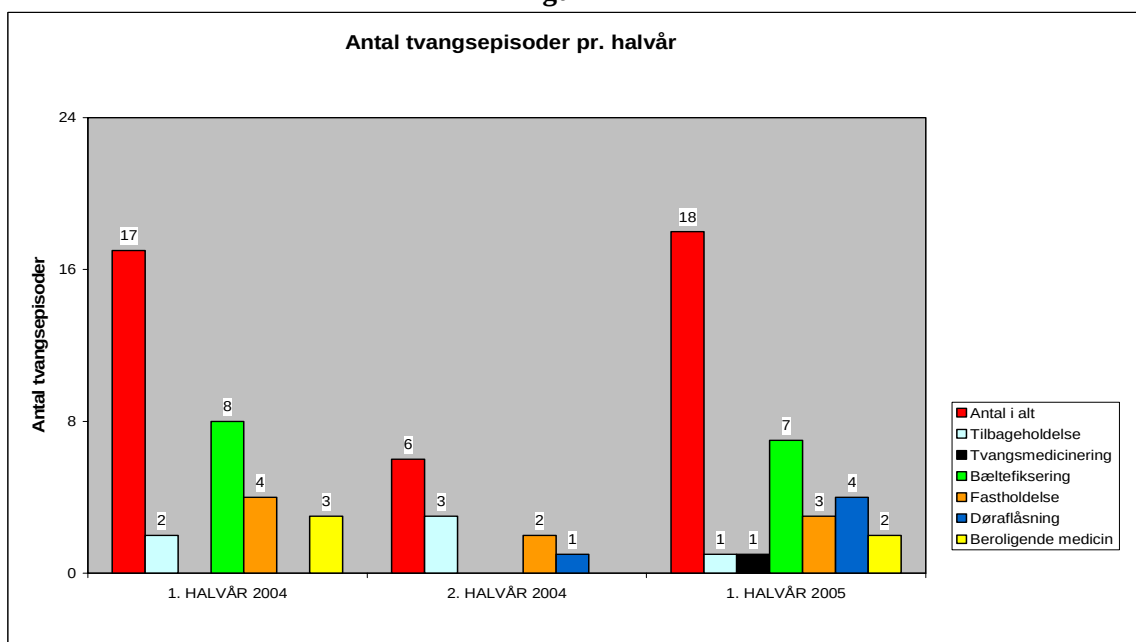
Målet var at mindske afdelingens brug af tvang med mindst 50 % inden for projektperioden, ved at sætte fokus på mundtlig og skriftlig information til patienter og pårørende vedrørende mulighederne for brug af tvangsforanstaltninger.

I figur 2 og 3 angives målingerne i halve år. Første halvår 2004 ligger før projektstart og blev indgivet som baselinedata for projektet. Det 2. halvår af 2004 samt 1 halvår af 2005 ligger inden for projektperioden.

På figur 2 ses at antallet af tvangsepisoder i alt faktisk er det samme før og efter projektstart. Dette tal er ikke udtryk for at antallet af tvangsepisoder er uforandrede, men fremkommer fordi døraflåsning ikke har været registreret som en tvangsforanstaltning i 1. halvår af 2004, selv om døren har været aflåst hele perioden.

Ved at sammenholde data kan vi ikke tydeligt konkludere, om målet med en reduktion af tvangen på mindst 50 % er opnået. Dog kan man på figur 3 se ændringer i tvangsansværelsen og tydelige fald i nogle kategorier af tvangsepisoder.

Figur 2



Af figuren fremgår det, at 1 halvår 2004 og 1. halvår 2005 ligner hinanden meget i antal af tvangsepisoder. I 2. halvår af 2004 ses et markant fald af tvangsepisoder. Diagrammet viser tydeligt de forskellige typer af tvangsforanstaltninger. Eksempelvis ses i 2. halvår af 2004 at der ingen bæltefikseringer er fundet sted. Derimod er registrering af døraflåsning påbegyndt og begynder at figurere på diagrammet hvilket får det samlede antal tvangsepisoder til at stige sammenlignet med baselinedata. Vi ser ikke dette som et udtryk for mere tvang, men som et udtryk for korrekt registrering af tvangen.

Figur 3

Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering	Døraflåsning
1. HALVÅR 2004	Antal	2	0	7	0
	Sum	3	0	56	0
	Gns.	2	0	8	0
2. HALVÅR 2004	Antal	3	0	0	1
	Sum	89	0	0	9
	Gns.	30	0	0	9
1. HALVÅR 2005	Antal	1	1	4	4
	Sum	3	2	15	18
	Gns.	3	2	4	5
Total	Antal	6	1	11	5
	Sum	95	2	71	28
	Gns.	16	2	6	6

Figuren viser den summerede *varighed* (sum) af den tvang patienterne har haft, hvilket vil være identisk med 'sum' i tabel 1. Til slut viser figuren hvor mange timers / dages tvang en tvangsbehandlet patient har haft i gennemsnit, dvs. den *gennemsnitlige varighed* (gns.) pr. tvangsbehandlet patient. Varigheden er opgjort i dage med undtagelse af bæltefikseringer der er opgjort i timer.

Figuren viser antal patienter samt sum og gns. af varighed af tvang pr. patient pr. halvår. Som tidligere beskrevet vil den uregistrerede døraflåsning i 1. halvår 2004 påvirke den totale sum af tvangsanvendelse. I forhold til målet om en reduktion i tvangen på 50 % kan vi ikke opnå nogen reel konklusion. Dog kan der af ovenstående figur at der inden for flere områder er sket et fald. Blandt andet ses at der til trods for tvangstilbageholdte patienter kan være en åben dør til afdelingen. Samtidig ses et fald i antallet af bæltefikseringer lige som der ses et fald i den tid patienterne er fikseret.

Outcomemål 3:

Målet om at den intensive pleje skulle opfattes som tilfredsstillende af mindst 50 % af patienterne, har vi ikke kunnet konkludere på. Det har ikke været muligt i projektperioden at samle valide data i form af målbare registreringer hvorfor vi ikke kan opgøre resultaterne. Dog finder vi, at der har fundet kvalitetsudvikling samt forbedringer sted i projektperioden. Her skal blandt andet nævnes en beskrivelse og dokumentation af skærmningsprincipper og – niveauer. Der er bevidst arbejdet med beskrivelse af tilpassede miljøterapeutiske aktiviteter til de patienter som har haft behov for intensiv pleje hvilket vi ser som en forbedring. Endvidere afholdes der også eftersamtaler med patienter der har været udsat for alle former for tvang. Dette til trods for at det egentlige mål for projektperioden kun var tiltænkt patienter udsat for tvang i henhold til skema 3 skulle tilbydes eftersamtale.

Kommentarer til procesarbejdet

Rammer og vilkår for arbejdet i projektperioden:

For teamet har det været tilstræbt at projektarbejdet skulle ligge inden for almindelig arbejdstid. Vi har ugentligt haft team-møder om torsdagen af 1 times varighed, hvor vi har benyttet os af det udsendte referatark. Teammøderne har haft karakter af planlægningsmøder, hvor opgaverne er blevet fordelt samt gennemgang af PDSA-tests og øvrige forandrings-opgaver. Det har været positivt med et fast mødetidspunkt hver uge, hvilket har medført kontinuitet i processen.

Et af vores vilkår er, at vi er en akut modtagerafdeling, ofte med overbelægning, hvilket har medført at vi ind i mellem har måttet aflyse møder, udsætte projektarbejde samt inddrage fritiden.

Vi har oplevet personalegruppen som meget positive over for forandringsarbejdet. Der har været en god opbakning i forhold til diverse registreringer, praktiske opgaver og accept af at projektet har været tidskrævende for teamet. Ledelsesmæssigt har teamet haft opbakning og fået ros. Ledelsen har vist interesse for diverse møder og har deltaget med jævne mellemrum.

Ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen:

Team-arbejdet har været påvirket af, at et medlem er rejst og et nyt medlem er kommet til.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det mest givende ved at arbejde med metoden:

Den mest givende har været at erfare, at små tiltag kan blive til noget større. Metoden er praksisnær og handlingsorienteret, hvilket har været med til at gøre den brugbar på vores afdeling. Metoden er forpligtende og kræver en struktur i forhold til deadlines, hvilket har ført til en erkendelse af at forandringsarbejde skal organiseres. Det er vigtigt at vide hvem der gør hvad.

Det har været godt, at man har kunnet få al den hjælp og støtte man har haft brug for fra Det Nationale Sekretariat. Der har været mange gode hjælpemidler, som er blevet tilsendt, hvilket har lettet arbejdet med metoden. Brugen af Gennembrudsforum samt Læringsseminarerne har medført erfaringsudveksling /inspiration ved at være i et større tværfagligt netværk.

Det sværeste ved at arbejde med metoden:

Det sværeste ved arbejdet har været, at vi er en travl afdeling, hvor tiden til projektarbejdet let kan blive tilsidesat grundet akut patientpleje. Metoden kræver en del skriftlighed og planlægning hvor der skal bruges tid og ressourcer. Vi synes, at udarbejdelse af PDSA-tests er krævende idet selv små forandringstiltag skal beskrives, derfor har vi lavet mange ikke dokumenterede tests for at spare tid. Dog er principperne for PDSA-tests anvendt.

De samlede erfaringer med at arbejde med metoden:

Den tværfaglige sammensætning af teamet har været givende for samarbejdet og forandringsarbejdet. Det kan have været med til at lette arbejdsgangen på visse områder.

Det er teamets vurdering at metoden er meget anvendelig. Metoden kan tilpasses forandringstiltag på mange forskellige områder i en afdeling. Selv om det har været tidskrævende og hårdt at skulle overholde deadlines og skriftliggøre næsten alt, mener vi samtidigt at disse aspekter har været med til at gøre metoden succesfuld. Desuden er dokumentationen forbedret.

Vi har på afdelingen arbejdet med nogle vanskelige forandringer og kan konstatere at forandringsarbejdet er forløbet relativt uproblematisk og er blevet implementeret som forbedringer på afdelingen.

Det videre arbejde...

- På nuværende tidspunkt arbejdes der på skriftlig information til patienterne vedr. afdelingens husregler.
- Teamet vil tilstræbe, at Amtets jurist med jævne mellemrum kommer til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Sygehus for at undervise i Lov om Tvang i Psykiatrien. Dette skal styrke personalets viden og sikkerhed i forskellige juridiske spørgsmål samt sikre at nyt personale er bedre rustet til at mindske tvangen og forbedre kvaliteten af den udøvede tvang.
- Sideløbende med projektet arbejdes der allerede med undervisning i konflikthåndtering, hvilket fortsat skal være med til at kvalitetssikre anvendelsen af tvang og/eller mindske tvang.
- I forbindelse med at forbedre skærmningen på afdelingen, planlægger teamet at etablere et aktivitetsskab som indeholder kugledyne, MusiCure og relevante aktivitetsmuligheder.

- Vi vil arbejde med fastholdelse af de forbedringer der er opnået i forbindelse med åben yderdør til afdelingen. Således skal døren fortsat, som udgangspunkt, være åben fra kl. 8.00 til 22.00 dagligt. Vi ser det dog ikke som et mål, at yderdøren aldrig låses, men at døraflåsning anvendes på lige fod med andre tvangsforanstaltninger.
- Vi vil arbejde på at forbedre arbejdsgangen, inkl. dokumentationen, i forbindelse med eftersamtaler.
- Vi vil i fremtiden arbejde med implementering af bæltefikseringsjournaler.

Bilag vedhæftet slutrapporten:

- Bilag 1: Procedure for døraflåsning.
Bilag 2: Skærmningsprincipper og – niveauer.
Bilag 3: Eftersamtaler til brug efter tvangsforanstaltninger.

Bilag 1

Procedure for aflåsning af yderdør

På ungdomspsykiatrisk afdeling i Viborg

Ungdomspsykiatrisk afdeling er en **åben** afdeling med mulighed for aflåsning af yderdøren. Aflåsningen af såvel yderdør som til det skærmede afsnit er en tvangsforanstaltning, jf. Lov om tvang i psykiatrien.

For aflåsning af dør er følgende gældende:

- Kun i konkrete patientrelaterede tilfælde – altså ikke som en generel foranstaltning.
- Kun i forbindelse med beslutning om en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient.
- Kun for den tvangsindlagte patient.
- I beskyttelsesøjemed: for at hindre at en patient i stor affekt/sindsforvirring, udsætter sig selv for væsentlig fare (§ 23)

Hvis en patient selv ønsker døraflåsning, kan dette kun ske såfremt det ikke hindrer andre patienters frie udgang. Hvis **alle** patienter ønsker døren låst, er dette muligt uden problemer. Beslutningen træffes af **ansvarshavende sygeplejerske**, evt. i samarbejde med vagthavende læge.

Når der er tvangsindlagte/tilbageholdte patienter, er der flere muligheder, og hvilken foranstaltning der iværksættes beror altid på en faglig vurdering:

- 1) Patienten er i åben afdeling, med åben yderdør og accept af tvangsindlæggelse.
- 2) Patienten er i skærmet afsnit med låst dør.
- 3) Patienten er i afdelingen med låst yderdør. Såfremt yderdøren aflåses for en tvangstilbageholdt patient, skal det sikres at de øvrige patienter ikke begrænses i deres selvbestemmelsesret, og at de ved henvendelse til personalet frit kan komme ud. Øvrige patienter skal da informeres om: at døren er midlertidigt låst, at den ikke er låst pga. dem, at den snarest muligt bliver låst op igen og at de vil blive orienteret om dette.

Aflåsning af yderdør eller dør til det skærmede afsnit som tvangsforanstaltning er en lægelig beslutning, og kræver at der udfyldes tvangsprotokol skema 3.

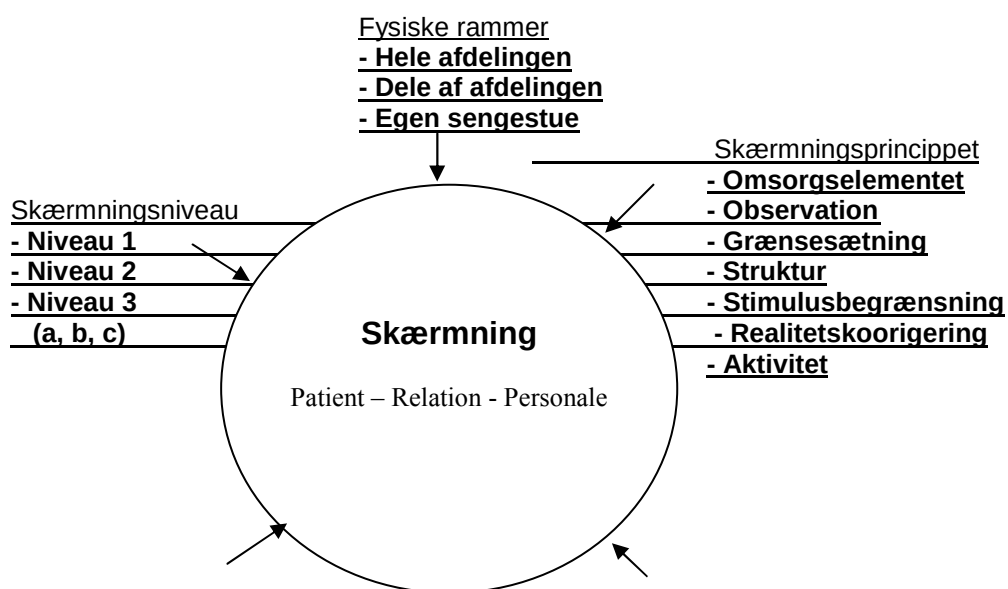
Personalet har dog i lighed med andre tvangsforanstaltninger altid mulighed for at vurdere at døren aflåses, og **efterfølgende** kontakte ambulatoriets læger i dagtiden eller forvagten udenfor dagtiden, som skal komme og vurdere aflåsningen, samt **udfærdige tvangsprotokol**.

Døraflåsning i normalsituationer:

Låsning af dør kan finde sted i samme udstrækning som i almindelige hjem og i tilsvarende situationer eksempelvis om natten dvs.: sommer fra kl. 22.00-08.00 og vinter fra kl. 20.00-08.00 eller for at forhindre udefrakommende (og uvedkommende adgang)

Hvis der vurderes behov for aflåsning af yderdøren, mindre end 2 timer før den normale aflåsningstid, **kan** dette gøres uden læge eller tvangsprotokol. Denne beslutning kan træffes af den **ansvarshavende sygeplejerske**.

Skærmning



Diagnose/tilstand

(Urolig, voldsom, suicidaltruget, angst)

Jeg-støttende principper

- Verbalisering
- Containing
- Kontinuitet
- Identifikationsobjekt
- Opøvnig i at vælge og turde tage stilling.
- Det vikarierende håb

Viborg maj 2005

Skærmning

Ungdomspsykiatrisk afdeling arbejder ud fra mindste middelprikket. Behandlingen er en planlagt omsorgsgivende og psykiatrisk virksomhed, der skal styrke patientens egenomsorg og derved løse/reducere patientens lidelser.

Der sker altid en løbende faglig vurdering af patienten i sengeafdelingen, hvor etik og moral indgår. I den faglige vurdering er personalet forpligtet til at samarbejde med patienten, for at denne bevarer størst mulig autonomi. I situationer, hvor patienten ikke er i stand til at tage vare på sig selv og egne behov, er det personalets pligt at yde omsorg ud fra en vurdering af graden af svigt i patientens aktuelle mulighed for at dække sine grundlæggende behov.

Skærmning er en intensiv relationsbehandling, hvis hovedformål er at være tryghedsskabende. Formålet er:

- At give/tilbyde patienten pleje og behandling præget af medmenneskelighed, men også kendetegnet ved høj faglig standard.
- At hjælpe patienten til indre samling og reducere indre kaos.
- At minimere angst.
- At beskytte/skåne patienten, så vedkommende lettere får overblik og kontrol over situationen.

Skærmning som metode er at begrænse mængden og typen af indtryk fra omgivelserne samt at afgrænse adfærden.

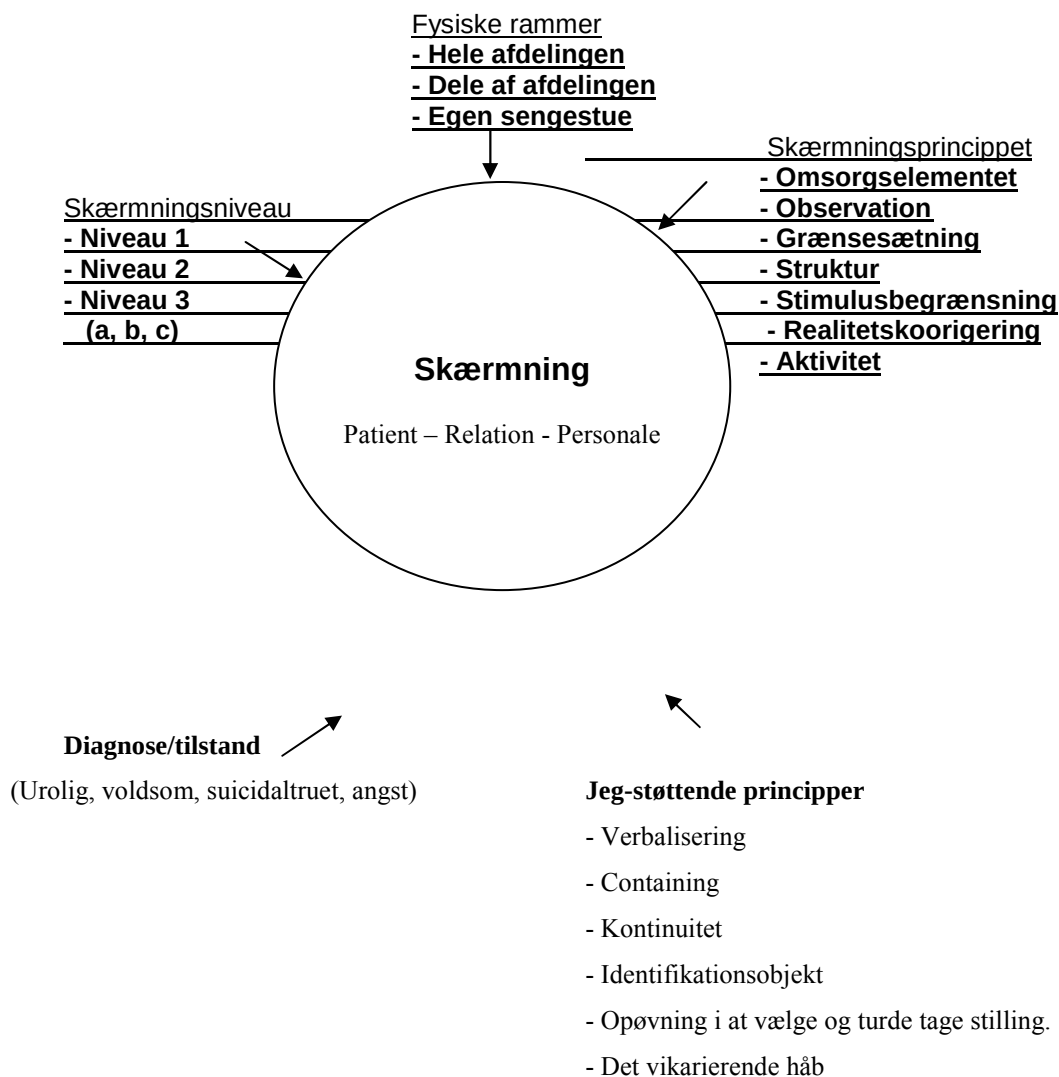
I den faglige vurdering vil der blive taget stilling til, hvor tæt patienten skal observeres. Det er en lægelig ordination, hvor højt skærmningsniveauet er. Plejepersonalet kan selvstændigt fagligt vurdere, hvis skærmningsniveauet skal øges, for så efterfølgende at få det sanktioneret af en af teamets læger el. forvagten. Skærmningsniveauet kan derimod kun mindske i samarbejde med en læge.

Personalet udviser respekt for den enkelte patients grænser og integritet. Personalet skal være rummende, nærværende og overholde indgåede aftaler. Aktiviteter er vigtige i skærmningen. Disse skal være planlagte og fagligt vurderet efter den enkeltes tilstand og skal løbende revideres. Aktiviteterne er med til at skabe faste holdepunkter og struktur. Det er personalets opgave at strukturere og tilpasse aktiviteterne.

Skærmning på niveau 2-3 bruges bl.a. når pt.:

- Er til fare for sig selv eller andre.
- Har behov for afgrænsning af stimuli.
- Har brug for at strukturere det indre kaos og begrænse angst.
- Udviser grænseløs adfærd over for medptt.
- Hærværk.

Skærmning er ikke statisk, men dynamisk, og forandres i takt med ændringer i patientens tilstand. Det er således vigtigt med en løbende vurdering af patientens tilstand, så støtten til vedkommende kan op- eller nedtrappes til det optimale for patienten. Personalet skal dagligt vurdere, hvorvidt skærmningsniveauet er passende. Ved behov for ændringer kontaktes afdelingens læge eller forvagten.



Forslag til behandlingsmæssige tiltag/aktiviteter ved forskellige problematikker:

Angst:	Ball-stick, kugledyne, medicin, fysisk aktivitet, samtale.
Uro:	Afgrænsning, aktiviteter, musik, samtale, beroligende tilbud i form af fx kugledyne og/eller medicin.
Generende adfærd:	Hobby- og ADL aktiviteter, afgrænsning og samtale.
Selvskadende adfærd/suicidalfare:	Kontinuitet og tryghed ved hjælp af ugeskema. Samtale, medicin, ball-stick, kugledyne, hvile, sidde hos og afledende aktiviteter → musik, fysisk aktivitet o.l..
Fysisk-/verbal aggressivitet:	Kontinuitet, forudsigelighed samt faste og trygge rammer. Afgrænsning, medicin, samtaler, spil, kugledyne og fysisk aktivitet. Personalet skal være rummende, tydelig, grænsesættende og forsøge at aflede, så patienten kan finde ro.
Depressive tanker:	Ro og hvile. Personalet skal give håb og være patientens faste holdepunkt. Hjælpe med at sætte ord og struktur på tankerne. Hvile, medicin, samtale, musik og fysisk aktivitet (gåtur o.l.).

Litteraturhenvielse

Strand, Liv; "Fra kaos mod samling, mestring og helhed"

Hummelvoll, Jan Kåre; "Helt – ikke stykkevis og delt"

Asmussen, Ann Maria el. at.; "Skærmning som metode – et kvalitetsudviklingsprojekt"

Skærmningsniveauer

Når patienterne er indlagte i sengeafdelingen sker der altid en faglig vurdering af, hvad der skal ske med og for patienten, hvad har patienten brug for osv..

Til den faglige vurdering vil det, i det tværfaglige samarbejde, være en hjælp med præcise termer for hvilken behandling der ordineres. Derfor vil vi i skærmningsøjemed tale om "skærmnings-niveauer". Niveauinddelingen hjælper til at definere, hvilke arbejdsopgaver, der forventes iværksat af pleje og behandling for den enkelte patient.

Skærmningsniveauet er altid lægeordnet

Plejepersonalet kan selvstændigt fagligt vurdere hvis skærmningsniveauet skal **øges** – og få dette konfirmeret ved teamets læger efterfølgende. Hvis skærmningsniveauet skal **reduceres** er dette en lægelig ordination.

Skærmningsniveau 1

Dette er det almindelige observationsniveau/behandling.

Patienten vil blive observeret og deltage i den almindelige miljøterapeutiske behandling.

Skærmningsniveau 2

Dette er et niveau med skærpet observation.

Patienten vil her blive observeret tæt. Der vil typisk være kontakt til patienten med 10-15 min. interval.

Det kan for eksempel være den selvmutilerende patient, som har brug for hjælp til ikke at skade sig selv eller den sengeliggende patient. Der kan og skal her laves aftaler med patienten om længden af perioder, hvor vedkommende kan tage ansvar for at være alene. Dette vil være afhængigt af tilstand/alder/ modenhed.

Skærmningsniveau 3

Dette er et niveau med intensiv observation.

Har arbejdet med begrebet **fast vagt**. Med dette menes, at patienten til hver en tid er "synlig" for det personale, som er tilknyttet vedkommende. Personalet kan efter fagligt skøn opholde sig enten uden for værelset eller på værelset sammen med patienten.. Det beror endvidere på et fagligt skøn hvorvidt der er behov for, at personalet går med patienten ud på toilettet – døren må dog aldrig låses ved toiletbesøg under dette skærmningsniveau. Ved bæltefikserede patienter skal der i henhold til Psykiatriloven være tilknyttet fast vagt som hele tiden har "øje" på patienten

Skærmningsniveau 3 inddeles endvidere følgende plejeopgaver:

- a) Skærmning med fast vagt i den åbne afdeling.
Dette kan være patienten der er angst eller psykotisk og som derfor har brug for et personale tæt ved sig. Patienten kan indgå i aftaler omkring det at være i afdelingen med åben dør, og er ikke grænseløs eller aggressiv i sin adfærd.

- b) Her opholder patienten sig i det skærmede afsnit med en fast vagt. *Døren er ikke låst*. Dette kan være patienten, som har brug for at stimuli reduceres, men som kan indgå i aftaler om at opholde sig på afdelingen med en åben dør.
- c) Patienten opholder sig i det skærmede afsnit med fast vagt. Det vil fra gang til gang bero på et fagligt skøn, hvorvidt der er behov for 1 eller 2 personer til at varetage plejen, så det er sikkerhedsmæssigt forsvarligt. *Døren til afsnittet er låst (lægeordineret)* – tvangsprotokol skal føres ved døraflåsning. Skærmningen foretages bl.a. ved patienter som ikke indgår frivilligt i behandlingen, er aggressive/voldelige, svært suicidaltruede, grænseløse i deres adfærd eller til gene for andre medpatienter.
- d) Bæltefiksering. Fast vagt tilknyttes i henhold til § 14 stk. 2 i Psykiatriloven.

Skærmningsniveauerne skal registreres i PI-modulet under fanebladet "indlæggelse" og rubrikken "aftaler og oplysninger". Nøgleord "skærmning" vælges og der anføres skærmningsniveau, som løbende revideres under indlæggelsen.

Eftersamtaler

- med patienter udsat for tvang i henhold til tvangsprotokol skema 3

Mål:

På Ungdomspsykiatrisk Afdeling ønsker vi at nedsætte brugen af tvang, samt forbedre oplevelsen af den tvang som udøves.

Vi ønsker at forbedringerne blandt andet sker ved en fokusering på kommunikationen mellem den unge og personalet, således at den unge føler sig hørt og eventuelle tidlige tegn på uro bedre kan takles af personalet (tidlige advarselstegn).

Middel:

Vi forventer at ALLE unge, som udsættes for tvang i henhold til skema 3, tilbydes en eftersamtale.

Metode:

- Ved tvangsanvendelse oprettes der straks et indsatsområde i PI-modulet ”juridisk” og problemfeltet navngives ”tvang”. Endvidere oprettes en plejehandling ”eftersamtale”.
- Én af de faste kontaktpersoner tager kontakt til den unge max. 1 uge efter tvangens ophør med henblik på tilbud om eftersamtale (se tilhørende dialog-guide). Det skal tydeligt fremgå af PI-modulet, om samtalen er tilbudt, om den er afholdt og hvis ikke – hvorfor?
- Dialog-guiden er vejledende.
Efter samtalen sættes dialog-guiden i bilagsmappen på kontoret.

