Evaluering af satspuljeprojektet
Nedbringelse af tvang i psykiatrien - 2012-2015

Sundhedsstyrelsen

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland

Evaluering af det satspuljefinansierede gennembrudsprojekt
"Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015"

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2015

Helle Høgh
Jesper Buchholdt Gjørup
Dorte Brandt Svendstrup
Jon Hadsund (analyser af SEI-data)

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
Region Midtjylland
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Kvalitetsudvikling, Sundhed
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

Tlf. 7841 4000
E-mail: cfk@rm.dk
Hjemmeside: www.cfk.rm.dk
Rapporten kan downloades fra www.cfk.rm.dk under udgivelser

Indholdsfortegnelse

1 INDLEDNING 1

1.1 Evalueringens formål, definition af tvang og datakilder 2
1.2 Resumé af projektets resultater 4

2 PROJEKTETS ORGANISERING, METODE OG DESIGN 7

2.1 National organisering af projektet 8
2.1.1 Projektledelse og følgegruppe i projektet 8
2.1.2 Faglig referencegruppe 8
2.1.3 Nationalt brugerpanel 8
2.1.4 National arbejdsgruppe omkring SEI-data 9
2.2 Regional organisering af projektet 9
2.2.1 Regionale implementeringsgrupper 9
2.2.2 Regionalt ledelsesfokus på nedbringelse af tvang 10
2.2.3 Regionalt fokus på inddragelse af brugere og pårørende 10
2.3 Lokal organisering af projektet 10
2.3.1 Lokal teamorganisering 10
2.3.2 Lokal inddragelse af brugere og pårørende 11
2.4 Videndeling på tværs af projektniveauerne 11
2.4.1 VIS.dk 11
2.4.2 Webinar 12
2.5 Projektets metode, design og udvikling i 2012-2015 12
2.5.1 Gennembrudsmetoden 12
2.5.2 Projektets faser og afholdte aktiviteter i 2012-13 jf. projektplanen 13
2.6 Delkonklusion 16

3 UDVIKLING I OMFANGET AF TVANG 2012-2014 19

3.1 Databeskrivelse og metode 19
3.1.1 Metode 20
3.2 Anvendt tvang på voksenpsykiatriske afdelinger 21
3.2.1