Dialog-guide til eftersamtaler

Ungdomspsykiatrisk afdeling
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Sygehus, Viborg

1. Prøv at fortælle om din oplevelse...
- hvilken form for tvang var du udsat for?
 2. Forsøgte du at gøre personalet opmærksom på, at du havde brug for hjælp før tvangsforanstaltningen?
 3. Ved du hvorfor personalet valgte at bruge tvang over for dig?
 4. Kunne personalet, efter din mening, have gjort noget for at hjælpe dig til at genvinde kontrollen inden tvangsforanstaltningen?
 5. Blev du efter din mening behandlet med respekt?
Ja ☐ Nej ☐
 6. Hvordan var den pleje/omsorg du fik, under tvangsepisoden?
God ☐ Middel ☐ Dårlig ☐
- Kommentar: _____

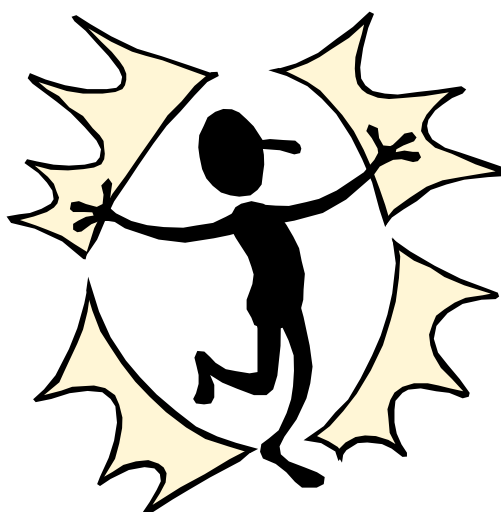
7. Hvordan har du oplevet mødet med de andre unge og personalet efter tvangen?
 8. Gav tvangsforanstaltningen dig et umiddelbart positivt udbytte fx genvindelse af kontrol/ro?
 9. Var der elementer i tvangsforanstaltningen, som ikke havde en positiv betydning for dig?
 10. Er der noget vi i samarbejde kan gøre for at undgå en lignende situation?
(Tidlige tegn, afledende aktiviteter o.l.)

Evt. kommentarer:



Gennembrudsprojekt

Team Viborg voksne



Slutrapport

Team	Viborg voksen Psykiatrisk sygehus Søndersøparken Søndersøparken 1 8800 Viborg 89 273 566
Teammedlemmer	Afdelingssygeplejerske Pernille Haunsvig spvpbj@vibamt.dk Sygeplejerske Jan Otkjær spvjor@vibamt.dk
Beskrivelse af afsnittet	Psykiatrisk Modtagelse og Intensiv afdeling 10 sengepladser. 4 modtagesenge & 6 intensivsenge
Resumé af resultater	Vi har arbejdet indenfor alle tre temaer i forandringskataloget. Teamet har især fokuseret på at nedsætte brugen af fiksering. Indtil nu er resultatet dog en stigning i brugen af fiksering. Oprindeligt ønskede vi også at arbejde med nedbringelse af tvangstilbageholdelser. Det har ikke kunnet lade sig gøre, da vi der havde behov for at samarbejde med en læge og der var ikke nogen læge med i teamet.

Lokal målsætning og lokale mål

Med dette projekt ønskede vi at:

- ◆ Forbedre kvaliteten af den patientoplevede tvang
- ◆ Forbedre kvaliteten af de faglige og kliniske tvangsforanstaltninger
- ◆ Reducere anvendelsen af tvang

Vores lokale **outcome mål** var:

- ◆ *At patienternes samlede vurdering af personalets brug af tvang (spørgsmål 10) bliver mere positiv i projektperioden*
- ◆ *At medarbejderne på Modtagelse/intensiv afdelingen vurderer, at praksis omkring tvangsforanstaltninger er forbedret i forhold til praksis før projektstart.*
- ◆ *At reducere antallet af tvangstilbageholdelser med 20 % i forhold til 1. halvår 2004*
- ◆ *At reducere antallet af tvangsfikseringer med 20 % i forhold til 1. halvår 2004*

Vores lokale **procesmål** var:

- ◆ At øge personalets viden om, hvordan patienten har oplevet en konkret tvangsepisode, for derigennem at forbedre kvaliteten af den oplevede tvang
- ◆ Dette gøres ved at indhente viden om udvalgte patienters erfaringer med og oplevelse af tvangsforanstaltninger (dataindsamling via dialogguide, spørgeskema eller interview).
- ◆ At øge patienters indsigt i og forståelse for de mekanismer, der førte til en tvangsforanstaltning
- ◆ Dette gøres ved at udvikle og implementere eftersamtaler efter Bæltefikseringer og andre

tvangsforanstaltninger. Vores mål er, at alle patienter, der har været udsat for bæltefikseringer tilbydes en eftersamtale senest i forbindelse med udskrivelsen. Efter at have afprøvet eftersamtaler efter bæltefikseringer vil vi udvide samtalerne til også at omfatte patienter, der udsættes for andre tvangsforanstaltninger.

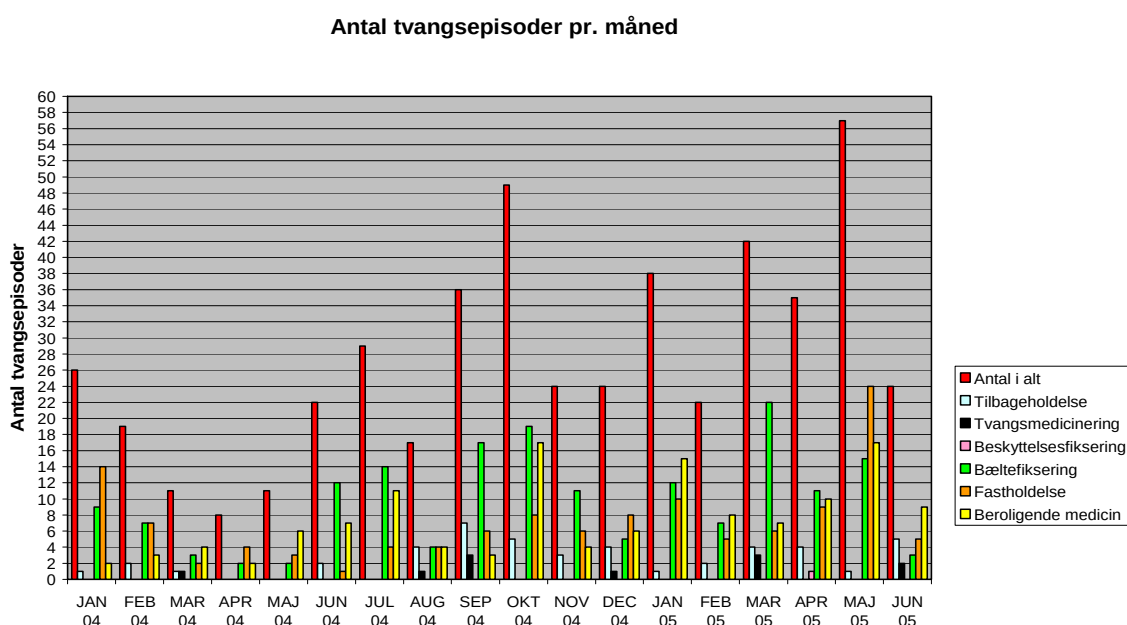
- ◆ At ændre og kvalitetsudvikle de bestående fysiske rammer og miljøet på fikseringsstuen.
- ◆ Dette gøres ved udsmykning, musik etc.
- ◆ At forebygge tvang gennem:
- ◆ At udvikle og implementere ”Retningslinier for skærmning”
- ◆ Målrettet aktivering af patienter (ved ergoterapeut), hvor et tvangsindgreb skønnes at være nært forestående.
- ◆ Udvikling og implementering af ”husregler”, for at undgå forskellige regler fra vagt til vagt. En større konsekvens vil give mindre frustration blandt patienterne og derved give anledning til færre konflikter.

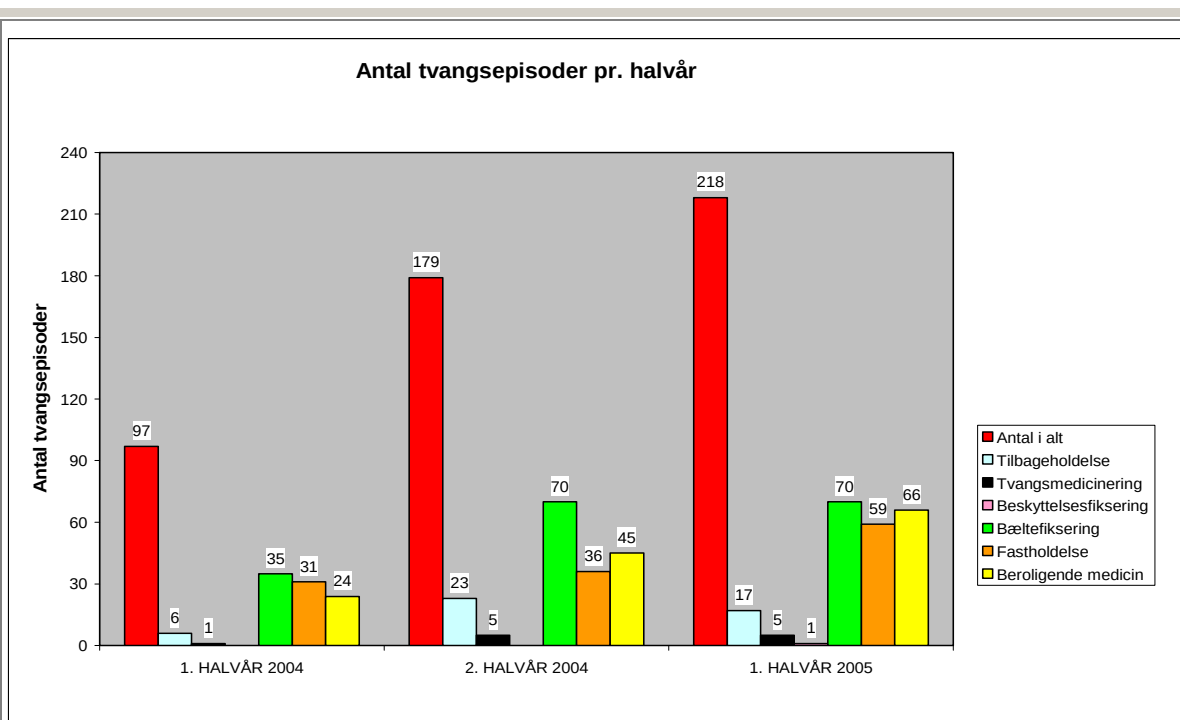
Vores **balancerende mål** var:

- ◆ ”Husregler” kan specielt ved indførelsen give øgede konflikter med patienterne, specielt hvis de ikke føles rimelige.
- ◆ Aktivering af patienterne kan måske udløse konflikter, hvis der opstår uenighed om aktiveringen.

Målinger

I projektperioden har brugen af tvang været stigende. Dette ses af nedenstående diagrammer, der opgør brugen af tvang pr. måned og pr. halvår. De røde søjler viser det samlede antal tvangsepisoder.





Tabel 1. Antal samt sum og gns. af varighed af tvang pr. halvår

Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	6	1	35
	Sum	153	19	465
	Gns.	26	19	13
2. HALVÅR 2004	Antal	23	5	70
	Sum	363	47	1282
	Gns.	16	9	18
1. HALVÅR 2005	Antal	17	5	70
	Sum	129	22	1301
	Gns.	8	4	19
Total	Antal	46	11	175
	Sum	645	88	3048
	Gns.	14	8	17

Tabel 1 ovenfor viser *antallet* (antal) af tvangsepisoder, den summerede *varighed* (sum) af tvangen og en tvangsepisodes *gennemsnitlige varighed* (gns.) i det pågældende halvår. Varigheden er opgjort i dage med undtagelse af bæltefikseringer der er opgjort i timer. Tabel 2 nedenfor viser antallet af tvangsepisoder.

Tabel 2. Antal af tvangsepisoder pr. halvår

Halvår	Beroligende medicin	Fastholdelse	Beskyttelsesfiksering
1. HALVÅR 2004	24	31	0
2. HALVÅR 2004	45	36	0
1. HALVÅR 2005	66	59	1
Total	135	126	1

Tabel 3. Antal patienter samt sum og gns. af varighed af tvang pr. patient pr. halvår

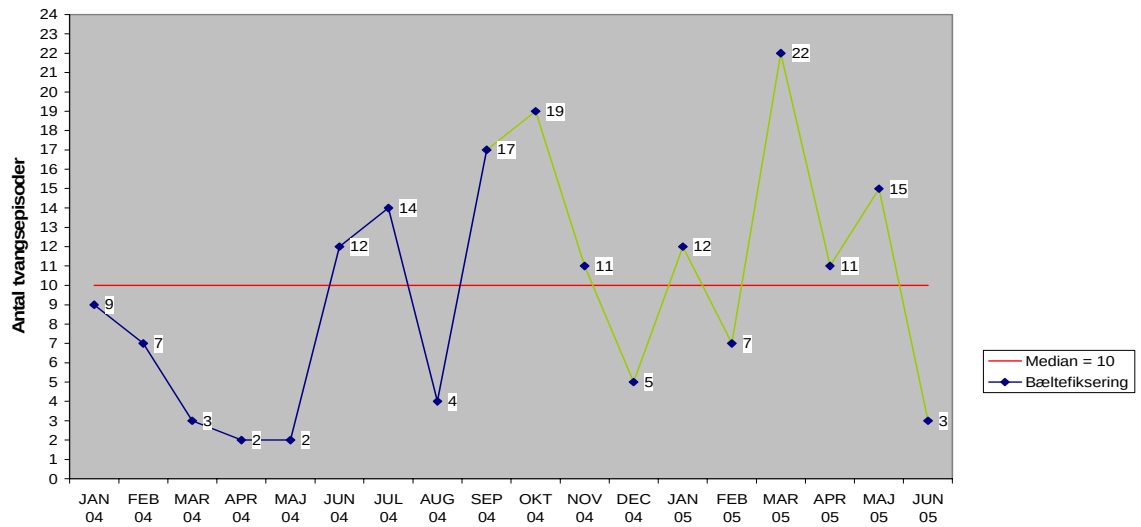
Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	6	1	14
	Sum	153	19	465
	Gns.	26	19	33
2. HALVÅR 2004	Antal	20	3	27
	Sum	363	47	1282
	Gns.	18	16	47
1. HALVÅR 2005	Antal	15	3	27
	Sum	129	22	1301
	Gns.	9	7	48
Total	Antal	41	7	68
	Sum	645	88	3048
	Gns.	16	13	45

Tabel 3 ovenfor viser *antallet* (antal) af tvangsbehandlede patienter. Dernæst viser tabellen den summerede *varighed* (sum) af den tvang patienterne har haft, hvilket vil være identisk med 'sum' i tabel 1. Til slut viser tabellen hvor mange timers / dages tvang en tvangsbehandlet patient har haft i gennemsnit, dvs. den *gennemsnitlige varighed* (gns.) pr. tvangsbehandlet patient. Varigheden er opgjort i dage med undtagelse af bæltefikseringer der er opgjort i timer. Tabel 4 nedenfor viser antallet af tvangsbehandlede patienter.

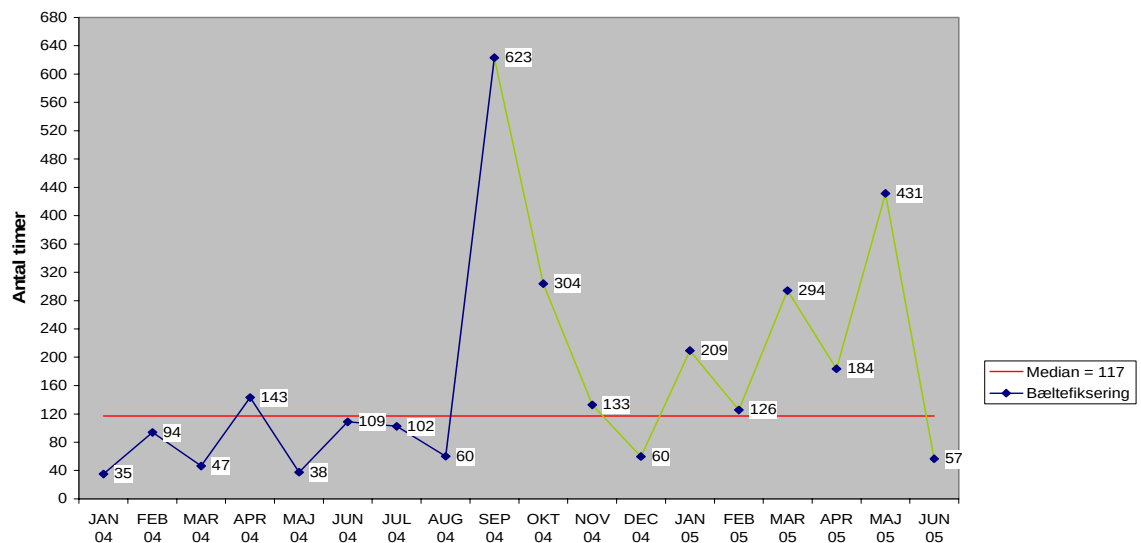
Tabel 4. Antal tvangsbehandlede patienter pr. halvår

Halvår	Beroligende medicin	Fastholdelse	Beskyttelsesfiksering
1. HALVÅR 2004	13	12	0
2. HALVÅR 2004	19	24	0
1. HALVÅR 2005	23	25	1
Total	55	61	1

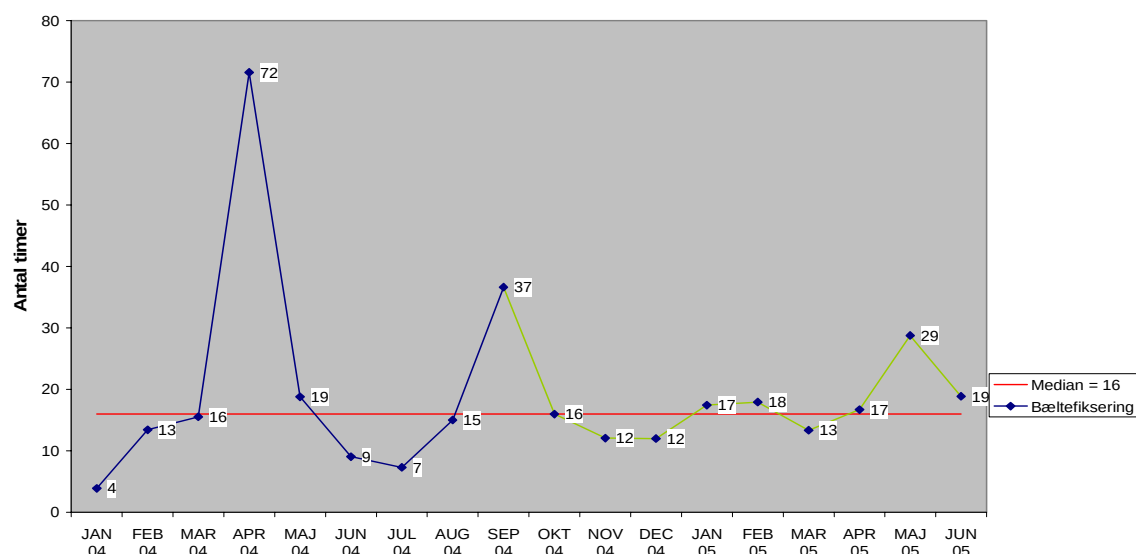
Bæltefiksering. Samlet antal tvangsepisoder



Bæltefiksering. Samlet varighed

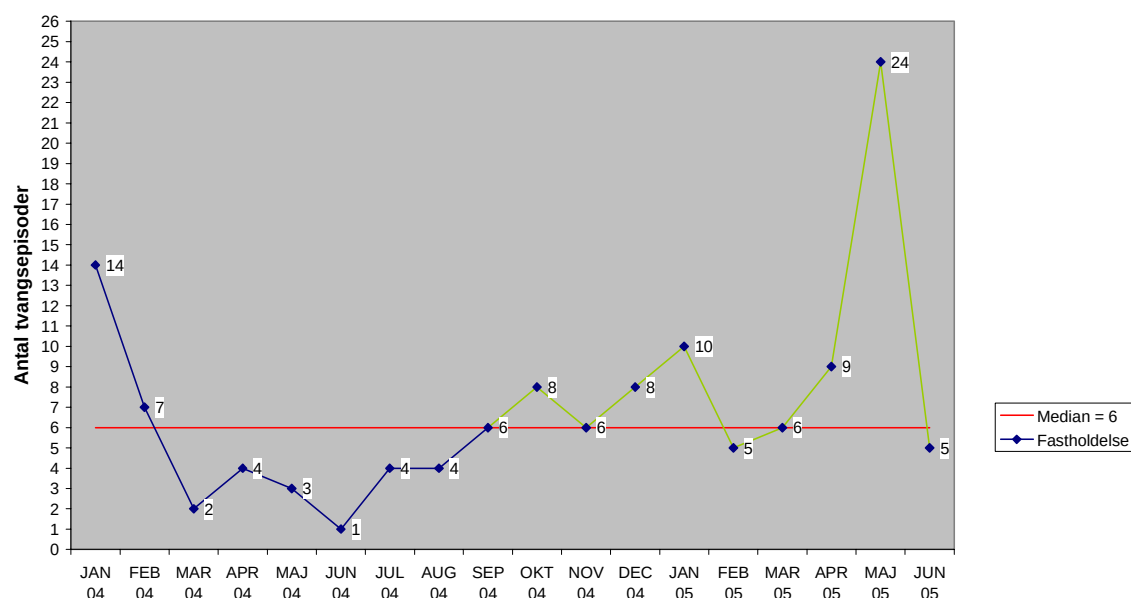


Bæltefiksering. Gns. varighed pr. tvangsepisode



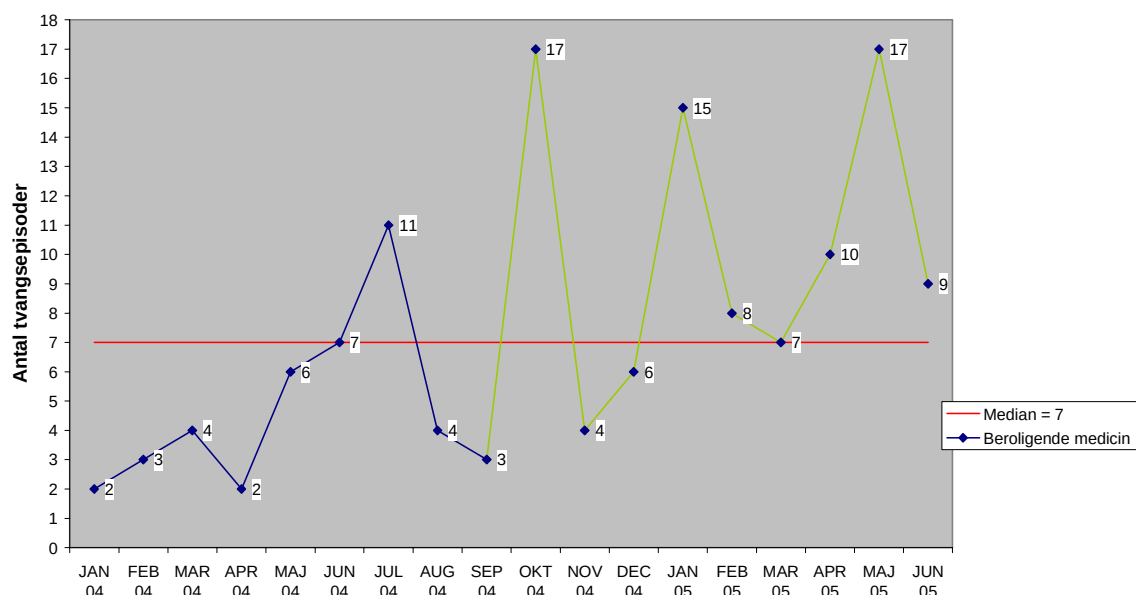
Gennem hele perioden ses antallet af bæltefikseringer at være stigende. Den samlede varighed af bæltefikseringerne er ligeledes stigende. Dermed bliver den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringerne nogenlunde stabil gennem perioden. Der ses dog især et stort udsving i april 04 inden gennembrudsprojektets start, hvor 2 fikseringer varede sammenlagt 143 timer. Da der er tale om mellem 2 og 22 fikseringer på månedsbasis, kan en enkelt patient have stor indflydelse på det samlede antal fikseringer, og det er vores opfattelse, at datamaterialet på den baggrund er for usikkert til at konkludere noget endeligt.

Fastholdelse. Samlet antal tvangsepisoder



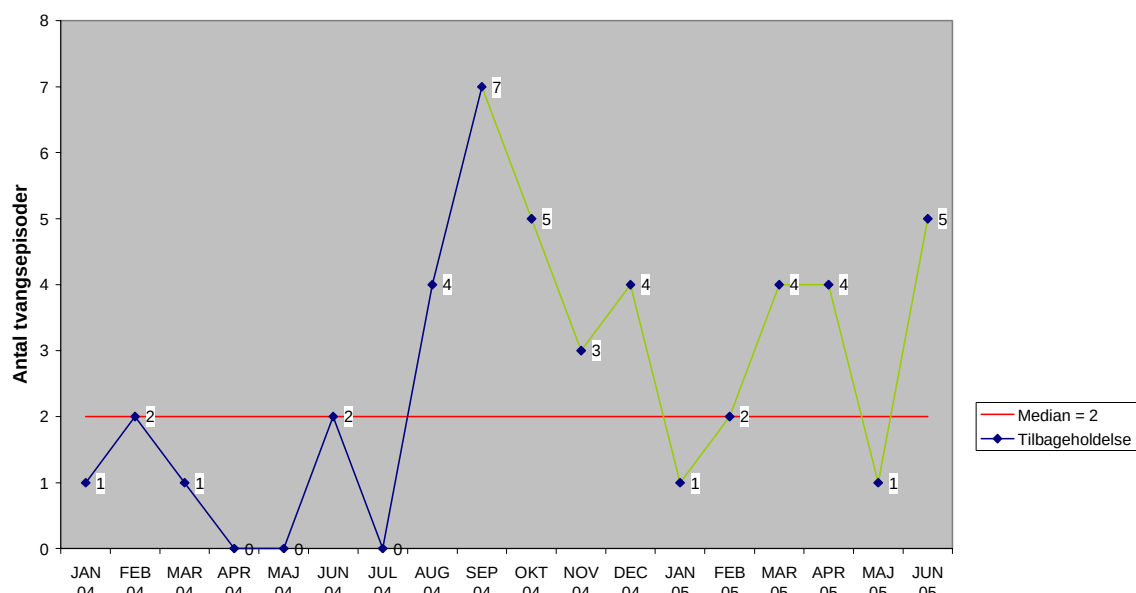
Her ses samme billede med den stigende anvendelse af tvang gennem perioden. Især til sidst stiger antallet af fastholdelser voldsomt. Da det næppe er de tiltag, der er sat i gang via gennembrudsprojektet, der har medført denne stigning, må der søges en anden forklaring på dette fænomen.

Beroligende medicin. Samlet antal tvangsepisoder

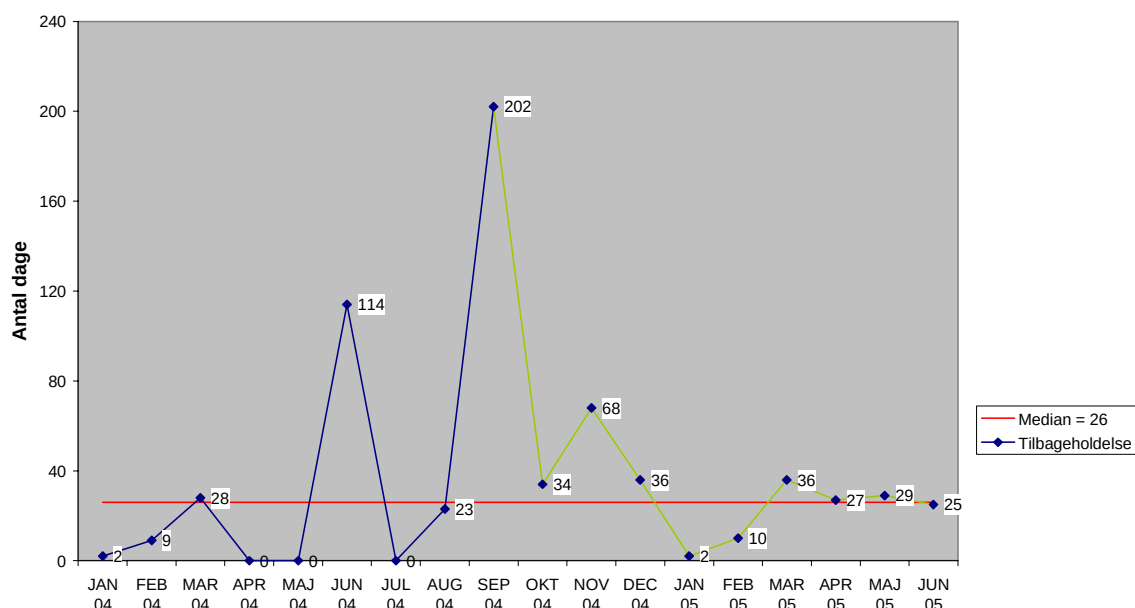


Brugen af beroligende medicin viser samme mønster. Her er tallene igen så små, at der næppe er statistisk grundlag for konklusioner. Stigningen er dog ganske tydelig.

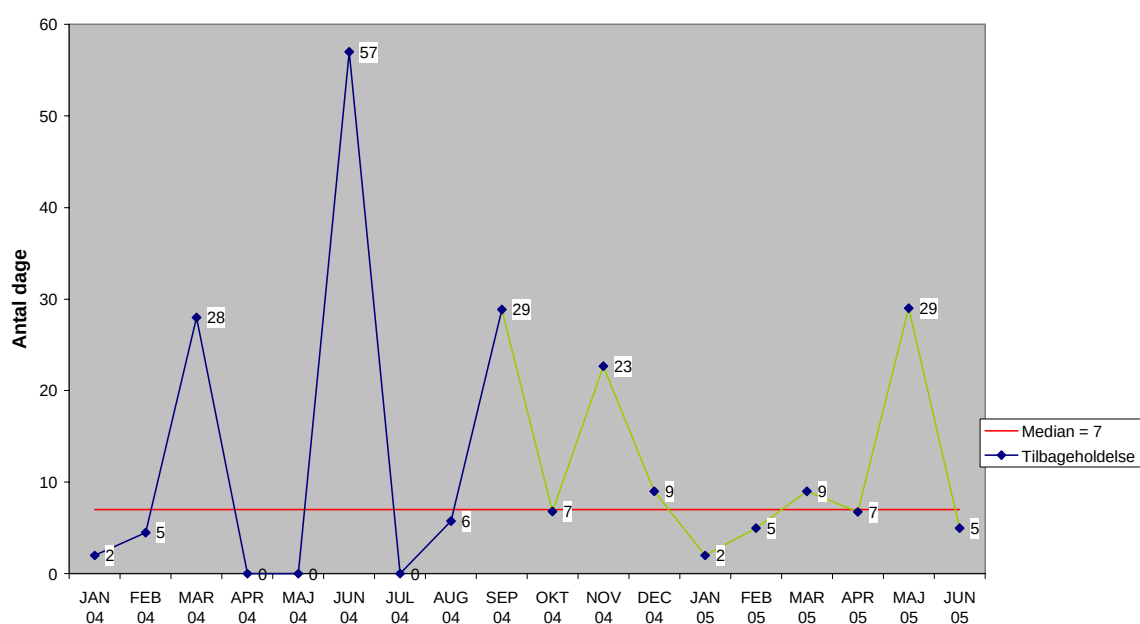
Tilbageholdelse. Samlet antal tvangsepisoder



Tilbageholdelse. Samlet varighed

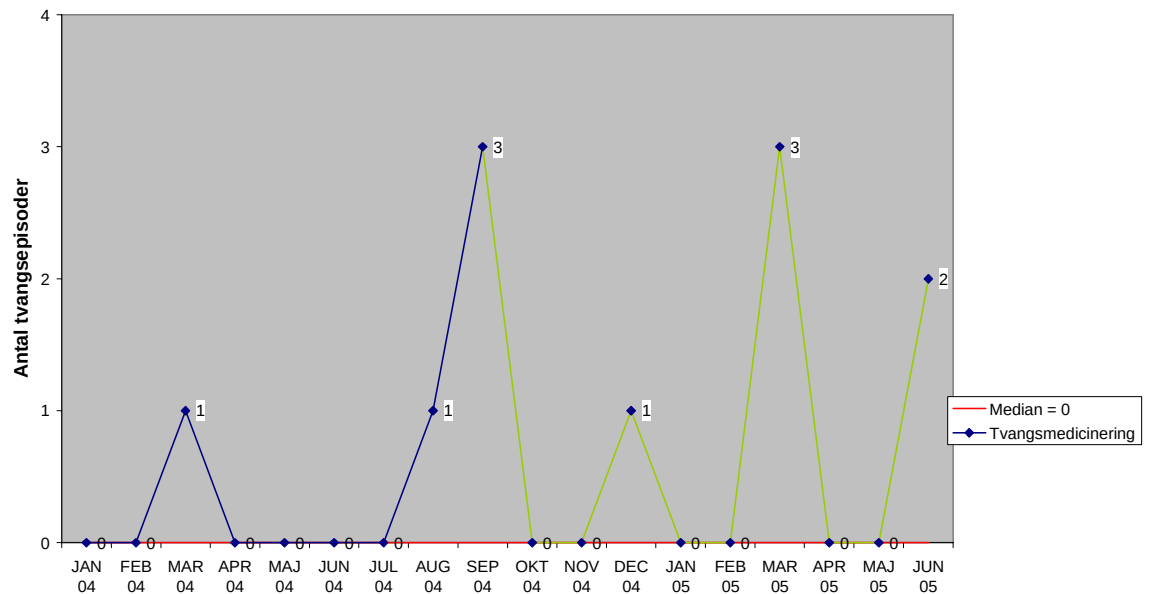


Tilbageholdelse. Gns. varighed pr. tvangsepisode

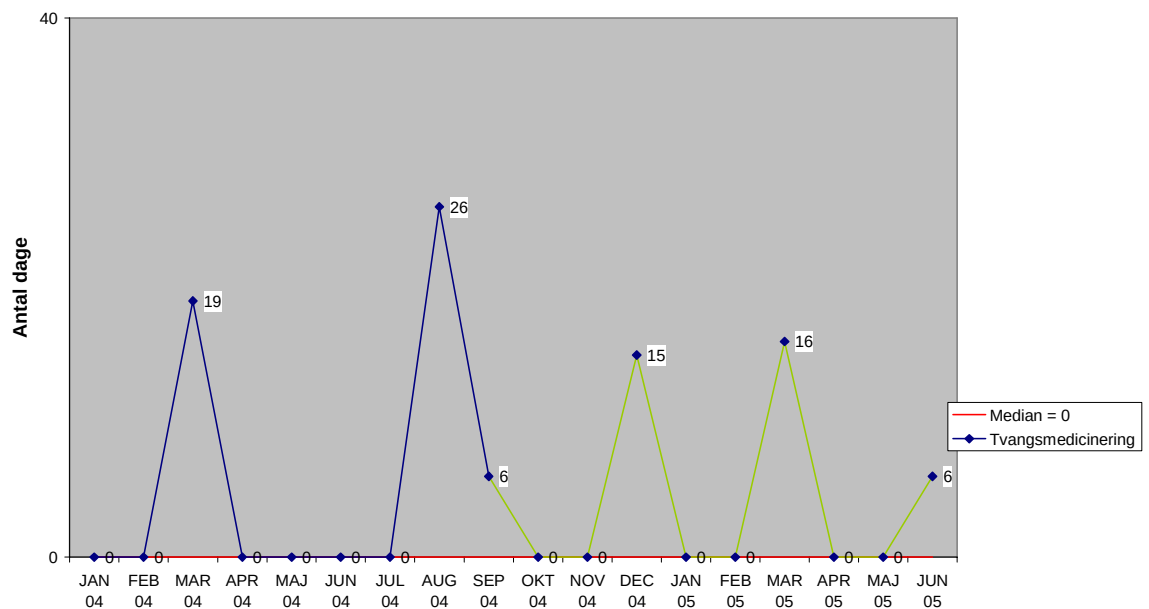


Antallet af tvangstilbageholdelser ses her at stige i begyndelsen af projektperioden, hvorefter antallet indstiller sig på et stabilt niveau. Igen er der her tale om så små tal, at man skal være meget forsigtig med at drage konklusioner. Varigheden af den enkelte tvangstilbageholdelse er særdeles individuel, og det må antages, at enkelte patienter kan præge brugen af tvang i betydeligt omfang.

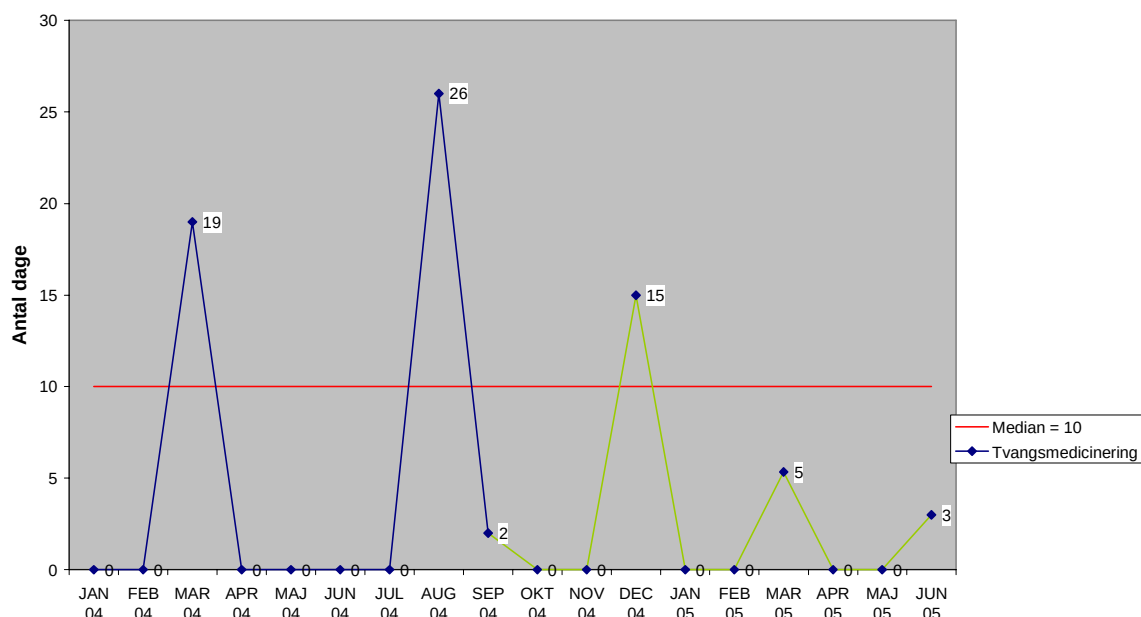
Tvangsmedicinering. Samlet antal tvangsepisoder



Tvangsmedicinering. Samlet varighed



Tvangsmedicinering. Gns. varighed pr. tvangsepisode

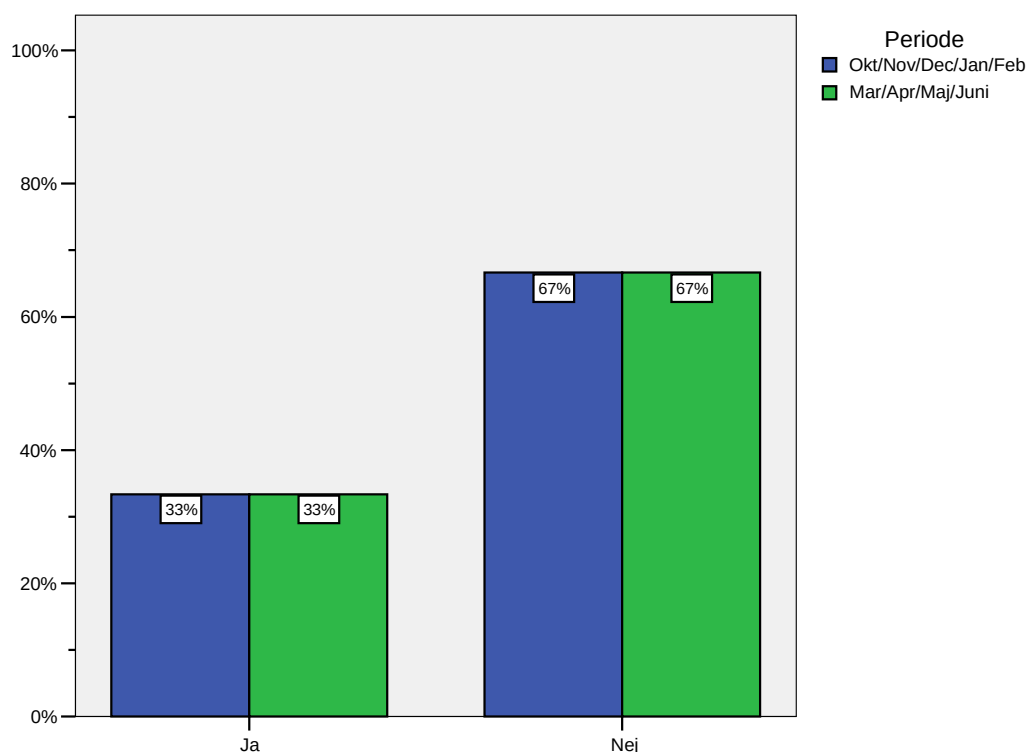


Vedrørende tvangsmedicinering ses der ikke hverken en stigning eller et fald. Med det antal patienter, der her er tale om, kan man heller ikke her konkludere noget.

Patienternes mening om brugen af tvang

Havde personalet på forhånd orienteret dig om, at de ville anvende tvang?

			Periode		Total
			Okt/Nov/Dec/Jan/ Feb	Mar/Apr/Maj/Juni	
Ja i høj grad	Count		2	3	5
	% within Periode		13,3 %	25,0 %	18,5 %
Ja i nogen grad	Count		1	0	1
	% within Periode		6,7 %	,0%	3,7 %
Nej kun i mindre grad	Count		1	3	4
	% within Periode		6,7 %	25,0 %	14,8 %
Nej slet ikke	Count		5	3	8
	% within Periode		33,3 %	25,0 %	29,6 %
Ved ikke/ ej relevant	Count		1	3	4
	% within Periode		6,7%	25,0%	14,8%
Uoplyst	Count		5	0	5
	% within Periode		33,3%	,0%	18,5%
Total	Count		15	12	27
	% within Period		100,0 %	100,0 %	100,0 %

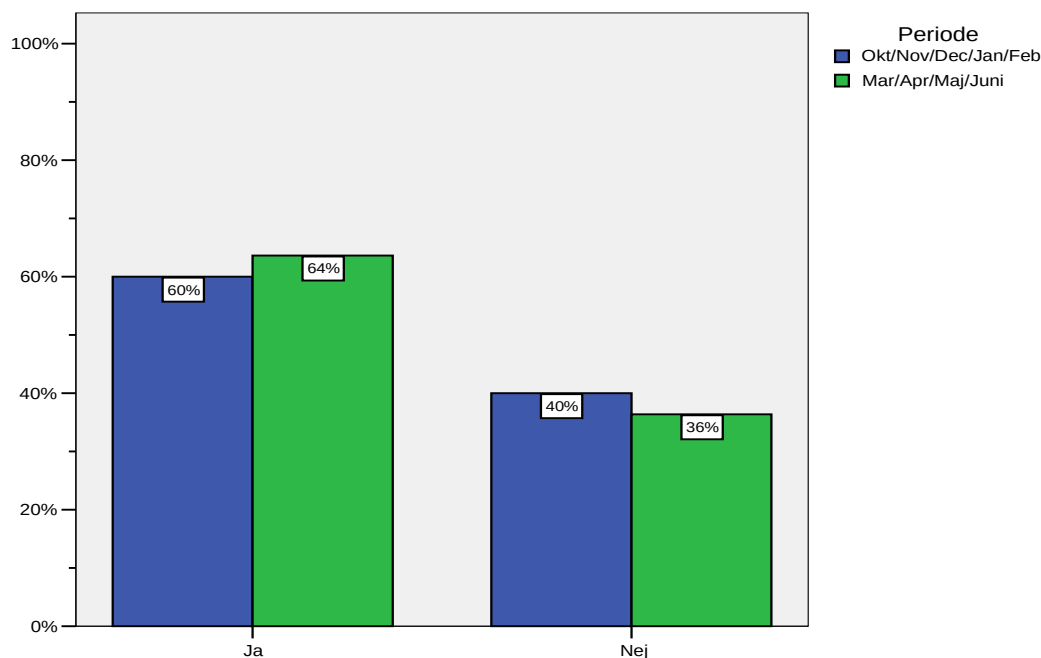


Sp 1. Havde personalet på forhånd orienteret dig om, at de ville anvende tvang?

Når man ser på denne besvarelse, ser det umiddelbart ud til, at vi skal forsøge at forbedre informationen op til brugen af tvang. Tallene er dog så små, at det er svært at konkludere noget endeligt. Det er dog også værd at bemærke, at det ligger i sagens natur, at patienterne ikke altid kan blive informeret på forhånd, og der vil derfor altid være en del patienter, der ikke oplever at blive orienteret.

Er du blevet informeret om dine lovmæssige rettigheder i forhold til brugen af tvang i dette tilfælde?

		Periode		Total
		Okt/Nov/Dec/Jan/Feb	Mar/Apr/Maj/Juni	
Ja i høj grad	Count	3	4	7
	% within Periode	20,0 %	33,3 %	25,9 %
Ja i nogen grad	Count	3	3	6
	% within Periode	20,0 %	25,0 %	22,2 %
Nej kun i mindre grad	Count	0	3	3
	% within Periode	,0%	25,0 %	11,1 %
Nej slet ikke	Count	4	1	5
	% within Periode	26,7 %	8,3 %	18,5 %
Ved ikke/ ej relevant	Count	0	1	1
	% within Periode	,0%	8,3%	3,7%
Uoplyst	Count	5	0	5
	% within Periode	33,3%	,0%	18,5%
Total	Count	15	12	27
	% within Periode	100,0 %	100,0 %	100,0 %



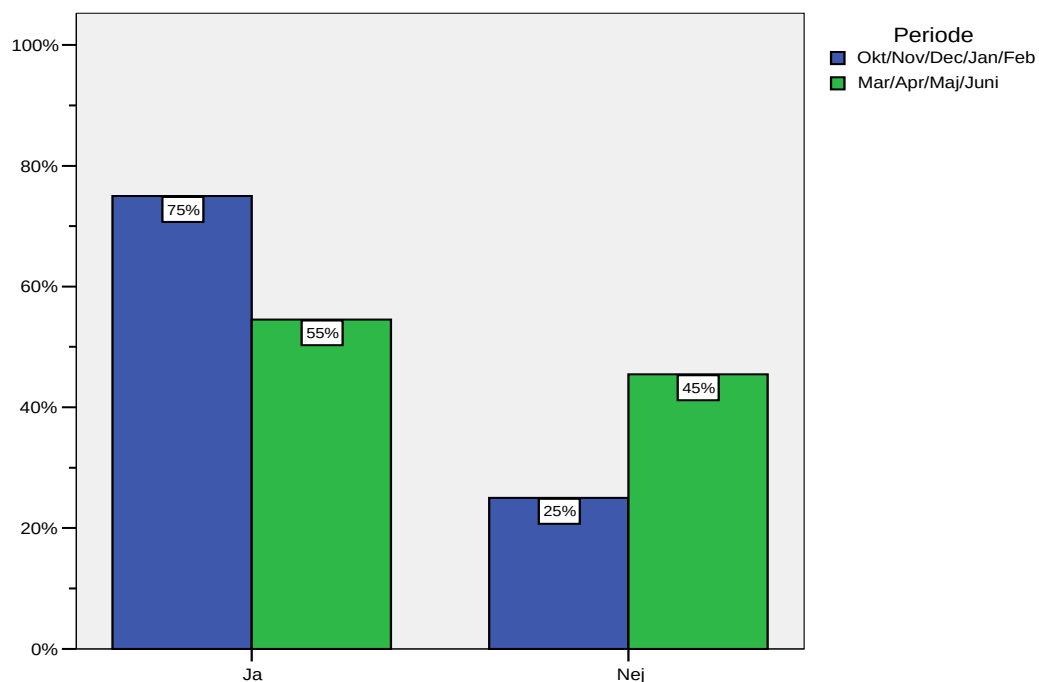
Sp 2. Er du blevet informeret om dine lovmæssige rettigheder i forhold til brugen af tvang i dette tilfælde?

Dette viser at vi ifølge patienternes opfattelse er blevet marginalt bedre til at informere om patienternes rettigheder. Når vi ser på det faktiske antal, kan der være tale om tilfældige udsving. Det er dog værd at bemærke, at der i første periode er 4 patienter, der mener, at de slet ikke er blevet informeret, mens der i anden periode kun er en enkelt patient, der mener dette. Det er meget muligt, at patienterne på det tidspunkt, hvor de svarer ikke kan huske, at de faktisk er blevet informeret. Det er også muligt, at de måske har fået informationen uden at de har forstået, at de fik informationen.

Når vi ser på, at næsten 40 % af patienterne oplever ikke at blive informeret om deres rettigheder, er det et område, som vi skal se nærmere på. Det er muligt, at vi skal indføre procedurer for sikring af at informationerne bliver givet og måske for gentagelse af informationerne.

Tog personalet hensyn til dine ønsker i forbindelse med tvangen?

		Periode		Total
		Okt/Nov/Dec/Jan/Feb	Mar/Apr/Maj/Juni	
Ja i høj grad	Count	4	3	7
	% within Periode	26,7 %	25,0 %	25,9 %
Ja i nogen grad	Count	2	3	5
	% within Periode	13,3 %	25,0 %	18,5 %
Nej kun i mindre grad	Count	0	3	3
	% within Periode	,0%	25,0 %	11,1 %
Nej slet ikke	Count	2	2	4
	% within Periode	13,3 %	16,7 %	14,8 %
Ved ikke/ ej relevant	Count	3	1	4
	% within Periode	20,0%	8,3%	14,8%
Uoplyst	Count	4	0	4
	% within Periode	26,7%	,0%	14,8%
Total	Count	15	12	27
	% within Periode	100,0 %	100,0 %	100,0 %

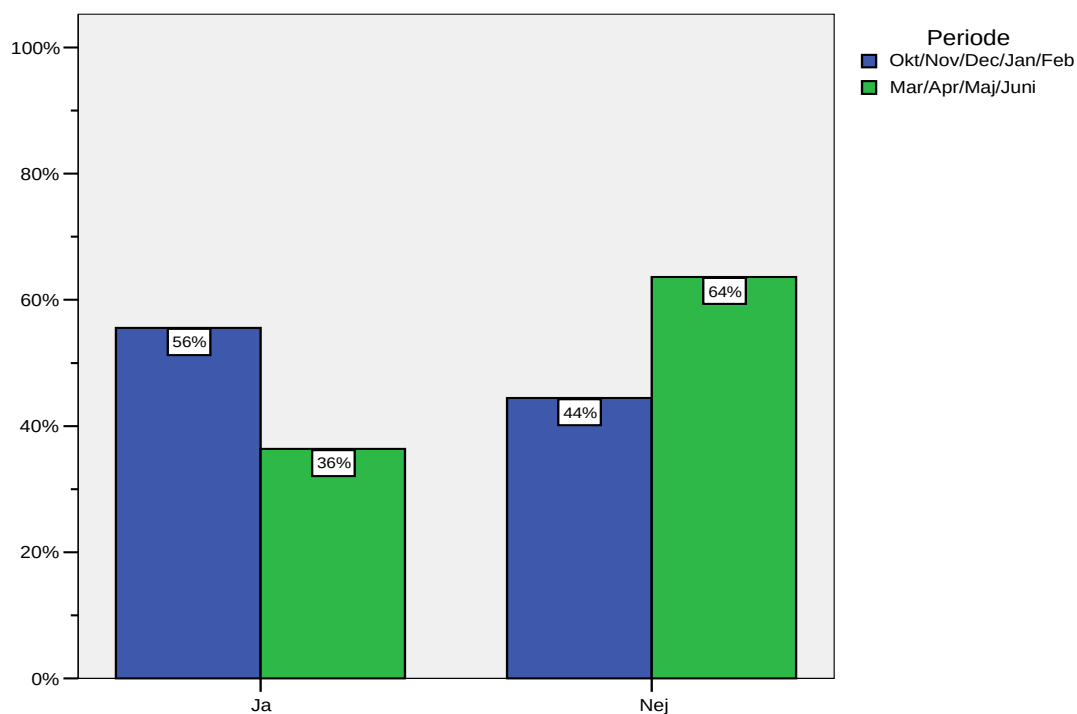


Sp 3. Tog personalet hensyn til dine ønsker i forbindelse med tvangen?

Det ser her ud til, at vi er blevet dårligere til at tage hensyn til den enkelte patient under udøvelsen af tvang. Her er tallene igen for små til at drage en konklusion. I denne forbindelse bør man nok se på den enkelte tvangssituation. Dette kan bl.a. gøres ved at gennemføre eftersamtaler efter hver tvangssituation.

Oplevede du, at der blev anvendt unødvendig magt under tvangen?

		Periode		Total
		Okt/Nov/Dec/Jan/Feb	Mar/Apr/Maj/Juni	
Ja i høj grad	Count	4	3	7
	% within Periode	26,7 %	25,0 %	25,9 %
Ja i nogen grad	Count	1	1	2
	% within Periode	6,7 %	8,3 %	7,4 %
Nej kun i mindre grad	Count	0	1	1
	% within Periode	,0%	8,3 %	3,7 %
Nej slet ikke	Count	4	6	10
	% within Periode	26,7 %	50,0 %	37,0 %
Ved ikke/ ej relevant	Count	2	1	3
	% within Periode	13,3%	8,3%	11,1%
Uoplyst	Count	4	0	4
	% within Periode	26,7%	,0%	14,8%
Total	Count	15	12	27
	% within Periode	100,0 %	100,0 %	100,0 %

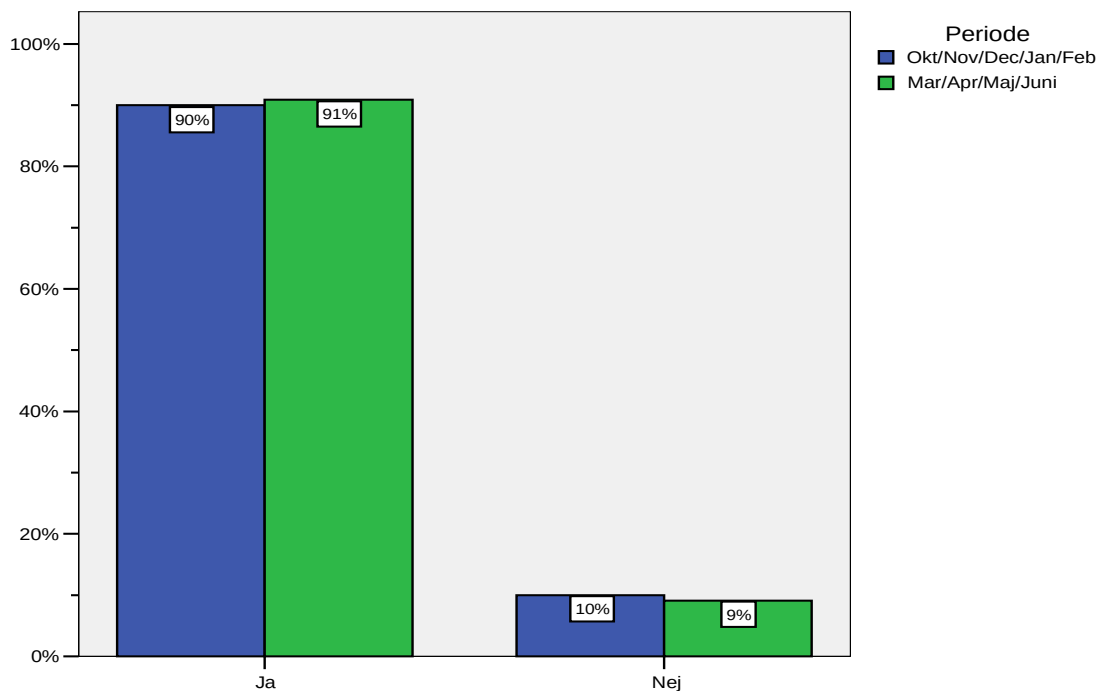


Sp 4. Oplevede du, at der blev anvendt unødvendig magt under tvangen?

Vi bør jo aldrig anvende unødvendig magt. Det kan dog være svært for både personale og patienter i situationen at afgøre hvor meget magt, der er nødvendig. I første del af perioden mener over halvdelen af patienterne, at vi bruger unødvendig magt. I anden del af perioden er det kun ca. en tredjedel. Fortsat er tallene så små, at der kan drages konklusioner.

Var du tilfreds med den omsorg personalet gav under tvangen?

			Periode		Total
			Okt/Nov/Dec/ Jan/Feb	Mar/Apr/ Maj/Juni	
Ja i høj grad	Count		5	8	13
	% within Periode		33,3 %	66,7 %	48,1 %
Ja i nogen grad	Count		4	2	6
	% within Periode		26,7 %	16,7 %	22,2 %
Nej kun i mindre grad	Count		0	1	1
	% within Periode		,0%	8,3 %	3,7 %
Nej slet ikke	Count		1	0	1
	% within Periode		6,7 %	,0%	3,7 %
Ved ikke/ ej relevant	Count		1	1	2
	% within Periode		6,7%	8,3%	7,4%
Uoplyst	Count		4	0	4
	% within Periode		26,7%	,0%	14,8%
Total	Count		15	12	27
	% within Periode		100,0 %	100,0 %	100,0 %

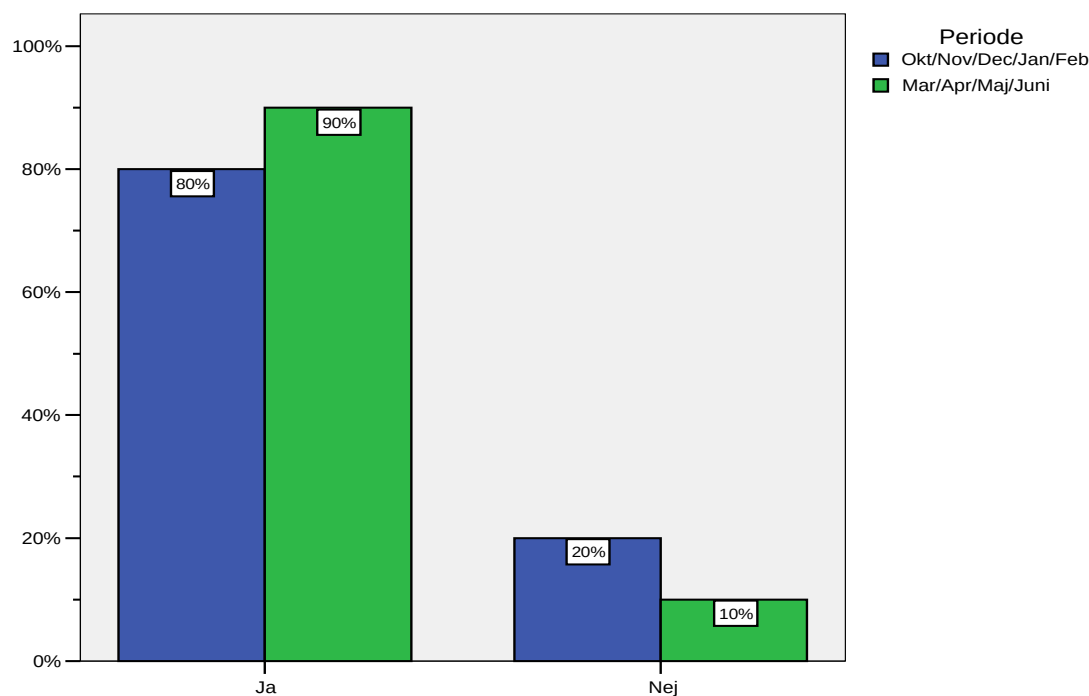


Sp 5. Var du tilfreds med den omsorg personalet gav under tvangen?

Ydelsen af omsorg er plejepersonalets kerneområde. Det er derfor glædeligt, at konstatere, at kun 10 % af patienterne er utilfredse med den ydede omsorg. Samtidig er det dog lidt overraskende, når man har oplevet hvor utilfreds en patient, der bliver udsat for tvang kan være. Som det ses, er der tale om én utilfreds patient i hver periode. Det betyder, at en enkelt mere utilfreds kunne forrykke tallene voldsomt og resultatet skal derfor ses i dette lys.

Synes du, at personalet viste hensyn og respekt for dig som menneske i forbindelse med tvangen?

			Periode		Total
			Okt/Nov/Dec/ Jan/Feb	Mar/Apr/ Maj/Juni	
Ja i høj grad	Count		7	6	13
	% within Periode		46,7 %	50,0 %	48,1 %
Ja i nogen grad	Count		1	3	4
	% within Periode		6,7 %	25,0 %	14,8 %
Nej kun i mindre grad	Count		1	1	2
	% within Periode		6,7 %	8,3 %	7,4 %
Nej slet ikke	Count		1	0	1
	% within Periode		6,7 %	,0%	3,7 %
Ved ikke/ ej relevant	Count		1	2	3
	% within Periode		6,7%	16,7%	11,1%
Uoplyst	Count		4	0	4
	% within Periode		26,7%	,0%	14,8%
Total	Count		15	12	27
	% within Periode		100,0 %	100,0 %	100,0 %

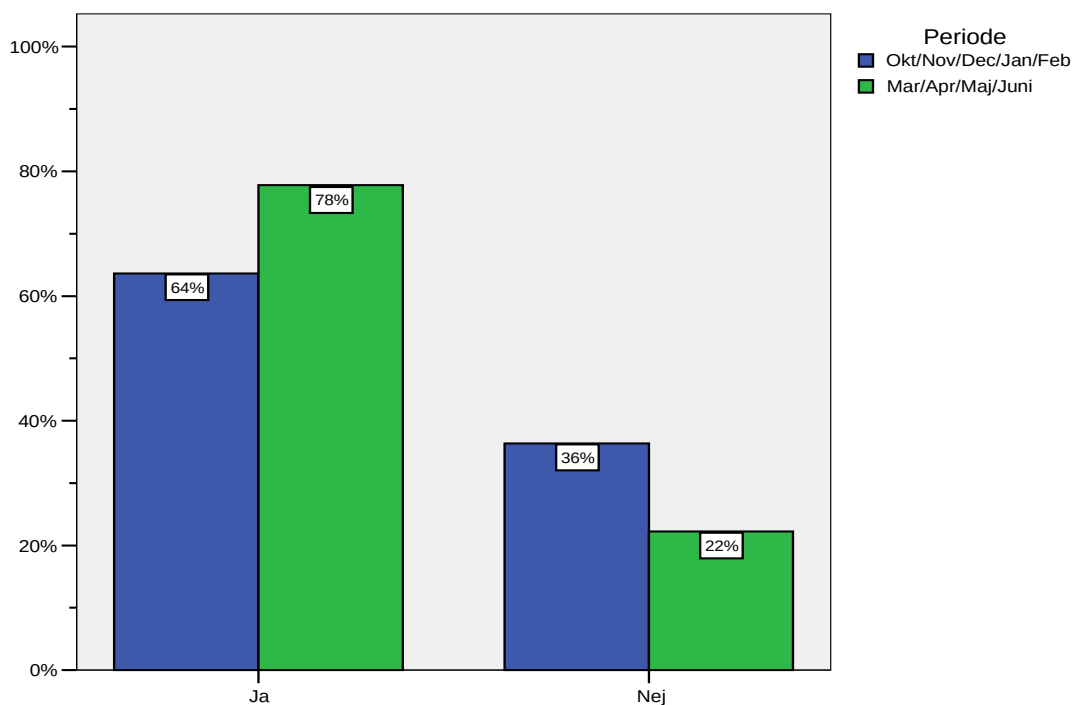


Sp 6. Synes du, at personalet viste hensyn og respekt for dig som menneske i forbindelse med tvangen?

Her ses det, at patienterne for størstepartens vedkommende mener sig behandlet med hensyn og respekt. Det kan godt være lidt bemærkelsesværdigt, når man jo ved brugen af tvang netop tilsidesætter patientens ret til autonomi på nogle væsentlige punkter. Det kan nemt virke respektløst, og det kræver megen finfølelse fra personalets side samtidig at udvise respekt for andre sider af patientens autonomi.

Spg. 7. Har du haft en opfølgende samtale med personalet efter tvangen?

			Periode		Total
			Okt/Nov/Dec/Jan/Feb	Mar/Apr/Maj/Juni	
Ja	Count		7	7	14
	% within Periode		46,7%	58,3%	51,9%
Nej	Count		4	2	6
	% within Periode		26,7 %	16,7 %	22,2 %
Ved ikke	Count		1	3	4
	% within Periode		6,7 %	25,0 %	14,8 %
Uoplyst	Count		3	0	3
	% within Periode		20,0%	,0%	11,1%
Total	Count		15	12	27
	% within Periode		100,0 %	100,0 %	100,0 %

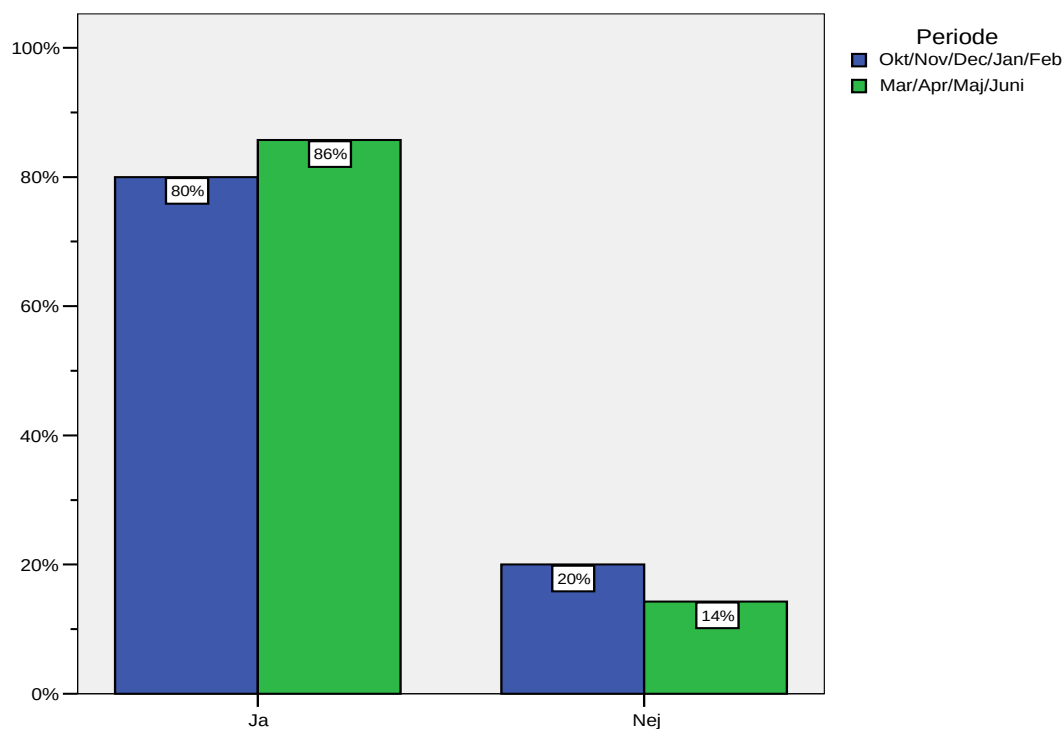


Sp 7. Har du haft en opfølgende samtale med personalet efter tvangen?

Dette tilsyneladende enkle spørgsmål kan misforstås. Umiddelbart efter at have talt en tvangssituation grundigt igennem med en patient udleverede jeg spørgeskemaet, og kort efter kom patienten for at spørge om hun havde haft en opfølgende samtale!

Hvis Ja: Fik du udbytte af den opfølgende samtale?

			Periode		Total
			Okt/Nov/Dec/Jan/Feb	Mar/Apr/Maj/Juni	
Ja i høj grad	Count		3	3	6
	% within Periode		42,9 %	42,9 %	42,9 %
Ja i nogen grad	Count		1	3	4
	% within Periode		14,3 %	42,9 %	28,6 %
Nej kun i mindre grad	Count		1	1	2
	% within Periode		14,3%	14,3%	14,3%
Uoplyst	Count		2	0	2
	% within Periode		28,6%	,0%	14,3%
Total	Count		7	7	14
	% within Periode		100,0 %	100,0 %	100,0 %

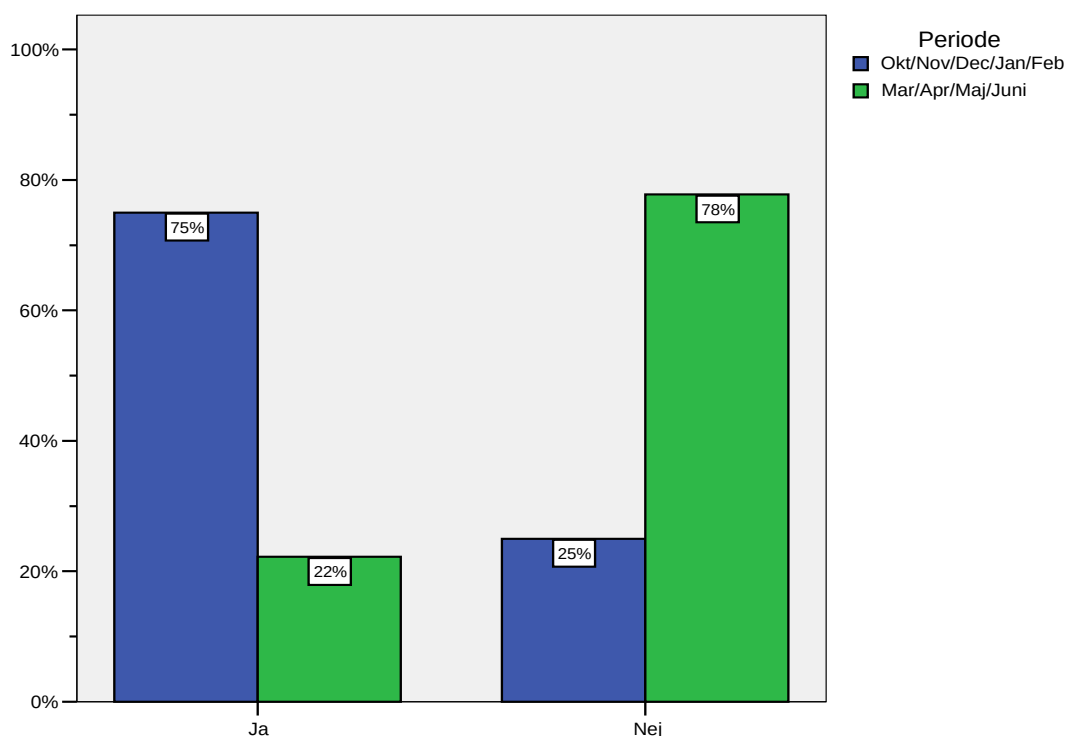


Sp 8. Hvis Ja: Fik du udbytte af den opfølgende samtale?

Med forbehold for de meget små tal er det glædeligt, at størsteparten af patienterne mener, at de har fået udbytte af den opfølgende samtale.

Når du ser tilbage, synes du så, at brugen af tvang kunne være undgået?

			Periode		Total
			Okt/Nov/Dec/ Jan/Feb	Mar/Apr/ Maj/Juni	
Ja i høj grad	Count		6	2	8
	% within Periode		40,0 %	16,7 %	29,6 %
Nej slet ikke	Count		2	7	9
	% within Periode		13,3 %	58,3 %	33,3 %
Ved ikke/ ej relevant	Count		2	2	4
	% within Periode		13,3%	16,7%	14,8%
Uoplyst	Count		5	1	6
	% within Periode		33,3%	8,3%	22,2%
Total	Count		15	12	27
	% within Periode		100,0 %	100,0 %	100,0 %

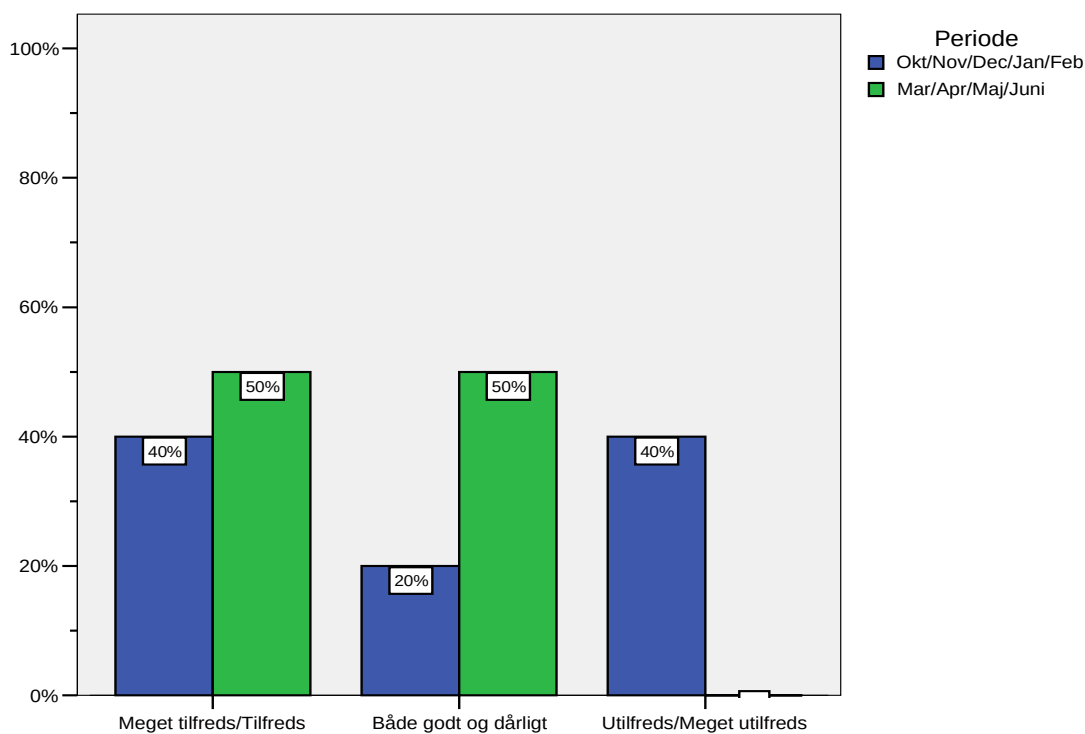


Sp 9. Når du ser tilbage, synes du så, at brugen af tvang kunne være undgået?

Her ses en stor ændring fra, at 3/4 af patienterne mener, at tvangen kunne være undgået til at kun 1/4 mener det. Da det fortsat er forholdsvis små tal er det måske væsentligere at hæfte sig ved, at halvdelen af patienterne mener, at tvangen kunne være undgået. I den forbindelse er det relevant at indføre eftersamtaler for at kunne opsamle den viden og erfaring, der skal til for at kunne reducere brugen af tvang. Det er dog næppe muligt altid at nå til enighed med patienterne om, hvorvidt brugen af tvang kan undgås.

Hvad er din samlede vurdering af personalets brug af tvang?

			Periode		Total
			Okt/Nov/Dec/Jan/Feb	Mar/Apr/Maj/Juni	
Fem stjerner (Meget tilfreds)	Count		3	1	4
	% within Periode		20,0 %	8,3 %	14,8 %
Fire stjerner (Tilfreds)	Count		1	3	4
	% within Periode		6,7 %	25,0 %	14,8 %
Tre stjerne (Både godt og dårligt)	Count		2	4	6
	% within Periode		13,3 %	33,3 %	22,2 %
En stjerne (Meget Utilfreds)	Count		4	0	4
	% within Periode		26,7 %	,0%	14,8 %
Ved ikke	Count		1	3	4
	% within Periode		6,7 %	25,0 %	14,8 %
Uoplyst	Count		4	1	5
	% within Periode		26,7%	8,3%	18,5%
Total	Count		15	12	27
	% within Periode		100,0 %	100,0 %	100,0 %



Sp 10. Hvad er din samlede vurdering af personalets brug af tvang?

Da denne besvarelse er meget subjektiv og kan have forskelligt udgangspunkt for forskellige patienter, kan den næppe bruges til andet end at fortælle, at knap halvdelen af patienterne er tilfreds med den måde personalet bruger tvang og kun 20 % er direkte utilfredse.

Belægningstal for perioden

Belægningen har i perioden ikke ændret sig væsentligt fra det normale billede på afdelingen.

Første halvår 2004: 133 %

Andet halvår 2004: 123 %

Første halvår 2005: 131 %

Der er ingen tvivl om, at den kroniske overbelægning påvirker patienterne både direkte og indirekte. Da overbelægningen er stabil igennem perioden, kan den ikke forklare udsvingene i anvendelsen af tvang.

Afprøvede / testede forandringer

Succesfulde forandringstiltag:

1. Indførelse af skærmningsniveauer
2. Brug af ergoterapeut som forebyggelse af tvang
3. Måltrettet brug af afslapningsmusik i forbindelse med bæltefikseringer
4. Eftersamtaler efter fikseringer
5. Husregler for brug af mobiltelefon

Indførelse af skærmningsniveauer

Sideløbende med deltagelse i gennembrudsprojektet, har afdelingen deltaget i et skærmningsprojekt under Region Nord (Nordjyllands, Ringkøbing, Viborg & Århus amter).

I forbindelse hermed er der i Viborg blevet udarbejdet retningslinier for skærmning. Afprøvnings- og implementering af disse retningslinier er udført som en PDSA-test. Retningslinierne indeholder en beskrivelse af forskellige typer af skærmning, som igen kan opdeles i forskellige niveauer.

Indførelsen har været en succes. Personalet har i løbet af testperioden taget materialet til sig, og er begyndt at beskrive skærmningsniveau for hver enkelt patient. Det har givet en forbedring af plejen af den enkelte patient og især styrket fokuseringen på de behov, som den enkelte patient har. Det er vores indtryk, at den strukturerede brug af skærmning har forebygget anvendelse af tvang.

Brug af ergoterapeut som forebyggelse af tvang

Ergoterapeuten har, med sin indsats, øget kvaliteten af plejen for den svageste gruppe af patienter i afdelingen. Det er de patienter, der i den del af deres forløb ikke kan indgå i de gruppesammenhænge, der er størsteparten af de tilbud, der sædvanligvis gives fra ergoterapien. Det kan ikke siges med sikkerhed, at ergoterapeuten har kunnet afværge tvang, men i et par enkelte tilfælde er det vores klare opfattelse, at en situation, der førte til tvang er blevet udsat. I testperioden har afdelingen i en del af tiden ikke haft patienter, der var truet af tvangsforanstaltninger. Det har betydet, at ergoterapeuten har vendt sin indsats mod andre svage patienter, og derved øget kvaliteten af deres indlæggelse. Det må formodes at dette i nogle tilfælde kan have forebygget brugen af tvang. Efter testperiodens slutning har det ikke været muligt, at finde de økonomiske midler til at fortsætte med ergoterapeutens målrettede indsats. Det er teamets indstilling, at det bør prioriteres højt, at finde de nødvendige midler.

Måltrettet brug af afslapningsmusik i forbindelse med bæltefikseringer

Visse typer musik er kendt for at kunne virke afslappende. Dette har vi forsøgt at udnytte ved at bruge afslapningsmusik i forbindelse med bæltefikseringer. Erfaringerne fra afprøvningsperioden viser, at hovedparten af patienterne selv føler, at de falder hurtigere til ro. Personalet mener ligeledes, at det i nogle tilfælde har en beroligende effekt på patienterne. Det er dog svært at afgøre, om patienterne er blevet løsløst hurtigere.

For nogle enkelte patienter har afslapningsmusikken har haft en modsat effekt, idet de er blevet irriterede af musikken. Nogle har ønsket at høre noget andet, men vi har været enige om, at det ikke er en god idé, da nogle typer musik kan virke decideret ophidsende. I stedet er musikken blevet slukket.

Vi har installeret et musikanlæg på fikseringsstuen, og ved fikseringen på denne stue, er det efterhånden rutine at starte afslapningsmusikken. Den mulighed findes dog ikke ved fiksering på andre stuer, og vi kan derfor ikke bruge afslapningsmusik helt konsekvent. Erfaringer fra brugen af ghettoblaster viser, at det meget nemt bliver til en radiokanal med popmusik, og derfor har vi ikke ønsket at anvende den mulighed.

Eftersamtaler efter fikseringer

For at blive klogere på, hvad der i de enkelte tilfælde har ført til fiksering, og for at gøre den enkelte patient klogere på, hvad der førte til fikseringen, har vi afholdt eftersamtaler med de patienter, der har været fikseret. Det er dog, af forskellige årsager, ikke lykkedes at holde eftersamtaler med alle patienterne.

De patienter vi har talt med, har hovedsageligt givet udtryk for, at fikseringen næppe har kunnet undgås. Enkelte har dog også været af den mening, at vi bare skulle lade dem gøre, som de ville, uden at fikse.

Det har for enkelte patienter været godt at få talt oplevelsen igennem og få en forståelse af hvorfor han/hun blev fikseret. De fleste vidste godt hvorfor de blev fikseret. De var dog ikke nødvendigvis enige i, at det var nødvendigt.

I afdelingen står vi overfor indførelse af eftersamtaler for alle patienter inden udskrivelse eller overflytning, og det er spørgsmålet, om disse eftersamtaler kan opfylde det samme formål som de afprøvede. Vi er derfor afventende med implementering i afdelingen.

Husregler for brug af mobiltelefon

Indførelsen af husregler for brug af mobiltelefon har været begrundet i ønsket om at begrænse nogle patienters kontakt med omverdenen. Det har f.eks. været maniske patienter, der fortsætter deres planer og impulsindkøb via telefonen, eller det har været misbrugere, der via telefonen aftalte hvordan der kunne indsmugles narkotiske stoffer. Derudover har det været hæmmende på miljøterapien i afdelingen, når nogle patienter foretrak at tale med andre via telefon (eller SMS) frem for at deltage i samværet i afdelingen.

Mange mobiltelefoner er i dag udstyret med kamera. Da en del af vore patienter har behov for beskyttelse mod at blamere sig, ønsker vi ikke kameraer i afdelingen.

Der blev derfor opstillet nogle regler for brugen af mobiltelefon i afdelingen. Disse regler er efter justering blevet til faste regler, som alle patienter orienteres om ved indlæggelsen.

Det er svært at afgøre hvilke konflikter, der undgås ved hjælp af de nye regler. Det har dog vist sig, at indførelsen af reglerne gav anledning til konflikter. Da nogle mennesker anser deres mobiltelefon for at være en meget vigtig del af deres dagligdag, har reglerne givet anledning til en del diskussioner med nyindlagte patienter.

Vi har dog ønsket at fastholde reglerne, udfra de ovenstående argumenter.

Implementerede / spredte forandringer

Implementerede forandringstiltag:

1. Indførelse af skærmningsniveauer
2. Måltrettet brug af afslapningsmusik i forbindelse med bæltefikseringer
3. Husregler for brug af mobiltelefon
4. Metoden anvendes i kvalitetsarbejdet i sygehuset

Igangsatte spredningsaktiviteter:

Brugen af skærmningsniveauer er via sygehusets kvalitetsgruppe ved at blive indført på alle sygehusets afdelinger.

Andre afdelinger i sygehuset er blevet tilbudt undervisning i brugen af metoden, der findes meget anvendelig til afprøvning og implementering af forandringer i afdelingen.

Resultat

I løbet af perioden er brugen af tvang steget. Da antallet af tvangsepisoder er ret lavt, kan en enkelt patient påvirke statistikken en del. I projektperioden har vi haft 3-4 patienter, som har påvirket tvangsstatistikken voldsomt. De udsving, der er i patientsammensætningen vurderes til at være af større betydning for brugen af tvang, end de tiltag, der er gjort i forbindelse med tvangsprojektet.

I forbindelse med dette projekt har vi fået afprøvet en del idéer. Desuden har vi haft mange frugtbare diskussioner, som ikke nødvendigvis har mundet ud i afprøvninger, men som alligevel på sigt betyder en ændring i holdningen til den daglige pleje, efterhånden som disse diskussioner er blevet bredt ud til andre fora i afdelingen.

I løbet af dette projekt er vi blevet bevidst om, at der er mange parametre, der påvirker brugen af tvang. Nogle af parametrene har vi, gennem afprøvning af forandringstiltag, forsøgt at bruge konstruktivt for at reducere brugen af tvang. Vi har dog måttet erkende, at parametre, der er uden for vores kontrol, kan have en meget større indflydelse på afdelingens brug af tvang. Det gælder f.eks. ændringer i sammensætningen af patienter. Vi har i løbet af projektperioden haft nogle få patienter, der i kraft af deres sygdom og personlighed har foranlediget mange tvangsforanstaltninger. Dette har formodentlig været medvirkende årsag til den stigning i brugen af tvang, der er sket på trods af de forandringstiltag, der er iværksat.

Kommentarer til procesarbejdet

I projektperioden har der været afholdt ugentlige teammøder, medmindre den ene deltager har været forhindret. Der har ikke været afsat et bestemt timetal for projektet, men der har været mulighed for at bruge den nødvendige tid. Begrænsningen har således mest ligget i, at teammedlemmerne har haft andre opgaver, der også har krævet opmærksomhed.

Projektet har været handicappet af, at der kun var to teammedlemmer. Især har det været et problem, at der ikke har deltaget en læge i projektet. Samtidig startede projektet på et tidspunkt, hvor afdelingen var meget belastet af overbelægning og en stor frustration blandt personalet. På den baggrund blev det besluttet, at afprøvningsne hovedsageligt skulle foretages af teammedlemmerne. Det har på den anden side betydet, at afprøvningsne har været meget afhængig af en enkelt medarbejders tilstedeværelse. Det har også betydet, at afprøvning af nye forandringstiltag har skullet begrænses til, hvad den pågældende medarbejder har kunnet overkomme. Det har bl.a. betydet, at vi har haft ret lange testperioder og også ret lange implementeringsperioder.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Idéen med at forsøge med småskaletests inden indførelsen af forandringer har vist sig at være en god måde at arbejde på i det daglige arbejde, hvor forandringer er nødvendige, for at udvikle plejen. Metoden er derfor allerede taget i brug i et andet projekt.

Det har været meget givende at komme i kontakt med andre teams under læringsseminarerne. Brugen af Internettet til spredning af erfaringer og arbejdsredskaber har været rigtig god. Vi har brugt arbejdsredskaber fra Gennembrudsforum både i arbejdet i teamet og i andre sammenhænge. Specielt har sygehusets kvalitetsgruppe nydt godt af artikler og arbejdsredskaber fra Gennembrudsforum. Det kunne være en god idé at bevare Gennembrudsforums filer og gøre dem tilgængelige for alle.

Det videre arbejde...

I sygehusets kvalitetsgruppe arbejdes der med at udarbejde standarder. Heriblandt også tiltag, der kan medvirke til at reducere anvendelsen af tvang.

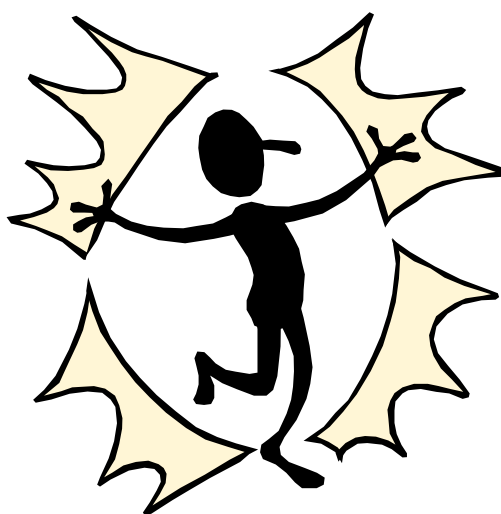
Overordnet er der planer om at adskille modtagelsen og intensiv. Det vil kunne give mere ro og mere plads begge steder og vil dermed kunne medvirke til at reducere anvendelsen af tvang.

Udfra de positive erfaringer med at have en ergoterapeut i afdelingen, vil vi undersøge muligheden for igen at få en ergoterapeut tilknyttet afdelingen.



Gennembrudsprojekt

Team Vordingborg



Slutrapport

Team	Vordingborg M1, Færggårdsvej 15 4760 Vordingborg tlf. 55 35 12 11
Teammedlemmer	Ann Storkehave (Souschef) Email: ast@psykcentermidt.stam.dk Susanne Kulonka (Sosu.assistent) Email: spsku@stam.dk Gitte Brinch(Udv.sygpl.) Email: gbr@psykcentermidt.stam.dk Edel Petersen (Sosu.assistent) Email: edp@psykcentermidt.stam.dk Ole Larsen (overlæge) Email: ola@psykcentermidt.stam.dk Jytte Tved (afd.sygpl.) Email: jtv@psykcentermidt.stam.dk Anette Therkildsen (Udv.konsulent) spant@stam.dk
Beskrivelse af afsnittet	Højtskærmet afsnit med 13 sengepladser. Personalenormering 26.
Resumé af resultater	Vi har arbejdet inden for alle tre temaer i forandringskataloget. Teamet har arbejdet målrettet på at nedsætte varigheden og antallet af bæltefikseringer med 50 %, vi har ikke opnået synlige resultater endnu. Vi har opnået en markant forbedring i kvalitet og dokumentation af sygeplejen til den bæltefikserede patient, dels ved hjælp af bæltejournalen og et øget fokus på tvang i afsnittet. Tilbud om samvær og aktiviteter i fællesskab med patient og personale er blevet forøgede i projektperioden, vi har indført eftermiddagsmøder hver dag.

Lokal målsætning og lokale mål

Lokal målsætning, outcome mål, procesmål og balancerende mål

Som deltagere i det nationale projekt om brug af tvang, vil vi på afsnit M1, i de næste 10 måneder arbejde med at forbedre vores praksis omkring tvangsanvendelse - forbedre den faglige kvalitet af tvang, den patientoplevede kvalitet af tvang og reducere brugen af tvang. Vi vil have fokus på at forbedre den faglige kvalitet og dokumentation i forbindelse med bæltefiksering. Vi vil indgå aktivt i netværks-samarbejdet med henblik på inspiration, faglig sparring og erfaringsudveksling med andre afsnit, for at arbejde med vores fokusområder.

Outcome mål

- Nedbringe varigheden af bæltefikseringer med 50 % i forhold til 1. og 2. kvartal 2004
- Nedbringe antallet af bæltefikseringer med 50 % i forhold til 1. og 2. kvartal 2004
- Forbedre den faglige kvalitet og dokumentation i forbindelse med bæltefiksering ved hjælp af en ”bæltejournal
- Alle personaler i afsnittet skal være i stand til at håndtere en konflikt ved at gøre brug af metoderne som lært i psyko/fysisk træning

- Inden afslutningen på projektet have afklaret hvilke skadeanmeldelser der har været i denne 9 måneders periode, samt kunne se nedgang i anmeldelserne på 25 %

Proces mål

- Personalet udfylder reflektionsskema ved hver bæltefiksering
- Bæltejournal bliver anvendt ved hver bæltefiksering, og patienten bliver tilset af læge hver 4. time
- 100 % af personalet deltager regelmæssigt i psykofysisk træning for at vedligeholde deres færdigheder.
- Udlevering af Fastvagt folder til samtlige ude fra kommende faste vagter
- Morgen og eftermiddagsmøde bliver afholdt hver dag
- Tildeling af kontaktpersoner i hver aftenvagt
- Indførelse af revideret fastvagt procedure, hvor patienten kun har 2 personaler tilknyttet
- Husordenen er revideret og hele personalegruppen er bekendt med og tilslutter sig denne

Balancerende mål

- Stiger sygefravær i personalegruppen
- Stiger antallet af skadesanmeldelser
- Er der sket en ændring i dokumentationen ved bæltefikseringer.

Målinger

Beskriv hvordan målingerne blev gennemført

- Data fra tvangsprotokollerne for hele 2004 er Databehandlet af det Nationale Sekretariat
- Data omkring patienttilfredshed er blevet samlet ind via udlevering af det ”gule” spørgeskema og databehandlet af Det nationale sekretariat
- Vi har lavet målinger på, hvor ofte der bliver afholdt eftermiddagsmøder og på hvor mange patienter der deltager
- Antallet af udfyldte bæltejournaler i forhold til antallet af bæltefikseringer
- Antallet af udfyldte reflektionsskema i forhold til antallet af bæltefikseringer
- Hvor mange personaler som har deltaget i psyko/fys i forhold til antal gange afholdte.

- Vi har målt på hvor mange personaler, der har deltaget i undervisningen omkring projektet.
- Vi har lavet målinger på hvor mange personaler, der har deltaget i undervisning omkring psykiatriloven ved Anne-lise Hvid (jurist i Amtet).

Afprøvede / testede forandringer

1. Nævn de mest succesfulde forandringstiltag der er gennemført i løbet af projektperioden, 2. Nævn de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang på afsnittet/afdelingen

- 1 Bæltejournalen, eftermiddagsmøder, fast-vagt folder, ændringer af vores fast-vagt procedure samt revision af Husorden
- 2 Refleksionsskema, bæltejournalen og ændringer af vores fast-vagt procedure.

Implementerede / spredte forandringer

1. Hvilke forandringstiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden, 2. Beskriv igangsatte spredningsaktiviteter

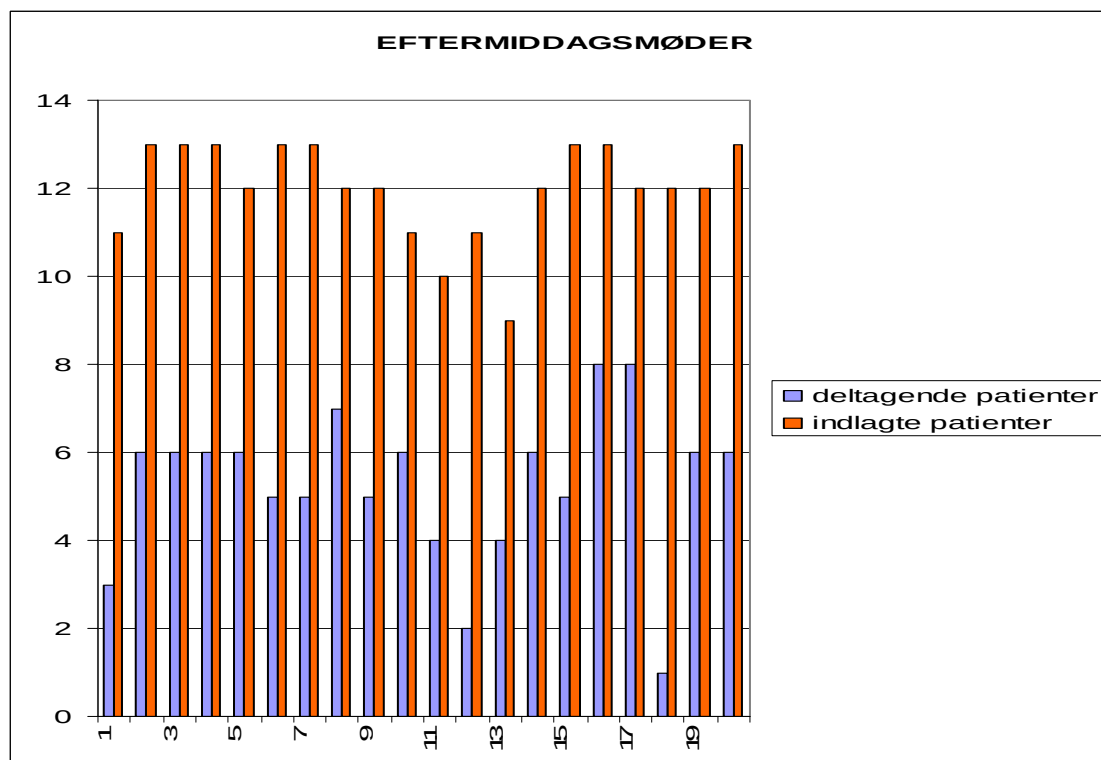
Refleksionsskema, eftermiddagsmøder, tildelt kontaktperson om aftenen, bæltejournal, fast-vagt procedure, formalisering af psyko/fys træning, fast-vagt folder, revideret husorden, ændring af morgenmøde.

Vi har haft erfaringsudveksling til et andet sygehus (somatisk) i Storstrøms Amt, hvor vi har haft til opgave at præsentere vores arbejde med metoden på en temadag. Vi er indgået i et samarbejde med UUF-afdelingen, hvor vi på temadage for alle medarbejdere i psykiatrien vil undervise i Gennembrudsmodellen og fortælle om, hvordan vi har arbejdet med den i praksis.

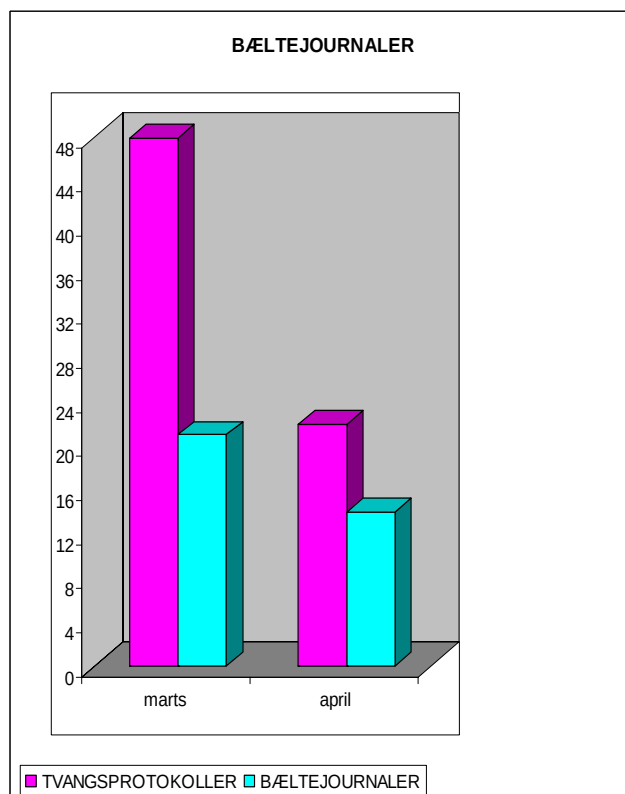
Resultat

1. Beskriv resultaterne 2. Indsæt de vigtigste grafer (max.4) med kommentarer indføjet

1. Bæltejournalen blev anvendt ca. 50 % i forholdt til bæltefikseringer.
Eftermiddagsmøder har vi målt i forhold til afholdte eftermiddagsmøder og deltagende patienter, ca. 40 til 50 % af de indlagte patienter har deltaget i møderne.
2. Grafer:



En af grundene til at eftermiddagsmøderne ikke bliver afholdt hver dag, er, at den almindelige stuegang ofte foregår på det tidspunkt, samt at vagterne ofte er dækket med 1 til 2 vikarer. De gange møderne bliver afholdt, er det tydeligt, at det medfører mere samling og ro i afsnittet. Personalet danner sig hurtigt et overblik over, hvad der rører sig i afsnittet, og patienterne er trygge ved at få tildelt kontaktpersoner i aftenvagten. Eftermiddagsmøderne medfører også øget aktivitet i aftenvagten. Patienterne får mulighed for indflydelse på valg af aktiviteter. Dette er medvirkende til mere ro i afsnittet og bedre nattesøvn hos patienterne.



Det har været svært at få hele personalegruppen til at bruge bæltejournalen. I de tilfælde hvor den er blevet benyttet, er det vores klare opfattelse at kvaliteten i selve bæltefikseringen bliver forbedret. I mange tilfælde er de hyppige observationer medvirkende til en reduktion af varigheden af bæltefikseringen. Bæltejournalen medfører desuden at personalet får et klarere billede af patientens aktuelle tilstand døgnet igennem.

Kommentarer til procesarbejdet

1. *Beskriv rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden.(f.eks. hyppighed og tid til teammøder, frikøb af personale),*
2. *Beskriv væsentlige ændringer i projektperioden mht. ændringer i organisationen (f.eks. personale, ressourcer m.m.)*

1. Vi er et fast team på 5 medarbejdere, som er mødtes 1 gang ugentlig a' mindst 5 timers varighed. Den sidste onsdag i måneden har vi haft møde med vores spredningsansvarlige og overlæge. Hvis det har været nødvendigt har vi fået tilført personaleressourcer til afsnittet. Vi har fået et lokale med internetadgang og telefon stillet til rådighed, da det viste sig, at det var svært at få arbejdsro i selve afsnittet.

2. Der har ikke været nogen væsentlige ændringer i organisationen mht. personaleressourcer.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

1. *Beskriv hvad har været det mest givende ved at arbejde med metoden?,*
2. *Beskriv hvad har været det sværeste ved at arbejde med metoden?,*
3. *Beskriv hvad er jeres samlede erfaringer med at arbejde med metoden*

1. Vi synes at det mest givende har været at vi har kunnet teste småt, dvs. vi har hurtigt kunne gå i gang med at teste vores pdsa uden at vi har skullet have det op på personalemødet først, forandringerne har kunnet ske hurtigt.

2. Det har ind imellem været svært at overskue og fastholde personalet, når vi har haft mange pdsa cirkler i gang. Det har været svært at holde personalets engagement ved lige, særlig når der har været mange cirkler i gang samtidig.

3. Vores erfaring er at det vil være godt at have færre pdsa-cirkler i gang og så teste dem færdige, så vi bedre kunne fastholde dem og få dem implementeret. Det tager lang tid at få personalet til at ændre på rutiner, når vi arbejder på en højtskærmet afd. hvor tingene og beslutningerne nogle gange skal gå stærkt.

Det videre arbejde...

Beskriv hvilke planer der er lagt for det videre arbejde med kvalitetsudvikling vedr. tvang. Såfremt der er indgået aftaler med ledelsen om det videre arbejde beskrives disse. Hvis ikke der er lagt aktuelle planer, beskrives de ønsker I som team har for det fremtidige arbejde.

Der er indgået en aftale om implementering af resultaterne i gennembrudsprojektet med ledelsen i Psykiatrien i Storstrøms Amt. Reduktion af magt og tvang er udpeget til at være et indsatsområde i psykiatrien resten af år 2005. Lederen af Uddannelses-, Udviklings- og Forskningsafdelingen (UUF) har ansvaret for implementeringen.

Vi har haft flere projekter i gang vedrørende emnet og har lagt strategier for en fælles implementering af disse. Det drejer sig om følgende:

- Udredning af magt/tvang i psykiatrien. (Arbejdsgruppen har udarbejdet anbefalinger i rapport).
- Indførelse af skærmning som ny metode (Udarbejdelse af Skærmningsrapport i 2001 og 2005)
- Deltagelse i EU – forskningsprojekt vedr. vold, stress og udbrændthed hos personalet, der arbejder med akutte urolige patienter.
- Gennembrudsprojektet.

Implementeringsplan:

Projekt "Reduktion af Magt og Tvang" er opdelt i 3 faser

Fase 1: Temadage for personalet (1 dag) over et forløb på 5 uger. Afvikles i uge 35-36-37-38 og 39. Der arbejdes på temadagen med emnet skærmning (oplæg og cases) og Team Vordingborg præsenterer gennembrudsprojektet.

Fase 2: Nøglepersoner uddannes og arbejdsgrupper nedsættes til understøttelse af arbejdspladslæring lokalt (5 dage), hvor to medarbejdere deltager fra hvert sundhedsfagligt afsnit. Nøglepersoner vil bl.a. blive oplært i gennembrudsmetoden og bliver ansvarlige for at starte projekter op på egen afdeling. Det er aftalt at en medarbejder i Kvalitetsafdelingen i Århus hjælper os med et oplæg om metoden på en af dagene.

Fase 3: Vidensdeling mellem arbejdspladserne og evaluering
Det er foreløbig tænkt at forløbene skal følges om af nogle afslutningsdage.

I fase 1 vil der være deltagelse af alle medarbejdere fra de sundhedsfaglige afsnit, og der vil være deltagelse af udvalgte medarbejdere fra de distriktspsykiatriske teams og de socialpsykiatriske institutioner. I fase 2 vil der kun være deltagelse af de sundhedsfaglige medarbejdere. Centerledelser og forstandere (repræsenterer såvel den sundhedsfaglige som den socialfaglige psykiatri) udpeger de konkrete personer fra hvert arbejdssted til pladserne på kurserne. UUF står for det kursusadministrative og planlægning af program for dagene.

I implementeringsplanen vil også afsnit M2 blive inddraget. De har arbejdet med et lignende projekt, hvor de har afprøvet anvendelsen af støttende og beroligende aktiviteter for at reducere behovet for tvang. De har valgt at gøre patienterne medansvarlige for indlæggelsesforløbet. Resultaterne er beskrevet i en rapport med titlen "Omstilling til at kunne rumme højtskærmede patienter i lavt skærmet afsnit uden brug af bæltefiksering".

Information om projektet

Der har været givet og der er fortsat planlagt information om projektet på mange niveauer. Det har været taget op som punkt på et centerledelsesmøde, hvor der blev orienteret om planen for spredning og der er indkaldt til møde for afdelingssygeplejersker og overlæger i august, for specielt at drøfte kurset for nøglepersoner.

I Info-kilden (det lokale nyhedsbrev for psykiatrien i Storstrøms Amt) har der været et indlæg om projektet på M1.

I nyhedsbrevet "S & P Nyt (Dækker Social og psykiatريفvaltningen) er der et indlæg på vej om projektet på M1.

I UUF har vi i samarbejde med Team Vordingborg udsendt materiale til alle arbejdspladser i psykiatrien i Storstrøms Amt i form af en lille vægavis med ultrakorte gengivelser af resultater fra gennembrudsprojektet (bl.a. en succeshistorie fra afsnit M1). Det er planen, at vi løbende vil orientere på denne måde.

Der planlægges at skrive artikler til fagblade.

Diagram 1

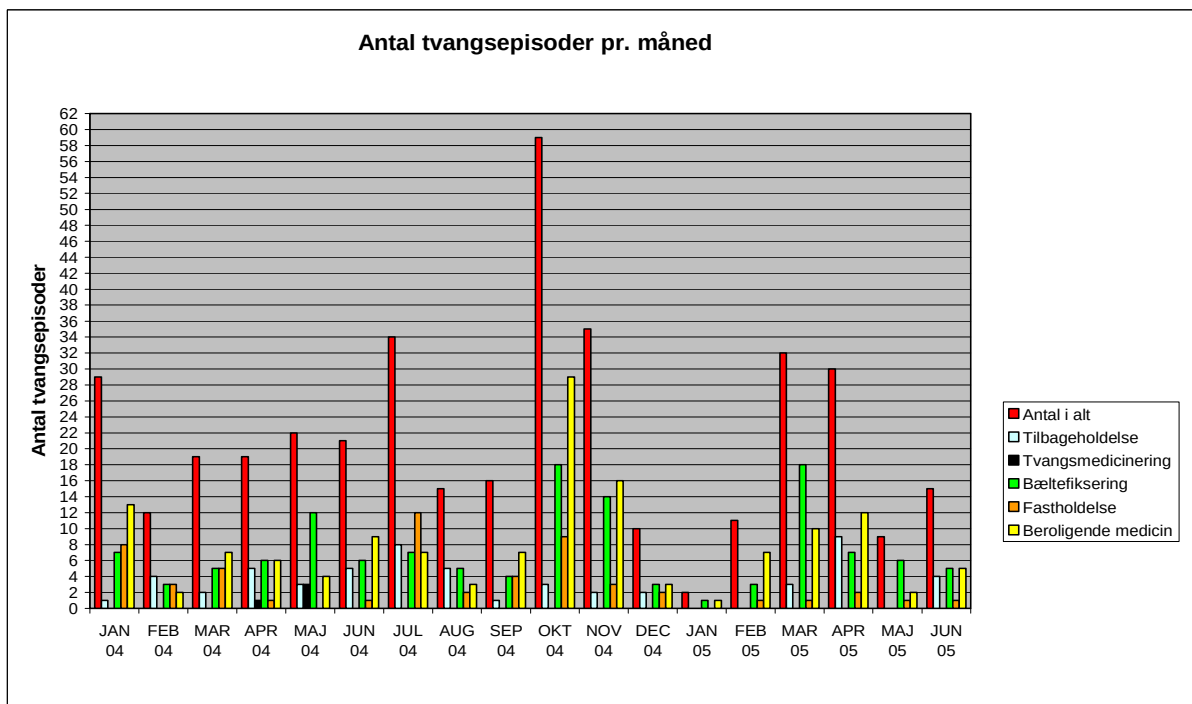
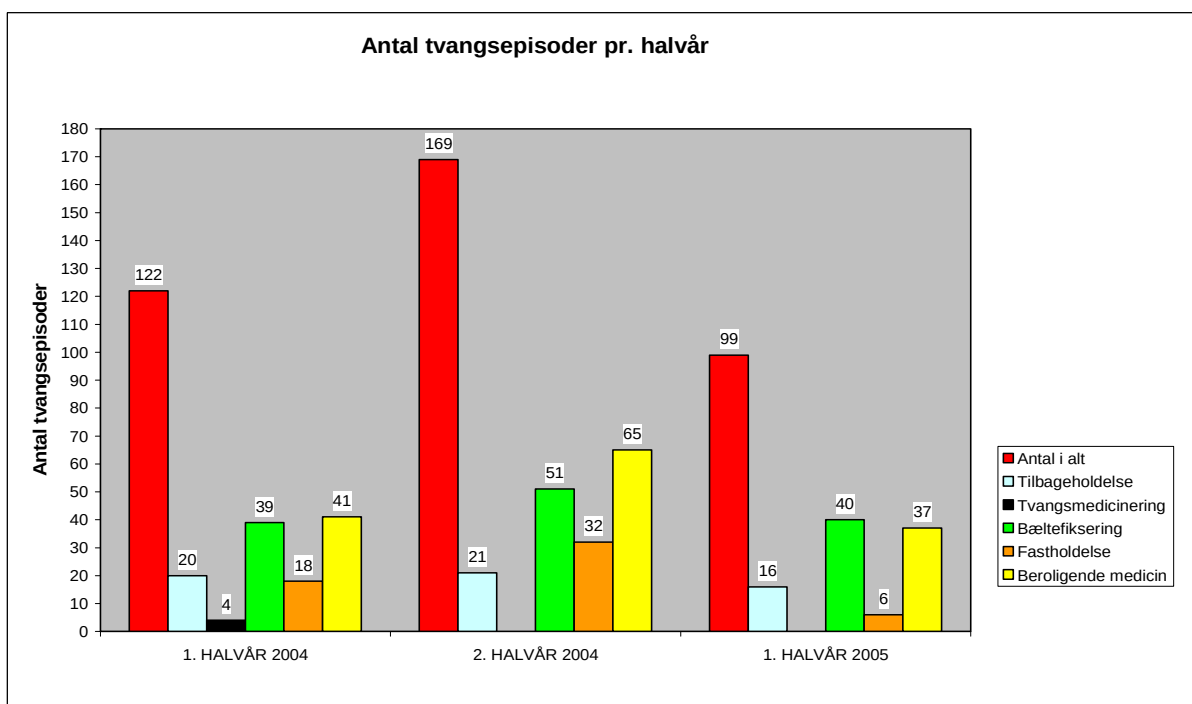


Diagram 2



Tabel 1-4

Tabellerne i dette afsnit er halvårsopgørelser over den tvang der har fundet sted. De giver et overblik over om der er sket ændringer over tid, således at teamene kan måle i hvor høj grad de har nået de lokale målsætninger. Man kan f.eks. aflæse om der har været færre registreringer af en bestemt tvangsform indenfor det sidste halve år af projektperioden sammenlignet med halvåret inden projektet gik i gang. Alle syv tvangsformer præsenteres. Sengeafsnit der har haft tvangsformer med nul observationer i hele måleperioden vises dog ikke.

Tabel 1 og 3 viser de fire tvangstyper der er målelige i antal, varighed og gennemsnitlig varighed. Det omhandler tilbageholdelse, tvangsmedicin, bæltefiksering og døraflåsning.

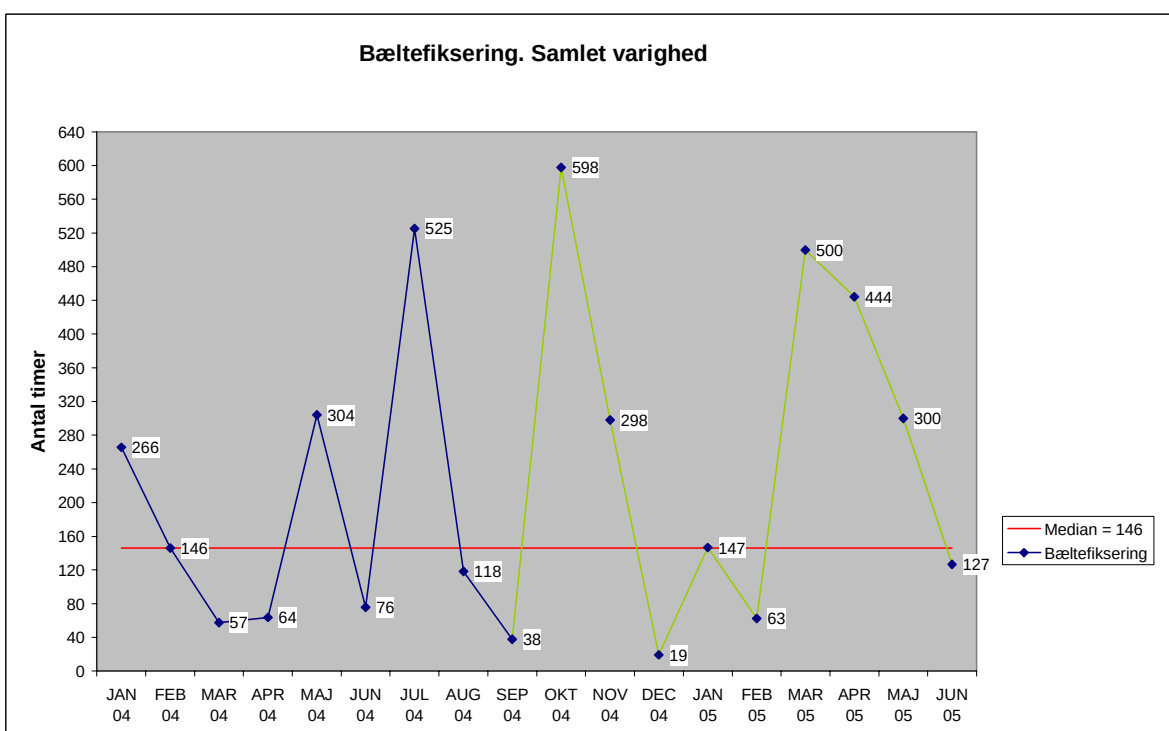
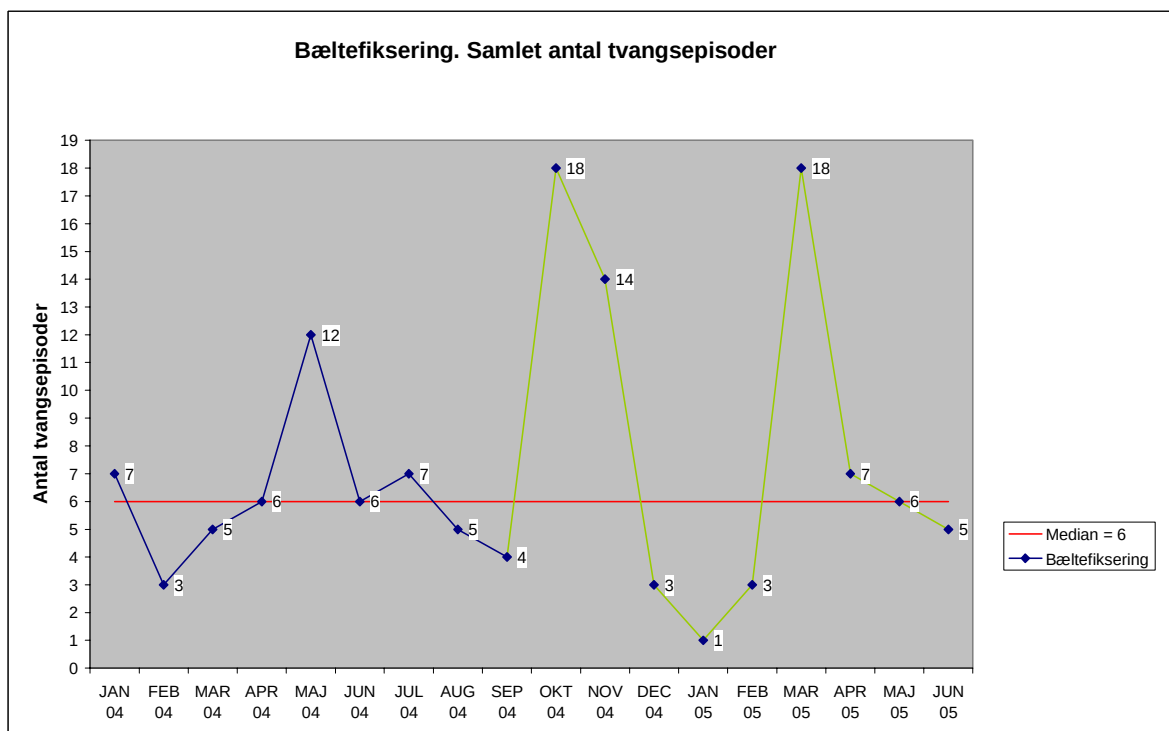
Tabel 2 og 4 viser de tre tvangstyper der kun er mulige at måle i antal. Det omhandler beroligende medicin, fastholdelse og beskyttelsesfiksering. Alle tabeller har en total for hver tvangstype.

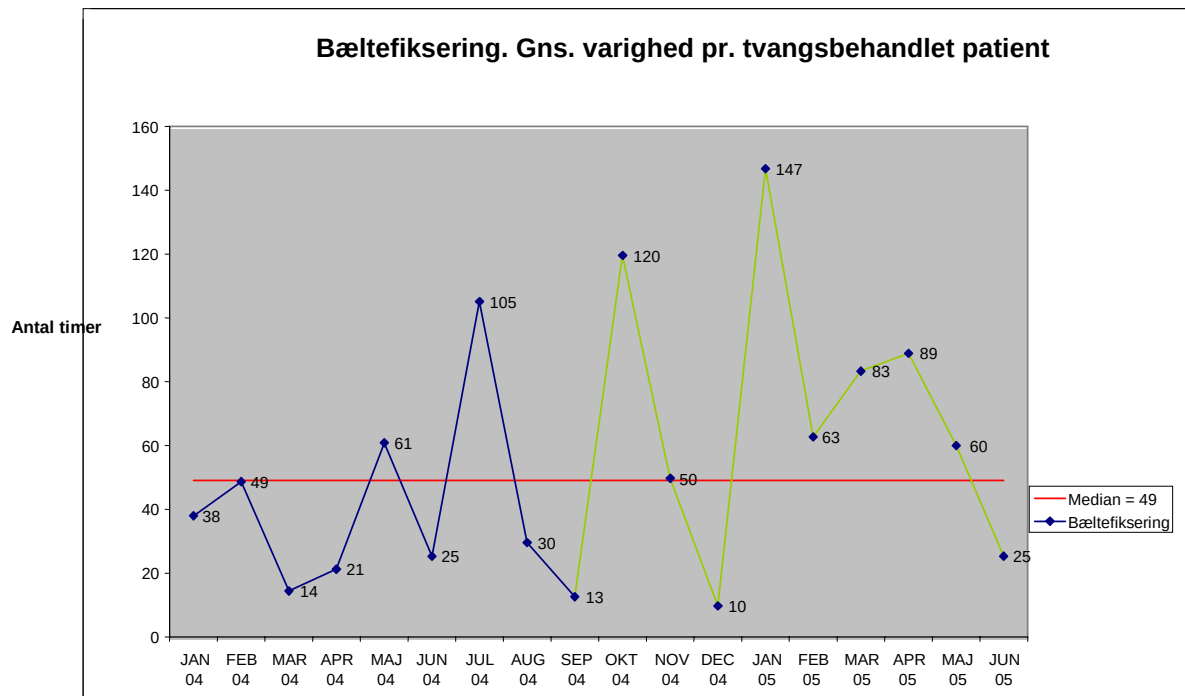
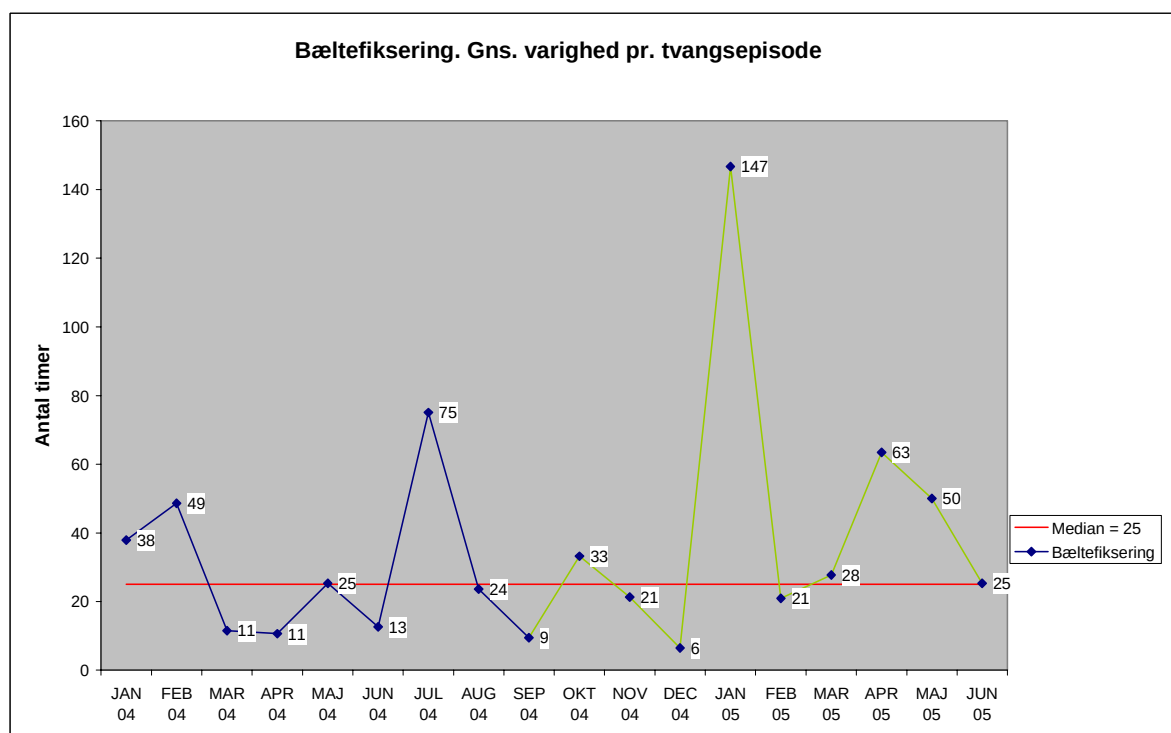
Opgørelserne i tabel 1 og 2 relaterer sig til antallet af tvangsepisoder medens opgørelserne i tabel 3 og 4 relaterer sig til antallet af patienter der har fået tvang.

Tabel 1. Antal samt sum og gns. af varighed af tvang pr. halvår

Halvår		Tilbageholdelse	Tvangs- medicinering	Bæltefiksering
1. HALVÅR 2004	Antal	20	4	39
	Sum	194	179	912
	Gns.	10	45	23
2. HALVÅR 2004	Antal	21	0	51
	Sum	257	0	1596
	Gns.	12	0	31
1. HALVÅR 2005	Antal	16	0	40
	Sum	246	0	1580
	Gns.	15	0	39
Total	Antal	57	4	130
	Sum	697	179	4088
	Gns.	12	45	31

Tabel 1 ovenfor viser *antallet* (antal) af tvangsepisoder, den summerede *varighed* (sum) af tvangen og en tvangsepisodes *gennemsnitlige varighed* (gns.) i det pågældende halvår. Varigheden er opgjort i dage med undtagelse af bæltefikseringer der er opgjort i timer. Tabel 2 nedenfor viser antallet af tvangsepisoder.

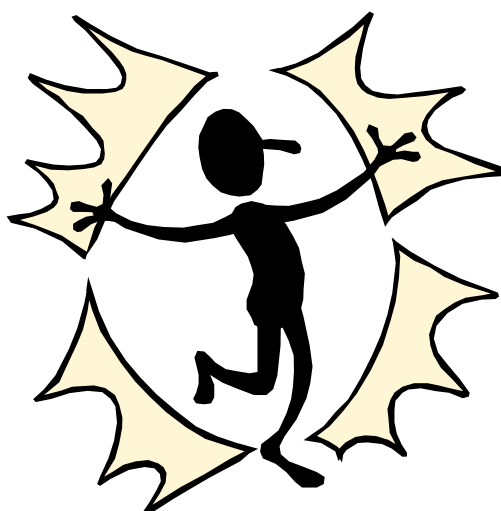






Gennembrudsprojekt

Team Århus Geronto



Slutrapport

Team

Gerontopsykiatrisk afdeling D, afsnit D1 og D2
Psykiatrisk hospital Århus
Skovagervej 2
8240 Risskov
Tlf. . 77 892 228 / 77 892 248

Teammedlemmer

Kontaktperson: Afdelingssygeplejerske Anette Dall,
ada@psykiatri.aaa.dk
Plejer Elin Sørensen, Esr@psykiatri.aaa.dk
Afdelingssygeplejerske Ulla Hansen, ulh@psykiatri.aaa.dk
Overlæge Tove Lausen, tla@psykiatri.aaa.dk
Lægeseekretær Irene Breinholt, leb@psykiatri.aaa.dk
Overlæge Kirsten Abelskov, ka@psykiatri.aaa.dk
Støtteteammedlemmer:
Social/sundhedsass. Jytte Jørup, jjy@psykiatri.aaa.dk
Plejer Åse Sejr, asa@psykiatri.aaa.dk

Beskrivelse af afsnittet

Afdeling D er gerontopsykiatrisk specialafdeling i Psykiatrien i Århus Amt. Afdelingen har amtsdækkende funktion og målgruppen er + 65-årige. Afdelingen har ansvaret for den gerontopsykiatriske behandling såvel distriktskykiatrisk som hospitalsbaseret. Sengeafsnittene D1 og D2 har hver plads til 16 patienter.

Resumé af resultater

Afsnit D1 og D2 er fra at være lukkede sengeafsnit, nu åbne afsnit med mulighed for skærmning.

Afsnit D1 og D2 har med et sigtepunkt i form af reduktion af den gennemsnitlige varighed af beskyttelsesfikseringstiden på 30 %, opnået en faglig opkvalificering ved brugen af beskyttelsesfiksering.

Afsnit D1 og D2 har udarbejdet standard for information af pårørende om beskyttelsesfiksering, dette for at opnå sikring af information samt mulighed for monitorering af tilfredsheden med denne.

Lokal målsætning og lokale mål

Outcomemål

Som deltagere i det nationale gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien, er det vores lokale målsætning løbende gennem projektperioden, at arbejde på at opkvalificere brugen af tvang med fokus på beskyttelsesfiksering ved at nedbringe beskyttelsesfikseringstiden. Vi vil sikre pårørende information om beskyttelsesfiksering, samt tilfredshed med denne.

Afdelingen skal ved projektets afslutning være en åben afdeling med mulighed for skærmning.

Vores lokale mål bliver således:

- 30 % reduktion af den gennemsnitlige varighed af den enkelte beskyttelsesfiksering i de gerontopsykiatriske sengeafsnit.

- 100 % af de pårørende hvor beskyttelsesfikseringproblematikken er aktuel skal modtage information
- 75 % af de pårørende, skal være tilfredse med informationen vedr. dette
- holdningsbearbejdning i forhold til at kunne være en åben afdeling.

Procesmål

- Vi vil tidsregistrere varigheden af den enkelte beskyttelsesfiksering
- Udarbejdelse af vurderingsskema/beskyttelsesfikseringsjournal, mhp vurdering af patienten under beskyttelsesfikseringen.
- Udarbejdelse af refleksionsskema til personalets brug, i forhold til plejeovervejelse ved den enkelte beskyttelsesfiksering.
- Udarbejdelse af standard for - og registrering af - informationssamtale til de pårørende, hvor beskyttelsesfikseringproblematikken er aktuel. I denne forbindelse: Udarbejdelse af orienteringspjece om beskyttelsesfiksering til pårørende
- Udarbejdelse af spørgsmål i refleksionsskemaet, som tager højde for pårørendes udsagn om tilfredshed.
- Udarbejdelse af orienteringspjece til patienter og pårørende om forsøgsvis åbning af afsnittene.
- 100 % af beskyttelsesfikserede patienter skal tidsregistreres
- 100 % af beskyttelsesfikserede patienter skal vurderes en gang i timen af plejepersonalet under beskyttelsesfikseringen vha. vurderingsskemaet.
- Ved 100 % af beskyttelsesfikseringer skal plejepersonalet benytte refleksionsskemaet. Dette skal ske løbende ved hver lovbefalet revurdering, eller ved beslutning om ophør.
- 100 % af de pårørende, hvor beskyttelsesfiksering er aktuel skal tilbydes informationssamtale.

Den 01.03.05 er døren åben fra kl. 10 til kl. 20 alle dage. Afdelingen fungerer således som en åben afdeling med mulighed for skærmning. Der skal på særligt dørschema beskrives om døren låses i den nævnte periode og hvad der i givet fald var årsag hertil, ligesom der udfyldes henholdsvis tvangprotokol 3 eller 4. På andet skema skal beskrives hvilke konsekvenser den åbne dør medfører patient/pårørendemæssigt og fagligt/organisatorisk

Balancerende mål

- Stiger antallet af utilsigtede hændelser F.eks. i form af fald med risiko for traumefølge, når varigheden af den enkelte beskyttelsesfiksering nedsættes.
- Påvirkes beskyttelsesfikseredes døgnrytme/nattesøvn i uheldig retning ved løsning af beskyttelsesfiksering under søvn eller ikke anvendt beskyttelsesfiksering.
- Øges antallet af tvangsforanstaltninger (døraflåsning, protokol 3 og 4).
- Hvordan påvirkes afsnittene strukturelt og organisatorisk, vil der f.eks. være behov for anden antalsmæssig og type/faglig normering på bestemte tider af døgnet, dette både i forhold til beskyttelsesfikseringspraksis og i forhold til den udvidede tid for åben dør.

Målinger

Ad outcomemål

- Vi har undersøgt varighed på beskyttelsesfikseringer foretaget i juni 03, juli 03, juni 04 og juli 04. Disse varighedstider udgør baselinedata.
- Vi registrerer løbende varighed af den enkelte beskyttelsesfiksering. Data er indsamlet og behandlet af teamet.
- Data fra tvangsprotokol 4 (beskyttelsesfiksering) 2004 og i projektperioden er data-behandlet af Det nationale sekretariat.
- Vi vil registrere pårørendes oplevelse af tilfredshed med information om beskyttelsesfiksering vha. reflektionsskemaet.
- Vi har potenseret holdningsbearbejdningen ved gradvist at åbne døren på faste tider, både i forhold til varighed den enkelte dag, og i forhold til antal og type dage. Døren er nu åben på alle dage fra kl. 10 til kl. 20, og der føres tvangsprotokol ved skærmningsbehov. Vi har lavet skema til vurdering af konsekvenserne heraf.

Ad Procesmål

1. Varighed registreres vha. skema.
2. Vurderingsskema/beskyttelsesfikseringsjournal er udarbejdet.
3. Reflektionsskema er udarbejdet.
4. Vi vil registrere om standard udarbejdes: Der er udarbejdet pjece om beskyttelsesfiksering. Der er trykt labels til at sætte i patientkardex, når information er givet og pjecen udleveret. Der er formuleret en standard for information. (se bilag)
5. Spørgsmål i reflektionsskemaet er tilrettet mhp. undersøgelse af pårørendetilfredshed.
6. Dørschema er udarbejdet. Personalet udfylder dette med konsekvenser af den åbne dør og tidsregistrerer når der har været behov for at låse døren. Data er indsamlet og behandlet af teamet.
7. 100 % af beskyttelsesfikserede patienter tidsregistreres.
8. Vi vil løbende registrere, om patienterne vurderes en gang i timen under beskyttelsesfikseringen vha. vurderingsskemaet.
9. Vi vil løbende registrere om reflektionsskemaet benyttes efter hensigten.
10. Vi vil løbende registrere om pårørende tilbydes informationssamtale.
11. Vi har haft døren åben fra kl. 10 - 17 på hverdage fra den 01.02.05 - 16.02.05 og har fået aftenvagten inddraget. Afdelingen er nu en åben afdeling med mulighed for skærmning, døren er åben fra kl. 10 til kl. 20.

Ad balancerende mål

1. Utilsigtede hændelser rapporteres til sundhedsstyrelsen via Sundhedsvæsenets rapporteringssystem. Vi vil løbende følge om antallet af utilsigtede hændelser i sengeafsnittene stiger, og om dette tydeligt korrelerer til ændret beskyttelsesfikseringspraksis. Tal er indhentet fra afrapporteringerne. Afd. har i pt. sikkerhedsregi særligt fokus på fald. påbegynder projekt jan. 06.
2. Vi vil løbende følge patienternes døgnrytme via personalets observationer og dokumentation i døgnrytmeskemaer.
3. Antallet af protokol 3 tvangsforanstaltninger indberettes til sundhedsstyrelsen. Vi vil løbende følge antallet og vurdere evt. sammenhæng. Tal fra perioden med åben dør er indhentet af teamet (se bilag)
4. Vi vil via dialogmøder med personalet og med baggrund i plejeobservationer og nødvendige pleje og behandlingsmæssige tiltag følge den strukturelle og organisatoriske påvirkning i afsnittene.

Afprøvede / testede forandringer

Succesfulde forandringstiltag

1. Gradvis åbning af afsnittene, således at vi nu er åbne gerontopsykiatriske sengeafsnit med mulighed for skærmning.
2. Vurderingsskema/beskyttelsesfikseringsjournal
3. varighedsregistrering
4. Sikring af information om beskyttelsesfiksering til pårørende via etablering af standardprocedure samt mulighed for monitorering af tilfredshedsgraden med den givne information.

Forandringstiltag med effekt på kvaliteten af håndteringen af tvang i afsnittene

- Fra at være lukkede sengeafsnit, har vi gennem projektperioden arbejdet målrettet hen imod at blive åbne gerontopsykiatriske sengeafsnit. Vi har defineret dette således: Afsnittets hoveddør er åben fra kl. 10 - 20 på alle dage. Der er i denne tidsramme taget hensyn til at mange patienter befinder sig let påklædt på gangen i forbindelse med personlig hygiejne morgen og aften. Afsnittene råder udelukkende over fælles bad og toiletter på gang. Succeskriteriet for at vi fungerer som åbent afsnit med mulighed for skærmning har vi fastsat til 60 %. Vi udfylder skema om døråflåsning med kommentarer, så vi løbende kan følge om succeskriteriet holder.
- Patienterne adspørges ved hvert patientmøde om deres oplevelse af den åbne dør. Der er generel positiv tilbagemelding, nogle giver dog udtryk for ønske om låst dør efter mørkets frembrud. Dette er medtaget i planlægningen af den endelige tid for åben dør. Flere pårørende er ligeledes kommet med positive tilbagemeldinger

Personalemæssigt har den gradvise åbning betydet en holdningsændring med accept og engagement i projektet. Der er positive tilbagemeldinger om, at man ikke afbrydes så ofte for at gå til døren, og der er naturligt mere personale på gangen.

Indføring af vurderingsskema/beskyttelsesfikseringsjournal har haft en stor effekt på afsnittenes fokus på - og arbejde med at nedbringe varigheden af beskyttelsesfiksering.

Patienten der er beskyttelsesfikseret vurderes hver time af plejepersonalet, og patientens tilstand beskrives i skemaet, ligesom der hver time vurderes om det fortsat er nødvendigt at anvende beskyttelsesfikseringen. Dette har øget præciseringen af hvornår det er nødvendigt at anvende beskyttelsesforanstaltninger, skemaet fungerer således også som dokumentation for tilsyn og vurdering. Varigheden beskrives på særskilt skema, der giver et overblik over anvendelsestiden i hele ordinationsperioden, hvor vurderingsskemat/beskyttelsesfikseringsjournalen følger patienten time for time under anvendelsen.

- For at sikre information til pårørende er der udarbejdet standardprocedure for information af pårørende hvor beskyttelsesfiksering er aktuel, dette har betydet at vi får talt meget åbent med de pårørende om denne type tvangsforanstaltning og hvad dette indebærer, ligesom vi har udarbejdet en orienteringspjece om beskyttelsesfiksering til pårørende. Udlevering af denne indgår i standarden for information.

I forhold til pårørendes tilfredshed med informationen om beskyttelsesfiksering, er der udarbejdet specifikke spørgsmål i reflektionsskemaet, som tager højde for dette. Der er udarbejdet labels til indsættelse på patient cardex hovedkort, når informationssamtale har fundet sted og inf.pjece er udleveret. Denne procedure indgår i standarden. Labels bruges efter hensigten, og der er således styr på, om pårørende har fået information, hvor tilfredsheden med denne kan undersøges, og fremover give os mulighed for at følge tilfredshedsgraden med den givne information. mhp justeringer og forbedringer.

Implementerede / spredte forandringer

Implementerede forandringstiltag

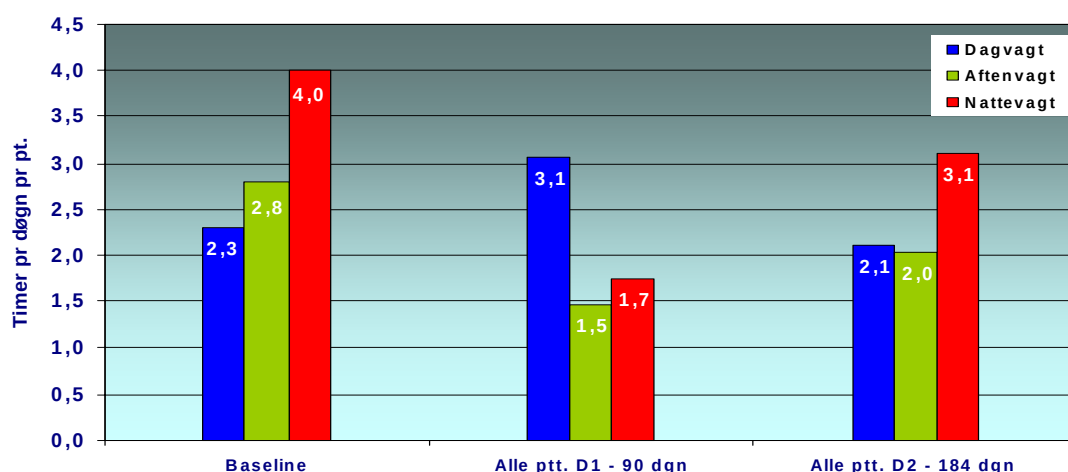
1. fra lukket til åben afdeling
2. Vurderingsskema/beskyttelsesfikseringsjournal
3. Standardprocedure for information om beskyttelsesforanstaltninger til pårørende.

Igangsatte spredningsaktiviteter

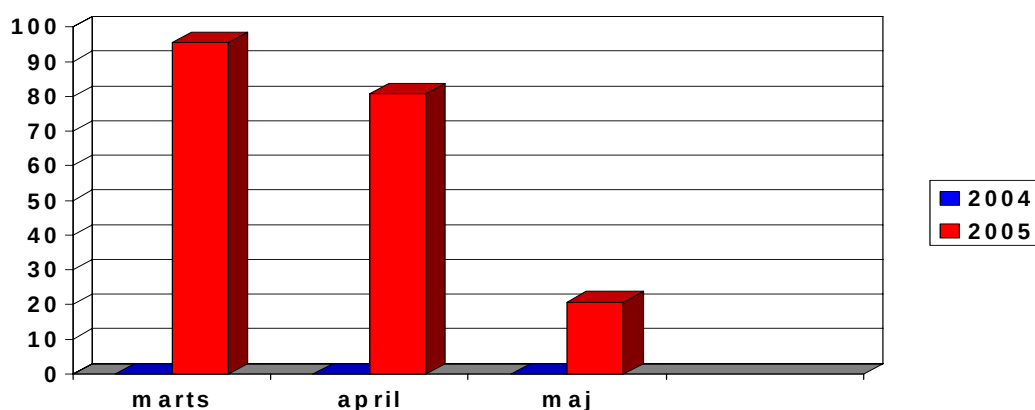
- Vedr. spredningsstrategi forestiller vi os at benytte allerede eksisterende fora indenfor Gerontopsykiatrien til spredning. Afd D afholder flere temadage for samarbejdspartnere indenfor Gerontopsykiatrien, hvor projektet naturligt vil indgå.
- Vi planlægger at invitere journalist ved Psykiatrien i Århus Amt mhp artikel i personaleblad.
- Afd D har bred undervisende funktion både internt for tilknyttede medicin og sygeplejestuderende, ergo og fysioterapeutpraktikanter samt sosuelever, hvor fokusområdet vil indgå i undervisningen, ligesom ekstern undervisning på lokalcentre og i uddannelsesafdelingen vil gøre brug af erfaringer og resultater fra projektet.

Vi har aftalt at vi gerne står til rådighed i forhold til erfaringsudveksling mm. hvis andre afsnit i Psykiatrien ønsker at benytte sig af gennembrudsmetoden.

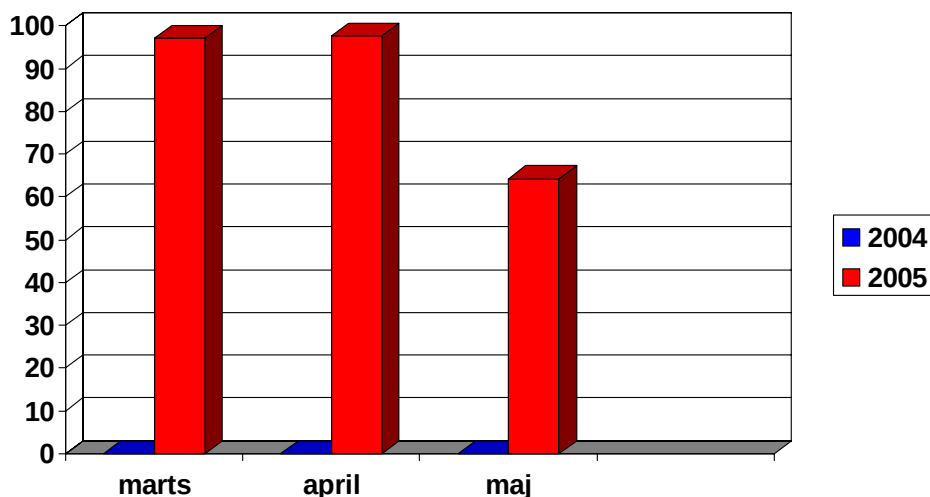
Resultat



Søjlediagrammet viser at vi særligt i nattevagt har reduceret gennemsnitlig varighed af den enkelte beskyttelsesfikseringstid. Der er via vore procesmål om nøjagtig tidsregistrering og indførelse af fikseringsjournaler -vurderingsskema og reflektionsskema, opnået en øget kvalitet i plejen af den beskyttelsesfikserede patient, samt bedre præcisering af behov for og brug af beskyttelsesforanstaltninger. Dette betyder også at der nu lægeordineres skærmningsniveau 2 efter Psykiatrien i Århus Amts retningslinier for sikkerhedsskærkning, når beskyttelsesforanstaltninger ordineres.



Søjlediagrammerne viser % tid med åben dør på de to sengeafsnit efter implementering. Der ses at vi undtaget maj på det ene afsnit, opnår de 60 % åben dør af mulig tid, som var vort succeskriterium



Kommentarer til procesarbejdet

Afdelingen fandt fra begyndelsen projektet meget interessant, og syntes det kunne være i gang-sættende for kvalitetsarbejde med fokus på de tvangsforanstaltninger, som særligt tages i anvendelse i Gerontopsykiatrien. Vi har arbejdet med bredt tværfagligt sammensat team, hvori de to afsnitsledelser indgik, dette for at sikre ledelsesfundamentet i arbejdet.

Det blev hurtigt klart for os at sekretær funktionen var helt nødvendig, så en sekretær blev tilknyttet teamet. Efterhånden så vi at det var nødvendigt for en effektiv fremdrift og implementering, at inddrage støtteam medlemmer fra basis personalet, disse har med deres ihærdige indsats i det daglige arbejde, haft stor indflydelse på, at vi har opnået flere mål.

Det har ligeledes vist sig, at projektarbejdet var særdeles tidskrævende, nogle perioder har vi arbejdet meget disciplineret, og nået meget, andre gange har daglige arbejdsopgaver fyldt, så fremdriften ikke har været stor. Vi fandt det hurtigt nødvendigt at strukturere vore teammøder, således at vi holdt møde 1 gang ugentligt af 1 times varighed på en fast ugedag, de fremmødte

arbejdede, og der blev skrevet referat. Vi har ikke fået ekstra ressourcer til at gennemføre projektet, hvilket i perioder har gjort det nødvendigt at prioritere andre opgaver. Behovet for PC med relevante programmer, har nødvendiggjort brug af privat PC, hvor rådighed over bærbar PC kunne have løst dette. Processen har medvirket til et godt samarbejde de to afsnit imellem, og medført at andre fælles tiltag har kunnet fungere bedre.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Det er vores erfaring, at metoden med sin brug af ”de små skridts princip” anvender en problemløsningsmodel som fungerer rigtig godt i en praksisorienteret virkelighed. Når et tiltag afprøves, opnås hurtigt erkendelse af om man er på rette vej, om tiltaget kan udvides eller det kræver yderligere justering.

Vi har hos medarbejderne, og hos os selv som projektteam, set at de små succeser har øget lyst og vilje til at fortsætte arbejdet. Det har været afgørende med støtte og ”holden til ilden” fra sekretariatet i et projekt som kører sideløbende med dagligt arbejde. Efter 1. læringsseminar var vi stadig lidt usikre på tanken i projektet. Måske kunne det være en mulighed i samarbejde med sekretariatskontaktpersonen at arbejde en kort prøveperiode med en PDSA test indenfor teamets fokusområde inden 1. læringsseminar.

Det har været givende at mødes med de øvrige team, at læse deres månedsrapporter, at se og høre om hvad der optager dem i deres hverdag og ikke mindst at blive inspireret af andre indenfor samme fag. Det har været rigtig godt med det fælles gennembrudsforum på nettet.

Det videre arbejde...

Vi vil fortsat have fokus på anvendelsen af beskyttelsesforanstaltninger i Gerontopsykiatrien, de udviklede værktøj skal indgå i fremtidige standarder for udvalgte områder af den gerontopsykiatriske indsats: Standard for specialiseret pleje og behandling af delir, depression og demens hos indlagte patienter.

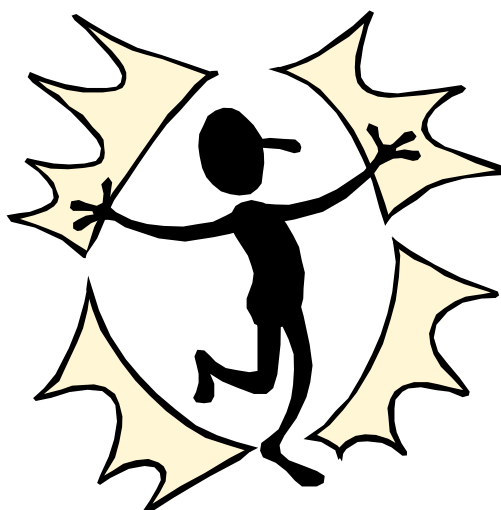
Vi fortsætter arbejdet med at fungere som åbne afsnit med mulighed for skærmning, og vil undersøge nærmere hvilke patientproblemstillinger der kræver aflåsning af dør efter psykiatriloven, anvendes f. eks. protokol 4 hyppigere end protokol 3 på en Gerontopsykiatrisk afdeling.

Selve arbejdsmetoden kan med succes indtænkes i vort fremtidige arbejde.



Gennembrudsprojekt

Team Århus Ung



Slutrapport

Team	Team Århus Ung Lukket ungdomspsykiatrisk afsnit F Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital Harald Selmers Vej 66, 8240 Risskov Tlf. 77 89 41 70 / 77 89 43 38
Teammedlemmer	Afd. læge Dorrit Obel, dob@buh.aaa.dk (kontaktperson) Sgpl. Anne Breiner Pædagog Paul Hansen Afd. læge Michala Høgsgaard Overlæge Holger Stockmar Sekretær Bente Drejer
Beskrivelse af afsnittet	• Totalansvar for unge i alderen 14 – 21 år i Århus Amt, herunder retspsykiatriske ptt. • Lands-landslandsdelsfunktion for samme gruppe. • Der har i 2004 været i gennemsnit 21 indlæggelser pr. måned. • 10 sengepladser. • Næsten alle ptt. bliver indlagt akut via psykiatrisk skadestue. • Afsnittet modtager ptt. fra Center for Spiseforstyrrelser op til 25 år, såfremt der er indikation for tvangsforanstaltninger, f. eks. sondeernæring som tvangsbehandling. • Der er ansat godt 25 sygeplejersker, pædagoger, plejere og SOSU-ass. i afsnittet. • Der er desuden ansat ½ overlæge, 2 yngre læger, 1 socialrådgiver og 1 psykolog.
Resumé af resultater	Hurtigt ud af bæltet! For at gøre bæltefikseringstiden så kort som muligt, har vi arbejdet på flere fronter: • Bæltefikseringsansvarlig blandt afd. personalet • Bæltefikseringsjournal med VIPS søgeord • Lægetilsyn 2 gange dagligt – med mere indhold! • Tvang som fast punkt på morgen og middagskonf. Alt er velimplementeret, og bæltefikseringstiden er faldet meget markant, se grafer Eftersamtaler – når det alligevel blev til tvang Vi har lavet dialogguides og er kommet i gang med at afholde eftersamtaler. Implementeringen er på plads, om end der fortsat skal arbejdes med at huske samtalerne. 100 % af de unge ptt. i tilfredshedsundersøgelsen angiver at have fået udbytte af eftersamtalen. Informationssamtaler. Vi har lavet og afprøvet en dagsorden for informationssamtalen. Ideen er god – men implementeringen er svær! Travlheden står i vejen. Vi prøver fortsat.

Lokal målsætning og lokale mål

Outcome mål

1. Vi vil forbedre den patient- og pårørende-oplevede tilfredshed med tvangen, udført i afdelingen. Målet er, at
 - 50 % af patienterne skal være tilfredse eller meget tilfredse med den udførte tvang.
 - 75 % af forældrene skal være tilfredse eller meget tilfredse med den udførte tvang.
2. Vi vil reducere den tid, en bæltefikseret patient ligger fikseret. Specielt vil vi reducere antallet af bæltefikseringer over 48 timer. Reduktionen skal være i relation til fikseringstiden på afsnit F i årene 2002 og 2003. Målet er, at
 - reducere den gennemsnitlige fikseringstid med 50 %.
 - reducere antallet af fikseringerne, som strækker sig over 48 timer, med 50 %.

Outcomemålene er alle nået – dog har vi desværre ikke tilstrækkeligt med svar til at vurdere forældretilfredsheden.

Procesmål

1. Vi vil udforme en standard for vurdering af bæltefikserede patienter.
2. Vi vil udforme en standard for en informationssamtale, omhandlende vores behandlingsmuligheder, herunder tvang.
3. Vi vil udforme en standard for en eftersamtale for patienter, der har været udsat for tvang efter skema 1 og 2.
4. Vi vil udforme en standard for en eftersamtale for patienter, der har været udsat for tvang efter skema 3.
5. 100 % af patienter, fikseret mere end 2 timer, vurderes efter standarden for bæltefikserede patienter.
6. 100 % af patienter, udsat for tvang efter skema 1, 2 eller 3, tilbydes en eftersamtale.
7. Min. 90 % af de patienter, der er indlagt over en uge, tilbydes inden for de første 2 uger en informationssamtale, hvor ønskerne og mulighederne for behandling drøftes, herunder mulighederne for tvang.
8. I min. 50 % af informationssamtalerne deltager forældre eller andre nærtstående personer.

*Mål nr. 1 – 4 er alle nået. Mål nr. 5 og 6 er i store træk nået, eftersamtaler og bæltefikseringsjournal er godt implementeret. Mål nr. 7 og 8 er **ikke** nået.*

Balancerende mål

1. Stiger antallet af bæltefikseringer p. g. a. refikseringer af patienter, der er løsnet for tidligt efter vurdering ifølge den udarbejdede standard?

2. Bliver der en stigning i den registrerede vold mod personalet?
3. Stiger sygefraværet i personalegruppen?
4. Stiger antallet af tvangstilbageholdelser, når patienterne informeres om mulighederne for tvang på forhånd?

De balancerende mål er alle nået.

Målinger

Outcome mål

1. Vi vil
 - bruge de resultater, der indsamles via det nationale projekt om patienternes tilfredshed med udført tvang.
 - via særskilt skema indsamle oplysninger om forældres tilfredshed med udført tvang.
2. Vi vil
 - udregne gennemsnitlig fikseringstid i årene 2002 og 2003.
 - opgøre, hvor stor en andel af de fikserede patienter, der lå fikseret i mere end 48 timer i disse to år.
 - løbende registrere fikseringstid ved fremtidige fikseringer.
 - løbende registrere hvor mange af de fikserede patienter, der ligger fikseret i mere end 48 timer.

Procesmål

1. Vi vil registrere, om standard er blevet udformet.
2. Vi vil registrere, om standard er blevet udformet.
3. Vi vil registrere, om standard er blevet udformet.
4. Vi vil registrere, om standard er blevet udformet.
5. Vi vil løbende registrere, om bæltefikserede patienter vurderes efter standard.
6. Vi vil løbende registrere, om patienter, udsat for tvang, bliver tilbudt en eftersamtale.
7. Vi vil løbende registrere, om patienter, indlagt over 1 uge, tilbydes en informationssamtale.
8. Vi vil registrere, om forældre eller andre nærtstående er med til informationssamtale.

Balancerende mål

1. Antallet af bæltefikseringer registreres via skema 3 og indberetning til sundhedsstyrelsen. Vi vil løbende følge, om antallet af bæltefikseringer er stigende.

2. Vold mod personalet registreres via særligt skema. Vi vil løbende følge, om der er en stigning i den registrerede vold mod personalet.
3. Sygefravær registreres via hospitalets administration. Vi vil løbende følge, om der er en stigning i sygefraværet.
4. Antallet af tvangstilbageholdelser registreres via skema 1 og indberetning til sundhedsstyrelsen. Vi vil løbende følge, om antallet af tvangstilbageholdelser er stigende.

Afprøvede / testede forandringer

Der har i projektperioden været en stor opmærksomhed i afsnittet på at gøre fikseringer så få og så korte som overhovedet muligt. Som det fremgår af vores resultater, er det i høj grad lykkedes. Det er vanskeligere at svare på, hvad der nøjagtigt gjorde forskellen.

Som det fremgår af vores opgørelser, er forbedringerne begyndt, lige inden vi kom med i projektet. Det peger på, at **kulturen og opmærksomheden på emnet tvang** i sig selv er meget væsentligt og kan give store positive forandringer.

Denne kultur har vi gennem forskellige forandringstiltag i projektet bakket op. Hvis en patient bæltefikseres, udpeges der nu en **bæltefikseringsansvarlig blandt afdelingspersonalet**, som fører en særlig **bæltefikseringsjournal** med grundig faglig vurdering af patienten mindst hver anden time. Derudover er der selvfølgelig fortsat en fast vagt, men erfaringen viser, at denne ofte er vikar eller mindre erfaren, mens den bæltefikseringsansvarlige skal være en erfaren medarbejder, der kender til afdelingens forhold. Afdelingspersonalet har med lethed taget tiltaget til sig og aktivt medvirket i udformningen af bæltefikseringsjournalen.

Lægetilsyn er øget fra 1 gang dagligt til 2 gange dagligt på hverdage. Det er det niveau, der har været praktisk gennemførligt for os, og det har desuden vist sig at være et passende omfang. Vi har ud over det ekstra daglige tilsyn arbejdet på at øge kvaliteten af lægetilsynet, så det indgår som en del af det aktive arbejde, der skal gøres for at bringe bæltefikseringen til ophør snarest. Det betyder også, at der i et lægetilsyn som en naturlig del ligger en drøftelse med den bæltefikseringsansvarlige om den bæltefikserede patients tilstand.

I forlængelse af de ovennævnte tiltag omkring bæltefiksering, besluttede vi allerede i november at sætte **"Tvangsforanstaltninger" på som et fast punkt på vores morgen- og middagskonferencer**. Det er et lille og simpelt tiltag, som faktisk har vist sig at have en ganske betydelig effekt i forhold til netop kultur, opmærksomhed på tvang og faglig opkvalificering af de beslutninger, der tages vedrørende tvang. Er en patient bæltefikseret, drøftes automatisk på konferencen, hvad der skal til, for at patienten kan løsnes. Det samme gælder ved tvangstilbageholdelser. Og i lange perioder uden tvangsforanstaltninger huskes alle på at glæde sig over, at det går godt!

Afprøvning og testning af **eftersamtalerne** er foregået over en periode på omkring ½ år. Det har været en aktiv periode, hvor der har været lavet mange PDSA cirkler. De fleste med meget godt resultat – forstået på den måde, at der er forkastet mange ikke brugbare idéer og mange nye er født! Der er udarbejdet en standard til eftersamtaler efter skema 1, 2 og 3.

Da eftersamtalerne begyndte at fungere, resulterede det i nogen rigtig gode samtaler, hvor der blev udvekslet meninger omkring emnet tvang. Nogle meget ligeværdige samtaler, som patienterne efterfølgende har kommenteret med fx: "Anne, jeg er nu for første gang blevet indlagt frivilligt!" (Kommentar fra genindlagt pt., der tidligere var tvangsindlagt 4 gange) eller:

”Hvornår skal vi snakke sammen om min fiksering i onsdags?” (Kommentar fra en patient, som tidligere havde oplevet en eftersamtale).

Vi havde som mål at tilbyde alle patienter, der forventedes indlagt over 1 uge, en **informationssamtale** indenfor de første 2 uger, hvor de pårørende om muligt skulle deltage. Man skulle her med en åben dagsorden fremlægge behandlingsplan og sammen drøfte ønsker og muligheder for at hjælpe patienten. Desuden skulle der orienteres i korte træk om psykiatriloven, og det skulle drøftes, hvad patienten, de pårørende og behandlersystemet kunne gøre for at undgå at komme i en situation, hvor behandlingen måtte gives med tvang.

Vi har udarbejdet en standard for informationssamtalen og testet standarden med godt resultat.

Informationssamtalen har endnu ikke haft nogen effekt på kvaliteten af afdelingens håndtering af tvangen, i og med, at den ikke har været anvendt i særligt omfang. Derimod har forløbet afsløret svagheder i vores tilbud til nyindlagte patienter og deres pårørende, og vi har fortsat mod på at arbejde videre med området.

Implementerede / spredte forandringer

Implementerede forandringer

Det første, vi fik implementeret, var **tvang som et fast punkt på dagsordenen på morgen- og middagskonferencerne**. Implementeringen forløb uproblematisk på trods af, at den ikke var forudgået af hverken små- eller storskala-tests.

Bæltefikseringsjournalen, herunder **udpegning af fikseringsansvarlig**, blev også hurtigt og enkelt implementeret, efter at have været gennem fremlæggelse på personalemøde og småskala-test, og efter der på denne baggrund blev foretaget relevante tilretninger. Efter implementeringen er bæltefikseringsjournalen generelt blevet brugt efter hensigten. Ændring af praksis vedr. **lægetilsyn** af den bæltefikserede patient blev samtidigt implementeret.

I april 2005 er **eftersamtalerne** implementeret. Opgaven med eftersamtalerne er fordelt, så der ved tvang efter skema 1 eller 2 (tvangstilbageholdelse eller tvangsbehandling) tilbydes eftersamtale med behandlende læge, ved tvang efter skema 3 (bæltefiksering, fastholdelse, akut beroligende medicin) tilbydes eftersamtale med en fra afdelingen.

Vi har i første omgang udvalgt 4 personer i afdelingens personalegruppe, der på nuværende tidspunkt er ansvarlig for at udføre ”skema 3-samtalerne”. Det har nu fungeret i ca. ½ års tid, og alle 4 har vist interesse for og energi på eftersamtalerne. De 4 i gruppen er fælles om at fastholde, at samtalerne gennemføres. Vi har i arbejdsgruppen vurderet, at uddelegering til hele personalegruppen ikke er en brugbar mulighed, da det har vist sig at kræve en del øvelse for personalet at få de unge patienter til at tale om den overståede tvangsepisode.

Implementeringen er således fortsat ret ny, men ser ud til at fungere udmærket.

I april 2005 har vi forsøgt at implementere **informationssamtalen**. Det har vist sig at være mere kompliceret. Det afslører, hvordan det støt stigende antal indlæggelser har medført en arbejdsform, hvor man af og til viger tilbage for at lave forpligtende aftaler om en indlæggelsesforløb og varighed med patient og forældre, fordi man er klar over, at situationen om et par dage kan være en anden, f. eks. en overfyldt afdeling, hvor den mindst syge må udskrives,

uanset hvad man tidligere måtte have aftalt. Arbejdspresset betyder desuden, at det ofte blot bliver til en enkelt samtale med forældrene, og ofte sidst i indlæggelsesforløbet, hvor informationssamtalens indhold ikke mere er ligeså relevant, og hvor fokus i stedet er på, hvad familien skal stille op efter udskrivelsen.

Det har ikke fået os til at opgive tanken om informationssamtalen. Det er imidlertid klart, at problemerne med at implementere informationssamtalen skal ses i et bredere perspektiv, bl.a. hvordan vi generelt kan arbejde på at skabe os plads til at udføre planlagte og fornuftige opgaver og ikke lade det akutte arbejde og uforudsigeligheden sætte dagsordenen. Hvis det kan lykkes os at komme videre ad den vej, vil det uden tvivl også have en eklatant betydning for, hvor meget tvang, der er nødvendig for at gennemføre behandlingen i afdelingen.

Spredningsaktiviteter.

Lægegruppen på vores åbne ungdomspsykiatriske afdeling har løbende været inddraget i projektarbejdet og vist sig interesserede og positive.

Vi har skrevet en artikel om projektet til Patientklagenævnets Årsrapport. Samme artikel har været bragt i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospitals personaleblad.

D. 6. september 2005 har vi lavet en undervisningssession for hele Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospitals personalegruppe, hvor vi dels har fremlagt vores resultater og haft fokus på, om nogle af vores erfaringer om nedbringelse af tvang kan bruges andre steder på hospitalet, dels fremlagt vores erfaringer med gennembrudsmetoden, da der skal starte endnu et gennembrudsprojekt i børne- og ungdomspsykiatrien om et andet emne.

I forhold til spredning ud over vores eget hospital, har vi fået kontakt til de andre ungdomspsykiatriske afdelinger i den nye region for at dele vores erfaringer med dem. Foreløbig er det blevet til en mere uformel kontakt, som vi håber at kunne bygge videre på.

Vi har desuden deltaget i en temadag om tvang i voksenpsykiatrien i Risskov, hvor vi var inviteret til at holde et oplæg om eftersamtaler, deltage i pannediskussion og desuden medbringe vores processkitser fra LS3, hvor vores arbejde og resultater er fremlagt.

Resultat

Som det meget tydeligt fremgår af graferne, er **bæltefikseringstiden** faldet helt markant. Det er værd at bemærke, at faldet begynder før gennembrudsprojektet starter. Afdelingen har, som det fremgår, tydeligvis arbejdet med emnet, allerede inden deltagelsen i projektet, og det demonstrerer vel bl. a., at opmærksomheden på tvang og paratheden til at arbejde med forandringer og forbedringer var og er til stede i afdelingen. Projektdeltagelsen er derfor naturligt faldet i forlængelse af en proces, der allerede var i gang. Netop derfor har forandringstiltagende omkring bæltefiksering været relativt enkle at implementere.

Vores mål var at reducere varigheden af den enkelte bæltefiksering med mindst 50 %. Vi ville desuden reducere antallet af fikseringer over 48 timer med mindst 50 %. Resultatet for 2004 og 2005 i forhold til 2002 og 2003 ser således ud:

Tabel 1

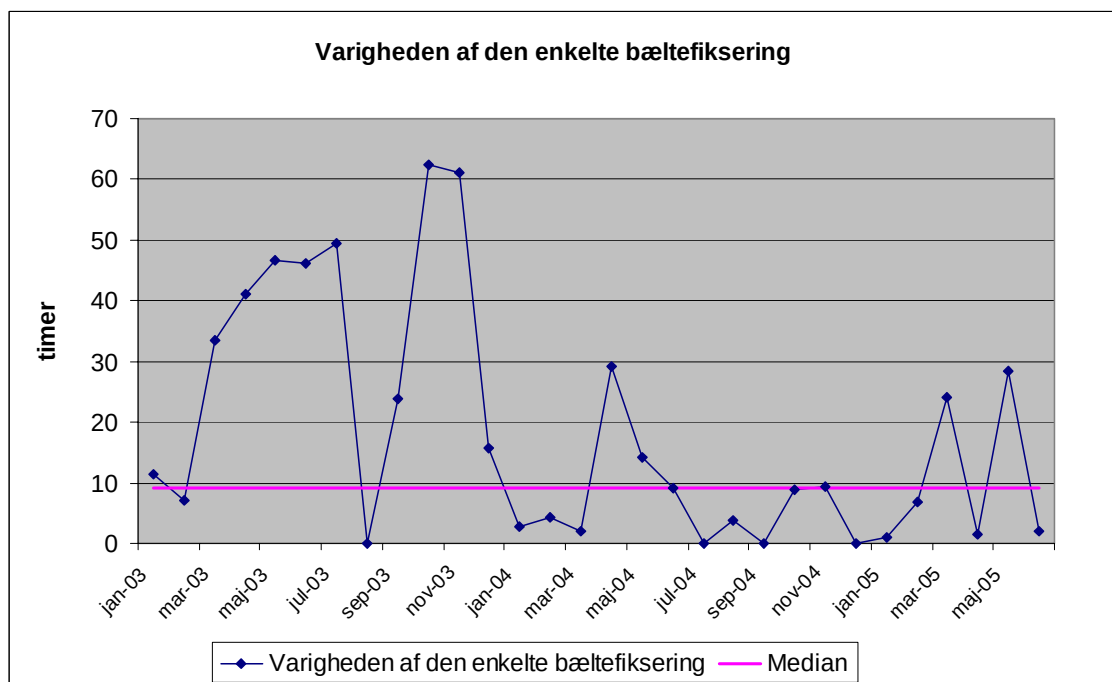
Antallet af fikseringer, der varer mere end 48 timer		
I 2002	8	
I 2003	20	
I 2004	1	
I første ½ af 2005 x 2	4	
Varigheden af den enkelte fiksering		
	Median	Middel
I 2002	16	33
I 2003	43	62
I 2004	6	18
I første ½ af 2005	9	18

Det skal bemærkes, at et enkelt patientforløb er trukket ud af opgørelsen og graferne for 2003, da dette forløb var helt atypisk med næsten 100 fikseringer!

Reduktionen af antallet af fikseringer over 48 timer er således meget markant. I første halvdel af 2005 har der været 2 fikseringer med en varighed over 48 timer. For at gøre tallet sammenligneligt med tallene fra de hele år, er det ganget med 2. Antallet af fikseringer over 48 timer er, som det fremgår, reduceret med 50 % eller mere, og vores mål på dette område er mere end nået.

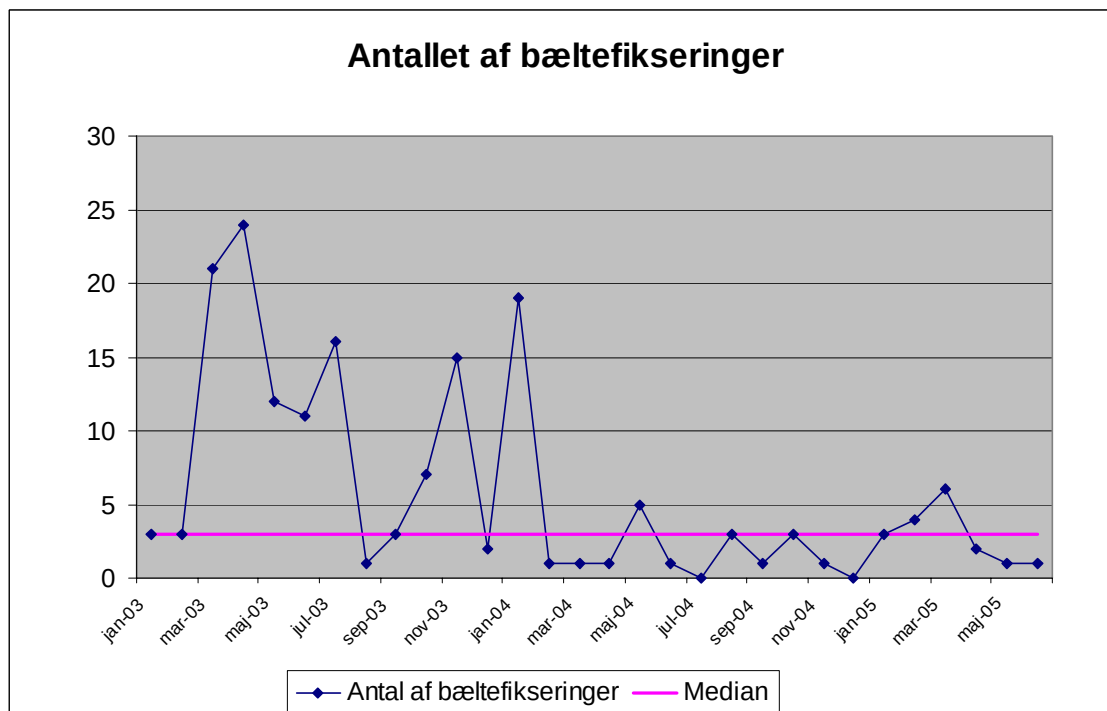
Medianværdien af fikseringsvarigheden for 2004 og 2005 er faldet med henholdsvis 61 % og 44 % i forhold til 2002 og med henholdsvis 85 % og 79 % i forhold til 2003. Middelværdien af fikseringsvarigheden i 2004 og 2005 er faldet med 45 % i forhold til 2002 og 70 % i forhold til 2003.

Dette overstiger langt de mål, vi initialt satte os, og må konkluderes at være meget tilfredsstillende.



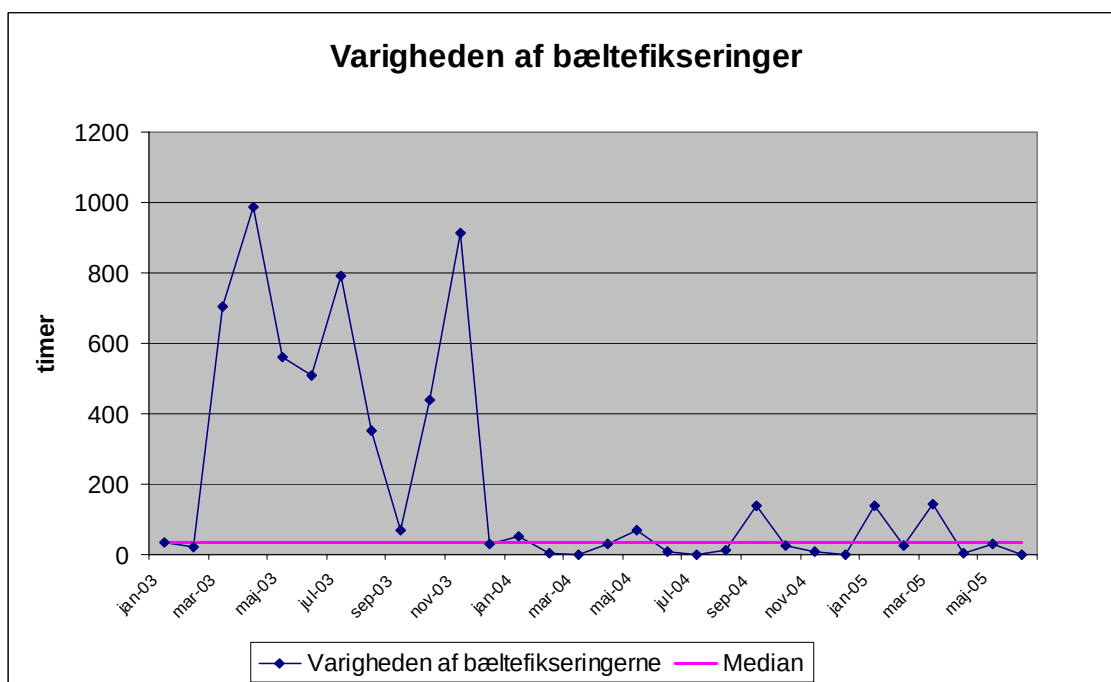
Sådan tegner billedet sig for længden af den enkelte fiksering i 2003, 2004 og første ½ år af 2005. Det skal tilføjes, at der er tre langvarige fikseringer, der ikke er med på grafen, nemlig en fiksering på 350 timer i august 2003, en fiksering på 140 timer i september 2004 og en fiksering på 109 timer i januar 2005. Årsagen er, at alle øvrige variationer ikke bliver mulige at fremstille grafisk, hvis Y-aksen skal indstilles, så disse tre fikseringer kan påtegnes. De tre fikseringer er medregnet i median-værdi og middelværdi i tabel 1.

Vi har haft som balancerende mål, at kortere bæltefikseringer ikke skulle føre til flere fikseringer. Dette har absolut heller ikke været tilfældet. Antallet af fikseringer har tværtimod været faldende i samme periode.



Som det fremgår af kurven, har antallet af bæltefikseringer været langt mindre i 2004 (i alt 36 bæltefikseringer) og 2005 (16 bæltefikseringer på ½ år) end i 2003 (i alt 118 bæltefikseringer).

Kombinerer vi de to opgørelser, kan vi se, hvor mange timer pr. måned, der har ligget en patient i bælte på vores afdeling. Som konsekvens af færre og kortere fikseringer er dette naturligvis også faldet.



Kurven viser, hvor mange "bælte-timer", der har været i afdelingen, uden hensyn til, hvor mange forskellige fikseringer, de er fordelt på.

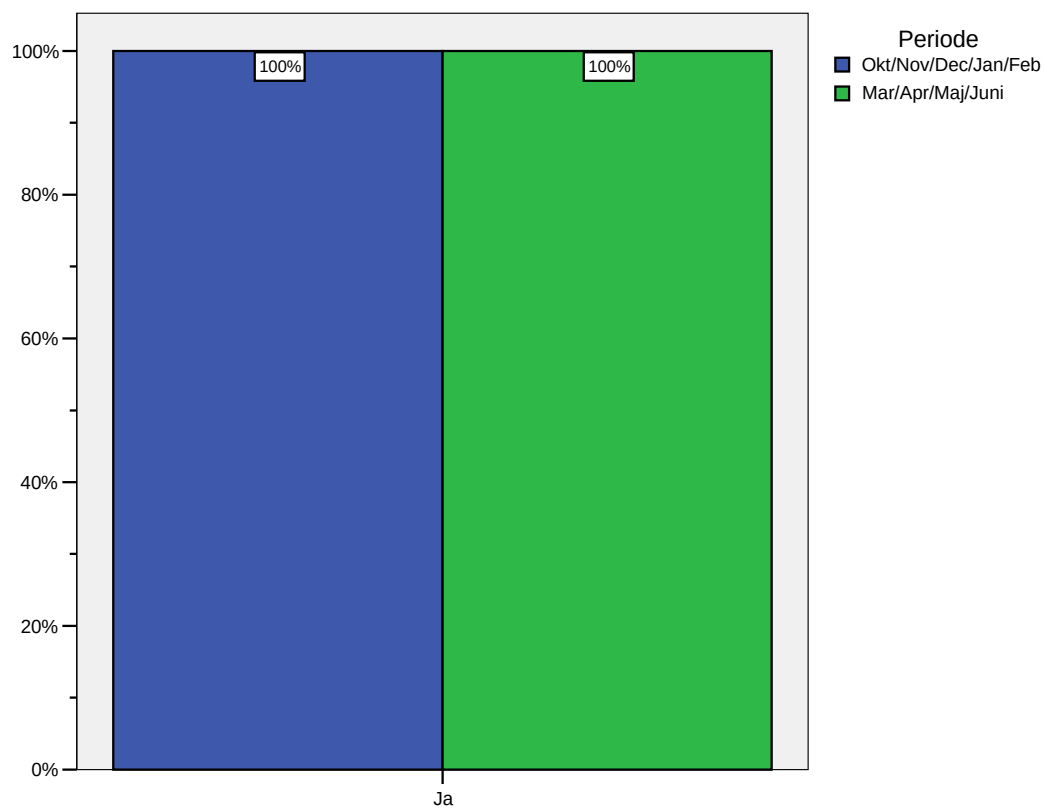
Vi har i ungdomspsykiatrien i Risikov gennem flere år haft en stigning i antallet af indlæggelser. Dette svarer til, at der i samme periode har været en stigning i antallet af henvendelser fra unge i den åbne psykiatriske skadestue. I 2003 var der 173 indlæggelser på det lukkede afsnit, i 2004 var der 253 indlæggelser, og tallet for den første halvdel af 2005 er 120 indlæggelser. I dette lys er resultatet med færre og kortere fikseringer endnu mere markant.

Et andet balancerende mål er, at antallet af tvangstilbageholdelser ikke skal stige, selvom patienterne via informationssamtalen tidligt er informeret om muligheden for tvang. I projektperioden har antallet af tvangstilbageholdelser ikke ændret sig, og dette mål er således nået. Det skal dog ses i lyset af, at informationssamtalen ikke er fuldt implementeret, og eventuelle konsekvenser på antallet af tvangstilbageholdelser vil derfor endnu ikke kunne aflæses i tallene. I det fremtidige arbejde med at implementere informationssamtalen må man fortsat være opmærksom på denne parameter.

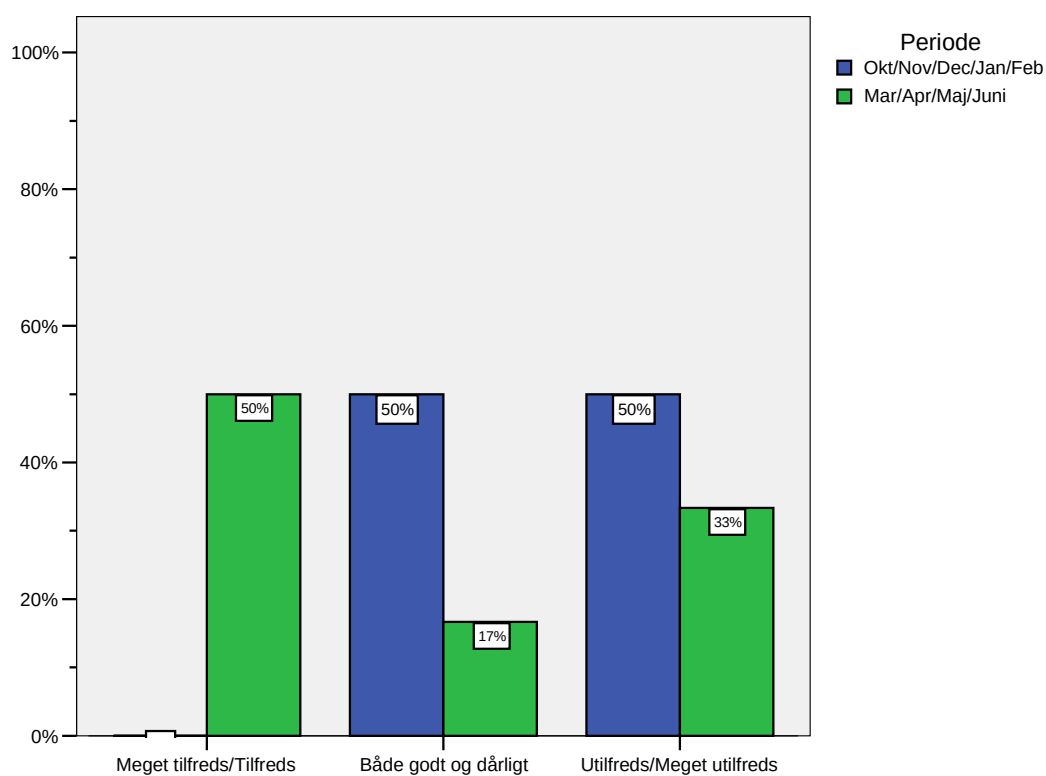
Den patient-oplevede tilfredshed med tvangen har vi desværre kun få tilbagemeldinger på fra tilfredshedsundersøgelsen. Kun 12 ptt. har sendt skemaet retur. Gruppen er fra sekretariatets side delt i 2, nemlig de, der svarede inden 1.3.05, og de, der svarede efter.

100 % af de unge angiver i tilfredshedsundersøgelsen at have fået godt udbytte af eftersamtalen. Det svarer til det indtryk, vi har, nemlig at indførelsen af eftersamtaler har været et meget vellykket forandringstiltag, og at det i høj grad har øget kvaliteten af den udførte tvang.

Vi havde som mål, at 50% af patienterne skulle være tilfredse eller meget tilfredse med den udførte tvang. Dette mål er nået, hvis vi ser på gruppen af patienter, der svarer efter 1.3.05, hvor Gennembrudsprojektet har været i gang i 7 måneder i afdelingen, mens målet ikke er nået for de patienter, der svarer for den forudgående periode, 1.9.04 – 28.2.05, dvs. i perioden lige efter projektets start. For begge grupper drejer det sig imidlertid om få patienter (6 i hver gruppe).



Sp 8. Hvis Ja: Fik du udbytte af den opfølgende samtale?



Sp 10. Hvad er din samlede vurdering af personalets brug af tvang?

Vi har forsøgt at undersøge **den pårørende-oplevede tilfredshed med den udførte tvang** ved at udlevere et spørgeskema til forældrene til de unge, der i afdelingen var udsat for tvang. Vi har imidlertid ikke fået tilstrækkeligt med skemaer retur til, at vi kan gøre resultatet op.

Det er vores klare opfattelse, at både eftersamtalen og bæltefikseringsjournalen har øget kvaliteten af den udførte tvang, herunder den patientoplevede kvalitet. Det er mere usikkert, om forældrene til de unge oplever en bedre kvalitet af tvangen via disse tiltag. Man må forvente, at det øgede samarbejde med forældrene, som informationssamtalen lægger op til, ville give oplevelse af bedre kvalitet for forældrene, men informationssamtalen er, som tidligere nævnt, endnu ikke fuldt implementeret.

Sygefravær og voldsepisoder mod personalet er balancerende mål, idet vi ønskede at være opmærksomme på, om især de kortere fikseringer ville give flere voldsepisoder mod personalet eller på andre måder være belastende for personalet og evt. føre til flere sygemeldinger.

Sygefraværet har ikke været stigende, men har ligget ret stabilt.

Der har derimod været en periode efter nytår 2005, hvor det ser ud til, at der er flere voldsepisoder end sædvanligt. Dette er for størsteparten knyttet til en enkelt, meget vanskelig patient, og det er derfor vores vurdering, at øgningen i denne periode ikke kan knyttes sammen med vores deltagelse i Gennembrudsprojektet. Denne vurdering støttes af, at antallet af voldsepisoder faldt igen i løbet af foråret.

Sammenfattende om vores resultater

Vi har nået de fleste af vores mål og har opnået rigtig gode resultater med eftersamtalerne og den forbedrede vurdering af den bæltefikserede patient, bl.a. via bæltefikseringsjournalen. Det afspejler sig tydeligt i tallene for bæltefikseringer.

Informationssamtalen er ikke implementeret, men har været afprøvet i småskalatests, hvor den har fungeret godt. Det er absolut værd at arbejde videre med.

Kommentarer til procesarbejdet

Det var fra starten klart, at der hos os ikke blev tilført ekstra ressourcer til gennemførelse af projektet. Tiden måtte findes, samtidig med, at arbejdet i øvrigt blev passet. Det har været et vilkår, som har vist sig at stemme dårligt overens med den ganske arbejdskrævende opgave, det har været at deltage i gennembrudsprojektet.

Projektgruppen var fra start sammensat af 4 personer: 2 fra afdelingen (1 pædagog og 1 sygeplejerske) og 2 fra teamet (1 overlæge og 1 afdelingslæge). Afsnitsledelsen var således også repræsenteret. Senere blev gruppen suppleret med en sekretær, hvilket har været særdeles nyttigt. Det har uden tvivl været godt, at de faggrupper, der skulle implementere forandringerne, har været repræsenteret i projektgruppen. Vi forestiller os, at modstanden hos kolleger ville have været betydelig større, hvis en anden faggruppe havde ”dikteret” dem, hvad de skulle ændre. Vi har oplevet, at kolleger generelt har været meget positive overfor projektet.

I starten havde vi lidt besvær med at få arbejdsformen på plads, men fra oktober fik vi aftalt faste ugentlige møder (samme tidspunkt), hvor der blev lavet referat, som blev udsendt pr. mail. Vi har brugt sekretariatets referatark i en modificeret form, og det har vi fundet meget anvendeligt. Det har været afgørende for projektet, at disse møder har fungeret.

Derimod fik vi ikke sat tid af til det øvrige arbejde – og det var en fejl. Først efter inspiration fra en telefonkonference, fik vi i marts aftalt et heldagsmøde. Det var rigtig godt – men burde have været afholdt tidligere og flere gange i forløbet. Vores vurdering er, at halve og hele arbejdsdage fra start bør sættes af for projektgruppen til

- At lave velgennemtænkte og anvendelige målsætninger fra starten
- At lave småskalatests og PDSA-cirkler
- At få styr på arbejdsformen og de mange mails og filer fra sekretariatet
- At lave de månedlige afrapporteringer
- At lave netværksarbejde
- At samle op på, om projektet kører, som det skal, og at kursen er sat!

Computeren har været et vigtigt instrument til at holde overblikket, og mails en vigtig kommunikationsform mellem møderne. Vi har haft en bærbar computer til rådighed, som vi har kunnet bruge til at tage referat med direkte under møderne, og som vi har haft med på læringsseminarer.

Det har desuden været vigtigt, at kontaktpersonen for teamet har holdt overblikket over projektet og papirarbejdet, da det i sig selv er en betydelig opgave.

Travlheden med andet arbejde har betydet, at vi gennem hele projektperioden har kæmpet for at nå det, vi gerne ville. Til tider er det gået nogenlunde, til andre tider elendigt!

Tiden siden nytår har været præget af mange forhindringer for vores projekt. Der har været store ændringer i ledelsen med 3 forskellige overlæger – den sidst ankomne skal være i afsnittet frem til 31.1.06, herefter er der igen usikkerhed om, hvem der skal være overlæge - og langtidssygemelding af afdelingssygeplejersken. Udover den ledelsesmæssige uro, det har givet, har det også helt konkret givet ekstra opgaver til projektgruppens medlemmer, hvor f. eks. én har måttet vikariere for afdelingssygeplejersken, en anden overtage tjenestetidsplanlægningen.

Desuden er kontaktpersonen / tovholderen, som var afdelingslæge i afsnit F, skiftet til ambulant arbejde, så det daglige arbejde med tvang ligger i andre hænder, og den nye afdelingslæge i afsnittet er nu også langtidssygemeldt.

Det har også været en periode med uro og ændringer i hele organisationen, foreløbigt kulminerende med, at de to ungdomspsykiatriske afsnit – åbent og lukket – skal lægges sammen.

Stabiliteten har manglet, og det mærkes i særlig grad, når der skal arbejdes med f. eks. implementering af informationssamtalen, hvor det kræves, at der ses mere overordnet på vores måde at organisere arbejdet på.

Vi har dog formået at holde fast i og videreudvikle de forandringer og forbedringer, der var godt i gang.

Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

Der har været mange ting, der har været givende ved at arbejde med metoden. Af de vigtigste kan nævnes netværksarbejdet og den struktur, der ligger i den løbende kontakt via sekretariatet og afrapporteringerne.

Mest konkret har vi haft glæde af netværksarbejdet gennem den inspiration, vi har fået til eftersamtalerne. Vi har dog også fået inspiration på mange andre måder, bl.a. fik vi ideen til heldagsmødet via telefonkonferencen.

Vi har afsat for lidt tid til netværksarbejdet, når vi ser tilbage på forløbet. Det ville vi gøre anderledes, hvis vi skulle starte om igen.

Strukturen med læringsseminarerne, de månedlige afrapporteringer, ugentlige teammøder m.m. har betydet, at vi er blevet ”holdt til ilden”. Den del har været vigtig. Det er vigtigt fra start at være opmærksom på, at der i Gennembrudsmetoden ligger, at indsatsen er intensiv og at man faktisk kontinuerligt skal være aktiv i projektet. Det afslører sig i al sin gru, hvis der sker for lidt, og det samme indsatsområde for næste måned står i afrapporteringen igen og igen, uden at nogen får begyndt på opgaven. Det er derfor vigtigt fra starten at få afsat de nødvendige ressourcer, da det positive i at blive ”holdt til ilden” ellers kan vende sig til det desillusionerende i at sakke agterud.

Det skal tilføjes, at vi under hele forløbet har oplevet konsulenternes holdning som meget opmuntrende og positiv – der har ikke været rynker i panden, selvom vi i en periode måske ikke var helt oppe i fulde omdrejninger!

Det sværeste ved at arbejde med metoden har været, at vi har været uforberedte på, hvor arbejdskrævende opgaven var. Vi synes faktisk ikke, at vi ved 1. læringsseminar – eller endnu før – blev gjort klart, hvor meget energi og tid, der skal lægges for dagen, hvis konceptet virkelig skal fungere. Det vil vi give videre til sekretariatet som et gratis råd.

Desuden var det en stor mundfuld at komme godt i gang. Der er meget nyt, mange papirer, mange mails, der skal laves mål, forandringskataloget skal undersøges, teammøderne skal bringes til at fungere, den første afrapportering skal af sted. Der er mange ting at få styr på!

Overordnet har vi været glade for at være med i projektet. Vi har ikke fortrudt!

Det videre arbejde...

Ud over aftalerne med ledelsen om det allerede beskrevne spredningsarbejde, har vi ingen konkrete aftaler om, hvordan vi skal arbejde videre med kvalitetsudviklingen vedr. tvang. Som team kunne vi have følgende ideer til det videre arbejde:

- Bæltefikseringstiden er faldet drastisk. Det er fantastisk – og peger også på, at der måske er endnu mere at hente her! Hvordan gør vi det?
- Hvordan skaber vi os arbejdsro og en vis grad af planlægning og forudsigelighed i patientforløbene, når virkeligheden rummer mange faktorer, der peger i retning af kaos, impulsivitet og uforudsigelighed?
- Det åbne og lukkede afsnit står overfor at skulle lægges sammen til ét afsnit. Hvad får det af betydning for tvangen?

**Matrix over
de 22 deltagende teams
afprøvede forandringstiltag**

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
Tema 1: Forebyggelse af tvang	
Forbedre information og kommunikation ved (tvang)indlæggelse	
Patientens møde med hospitalet og personalet	◆ Udarbejde informationsmateriale til patienter (Team Hvidovre 809, Team Hvidovre 810, Team Herning) ◆ Skema til dokumentation af information til patienter ved indlæggelse (Team Hvidovre 809) ◆ Udarbejde informationsmateriale til patienter og pårørende (Team Brønderslev, Team Viborg ung, Team Geronto) ◆ Forskønnelse af modtagerum og øget information via ophængning af skilt (Team Dianalund) ◆ Renovering af ”Sluse” (Team Brønderslev) ◆ Udarbejde Indlæggelsesprocedure (Team Dianalund, Team Glostrup Voksen) ◆ Udarbejde ”checkliste” til alle journaler for at sikre at nødvendig information gives (Team Roskilde Midt) ◆ Standard til brug ved informationssamtaler med indlagte patienter (Team Århus Ung) ◆ Tidligere erfaring med tvang drøftes med patienter ved journaloptagelse, er indarbejdet i EPJ (Team Herning)
Fastholde patientens værdighed og medinddragelse i behandlingsforløbet	
Sætte fokus på patientens værdighed i dagligdagen	◆ Undervisning i ”den anerkendende samtale” (Team Brønderslev) ◆ Revideret medicinudleveringstidspunkter og udleveringssted (Team Brønderslev)
Styrke nærvær, tilgængelighed og fleksibilitet på afsnittet	◆ Afholde daglige eftermiddagsmøder for patienter (Team Vordingborg, Team Dianalund) ◆ Afholde aftenmøder for patienter (Team Horsens) ◆ Omstrukturering af afdelingens daglige fordelingsseddel (Team Glostrup Voksen) ◆ Synliggøre kontakteam personalet med farvede prikker på navneskiltene (Team Dianalund, Team Kolding)

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
	◆ Udarbejde dagsprogram med patienter der scorer over 21 i GAF (Team Brønderslev) ◆ Udarbejde ugeskema (Team Bispebjerg) ◆ Tildeling af kontaktperson i både dagvagt og aftenvagt (Team Vordingborg) ◆ Udarbejde aftale om max. ventetid for patienter i samtalerum på ½ time (Team Dianalund)
Opdatere husorden	◆ Husorden opdateres og revideres (Team Dianalund, Team Vordingborg, Team Herning) ◆ Særlige husregler for mobiltelefoner (Team Viborg Voksen) ◆ Revidering af velkomstpjece (Team Glostrup Voksen)
Opmærksomhed på patienters seksualitet under indlæggelse	
Støtte patienten i at strukturere hverdagen	
Tydeliggøre den nære tidshorisont	
Skærmning	
Tilrettelæggelse af den intensive pleje	◆ Skærmningsniveauer og skærmningsprincipper (Team Bispebjerg, Team Viborg Ung) ◆ Indførelse af skærmningsniveau på alle patienter (Team Viborg Voksen) ◆ Skærmningsniveau drøftes på daglige refleksionsmøder i afsnittet (Team Viborg Voksen) ◆ Forskønnelse af skærmet enhed for at skabe et miljø hvor patienten føler sig tryk (Team Glostrup voksen) ◆ Fastsættelse af skærmningsniveau for patienter ved planlægningsmøder (Team Brønderslev) ◆ Højere grad af realisering af standarder for fast vagt, især med hensyn til øget grad af samvær og aktivitet med patienter med fast vagt (Team Hvidovre 810) ◆ Støtte-skærmningsskema til observation og vurdering af patientens tilstand (Team Herning)

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
Iværksætte flere fleksible aktivitetstilbud	
Tilpasse aktivitetstilbud til patienternes individuelle behov	◆ Aktiviteter afprøves (Team Glostrup ung, Team Ribe, Team Vordingborg, Team Kolding) ◆ Aftenaktiviteter (Team Dianalund) ◆ Aftenaktiviteter 2 gange ugentlig (Team Hvidovre 809) ◆ Udarbejdet 6 til målrettede aktiviteter med de dårligste patienter (Team Herning) ◆ Beskrive og strukturere indholdet af aktivitetsskabe på afsnit (Team Dianalund) ◆ Udarbejde ressourcekatalog for personalet i forhold til at kunne tilbyde aktiviteter (Team Dianalund) ◆ Aftenvagter tilbyder forskellige aktiviteter ved vagtens begyndelse (Team Brønderslev, Team Horsens) ◆ Patienterne kan ønske aftenaktiviteter på eftermiddagsmøder (Team Vordingborg) ◆ Benyttelse af fysio- og ergoterapeuttilbud (Team Vordingborg) ◆ Udarbejdet aktivitetstilbud til aggressionsforvaltning (Team Herning) ◆ Aktiviteter ved ergoterapeut 2 timer dagligt i afdelingen (Team Viborg voksen) ◆ Anskaffelse af bordtennisbord til afsnittet (Team Vordingborg)
Udarbejde angstdæmpende aktiviteter og hjælpemidler	◆ Bokstræning (Team Hillerød) ◆ Refleksionsskema til at anvise aktiviteter/tiltag til patienten (Team Geronto) ◆ Udarbejdelse af ressourcekatalog over personalets ressourcer ift. aktiviteter (Team Dianalund) ◆ Guidelines til målrettede aktiviteter til angstpatienter (Team Herning) ◆ Vejledning til brug af iværksættelse af aktiviteter til psykotiske unge (Team Glostrup Ung) ◆ Udarbejdelse af oversigt over afsnittets aktivitetstilbud (Team Herning, Team Kolding) ◆ Etablere aktivitetsvogn (Team Riget) ◆ Tilbyde ”Musicure” (Team Horsens, Team Brønderslev) ◆ Tilbyde NADA, øreakupunktur til angst og urolige patienter (Team Horsens)

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
Informere og inddrage pårørende / patientens netværk	
Under indlæggelse	◆ Velkomstpjece om beskyttelsesfiksering til pårørende samt udarbejdelse af standard herfor (Team Geronto) ◆ Undersøgelse af pårørendes tilfredshed med information om beskyttelsesfiksering (Team Geronto) ◆ Mundtlig information om mulighed for tvangsindgreb (Team Århus Ung, Team Viborg Ung) ◆ Folder med oplysninger til pårørende (Team Dianalund, Team Herning) ◆ 'Forældretilfredshedsundersøgelse' udsendes til patienternes forældre (Team Århus Ung)
Ved udskrivning	
Forebygge aggression	
Løbende uddanne personalet i undgåelse og håndtering af konflikter	◆ Regelmæssig psykofysisk træning af personalet hver 3. måned (Team Vordingborg) ◆ Afholde kursus "Tvang i praksis" for personalet (Team Odense) ◆ Konflikthåndtering drøftes kontinuerligt på afdelingskonferencer (Team Herning) ◆ Kursus i ikke-voldelig kommunikation for alt personale (Team Herning) ◆ Alle afdelingssygeplejersker tilbydes uddannelse i praktisk konfliktmægling (Team Herning) ◆ Kursus 'Kontakt og kommunikation i vanskelige samspil' (Team Brønderslev) ◆ Voldsafværgelseskurser er tilpasset afsnittets behov (Team Brønderslev) ◆ Gennemført, videooptaget og evalueret "Walk-Through-øvelse" med bæltefiksering (Team Brønderslev) ◆ Uddannelse i konflikthåndtering og kognitiv miljøterapi (Team Kolding, Team Horsens) ◆ Tvang som fast punkt på morgen- og middagskonferencer mhp. kontinuerlig opmærksomhed på både indholdsmæssig og organisatorisk kvalitet af tvang (Team Århus ung)

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
Styrke opmærksomheden på patientens adfærd og kontakt	◆ Systematisk brug af risikovurderinger vha. skema og tidlig indgriben overfor farlige situationer (Team Middelfart) ◆ Skema til forebyggelse af aggression under indlæggelse (Team Hvidovre 809, Team Ribe, Team Augustenborg, Team Roskilde Midt, Team Horsens) ◆ Skema til bevarelse af selvkontrol (Team Herning) ◆ Skemaer til forebyggelse af aggression, konfliktmedtrapning og risikovurdering (Team Brønderslev) ◆ Kontroltabsskema gennemgås med alle nyindlagte patienter (Team Augustenborg) ◆ Udarbejde sygeplejefaglige voldsforebyggelsesmapper (Team Middelfart) ◆ Standard til sygeplejediagnose om forebyggelse af aggression (Team Hvidovre 809)

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
Tema 2: Formaliserede tvangsepisoder	
Sætte fokus på behandling og pleje når tvangsforanstaltninger skal udføres og kommunikeres	
Kommunikation	
Bæltefiksering	◆ Brug af registreringsskema. Læge tilser patienten hver 6. time (Team Hillerød) ◆ Brug af registreringsskema. Læge tilser patienten hver 2. time samt sygeplejefaglig vurdering hver 2. time (Team Herning) ◆ Brug af registreringsskema (Team Glostrup voksen) ◆ Udarbejde manual til 'Den gode nok Bæltefiksering' (Team Augustenborg) ◆ Udarbejdelse af bæltefikseringsjournal (Team Vordingborg, Århus Ung, Team Roskilde Midt, Team Middelfart) ◆ Brug af refleksionsskema til evaluering af påtænkt eller gennemført tvangsforanstaltning (Team Vordingborg) ◆ Ændret rutine vedr. lægetilsyn af bæltefikseret ptt. (Team Århus Ung) ◆ Udvikling af observationsskema til kontinuerlig vurdering af patientens tilstand under fiksering (Team Kolding, Team Horsens) ◆ Skema vedr. samvær og aktiviteter til patienter med fast vagt (Team Hvidovre 810) ◆ "Fast vagt" instruks / folder (Team Roskilde Midt, Team Vordingborg, Team Kolding, Team Dianalund, Team Hvidovre 809) ◆ Måltrettet brug af afslapningsmusik ved bæltefikseringer (Team Viborg Voksen) ◆ Udarbejde standard for bæltefiksering (Team Dianalund) ◆ Observationsskema ved bæltefiksering integreret i VIPs sygeplejejournal (Team Riget)
Beskyttelsesfiksering	◆ Registreringsskema – alle patienter vurderes hver time mhp. på at reducere varighed og kvalificere tvangsforanstaltningen (Team Geronto)

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
Tvangsmedicinering både i forhold til akut injektion tvangsbehandling	◆ Brug af tjekliste ved PN-medicinering (Team Brønderslev) ◆ Afholde medicinkursus (Team Brønderslev)
Alarmsituationer	◆ Udarbejdet procedure for alarmsituationer, én udpeges til særlig omsorgsgiver til patienten og én som styreperson med ansvar for at styre og koordinere indsatsen (Team Herning)
Synliggøre og skabe overblik over afsnittets samlede udøvelse af tvang og indsatsområder	
Registrering af samlede udøvelse af tvang	◆ Udarbejde registreringsskema hvor der månedsvis opgives varighed og hyppighed af tvangsepisoder (Team Århus Ung) ◆ Udarbejde tjekliste til sikring af korrekt udfyldelse af tvangsprotokoller (Team Horsens) ◆ Udarbejde registreringsskema af kvalitetsudviklingstiltag vedr. tvang (Team Herning, Team Augustenborg)
Kendskab til psykiatriloven	◆ Tilbyde personalet undervisning i psykiatriloven og patientrettigheder (Team Dianalund, Team Vordingborg)
Registrering af aflåste yderdøre for åbne afdelinger	◆ På åbne afdelinger registreres, hvor ofte der er låste yderdøre (Team Viborg Ung, Team Århus Geronto)

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
Tema 3: Opfølgning på formaliserede tvangsepisoder	
Bearbejde tvangsepisoder og skabe gensidig forståelse mellem patient og personale Patient eftersamtaler	◆ Brug af interviewguide til eftersamtale med patienter efter tvangsfiksering/beroligende medicin (Team Odense) ◆ Brug af interviewguide til eftersamtaler med patienter efter bæltefiksering, tvangsmedicinering og tvangstilbageholdelse (Team Riget) ◆ Brug af interviewguide til eftersamtale ved psykolog/plejepersonale med patienter efter bæltefiksering (Team Hvidovre 810, Team Horsens) ◆ Interviewguide/dialogguide til eftersamtaler med patienter efter tvang (Team Herning, Team Århus ung, Team Glostrup voksen) ◆ Systematiserede eftersamtaler (Team Glostrup ung, Team Århus Ung) ◆ Spørgeskema til patientsamtaler efter tvangsbehandling (Team Augustenborg) ◆ Eftersamtaler til patienter udsat for tvang i henhold til skema 3 (Team Viborg ung) ◆ Eftersamtale efter fiksering (Team Viborg Voksen, Team Roskilde Midt) ◆ Eftersamtaler (Team Middelfart)
Konfliktmægling	
Bearbejde personalets følelsesmæssige reaktioner ved anvendelse af tvang	
Supervision	◆ Personalesupervision (Team Glostrup voksen)
Personale debriefing	◆ Undersøgelse af personaletilfredshed med evaluering efter tvangssituationer (Team Hvidovre 810) ◆ Udførte fælles procedure for rutinemæssig debriefing ved alarm og tilkald (Team Hillerød) ◆ Udarbejde skema til debriefing af personale i forhold til bæltefiksering (Team

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
	Augustenborg) ◆ Etablere eftermøder for personalet mhp. læring af den truende situation (Team Middelfart) ◆ Opsamling på alarmsituationer med det involverede personale med skriftlig evaluering (Team Herning)
Opfølgning på vold og trusler om vold	◆ Udarbejde lokal voldspolitik samt registreringsskemaer til dokumentation af vold og trusler (Team Hillerød, Team Riget)
Patient debriefing	◆ Tilbud om psykologsamtaler til alle patienter på lukket afsnit, hvor tvang indgår i behandlingen (Team Hvidovre 810)
Kvalitetssikring i forhold til anvendelsen af tvang	
Etablere et auditeringssystem	◆ Udarbejdelse af mål og afprøve audit (Team Odense) ◆ Etablering af audit (Team Riget)
Andre indsatsområder og forandringstiltag:	
Spredning og formidling af succesfulde forandringstiltag vedr. tvang	◆ Etablering af en faglig netværksgruppe med repræsentanter fra alle afdelinger og døgnafsnit med henblik på idéudvikling af konkrete spredningsforslag (Team Herning) ◆ Afdelingsledergruppe udarbejde spredningsstrategi (Team Herning) ◆ Udpege projektsygeplejersker, der underviser i forandringstiltagene på eget og andre afsnit (Team Herning) ◆ Oprette historiebank til succes historier i forbindelse med brugen af de nye arbejdsredskaber (Team Herning) ◆ Etablering af lokalt intranet om projektet, teamet og tiltag (Team Dianalund, Team Herning) ◆ Udarbejde spredningsstrategi (Team Kolding)

Strategi og indsatsområder fra Forandringskataloget	Forandringstiltag der afprøves/er afprøvet (En kort beskrivelse)
Det fortsatte kvalitetsudviklingsarbejde	◆ Udarbejde PDSA-cirkel om spredning (Team Riget)
	◆ Lave lokalt idékatalog (Team Dianalund)

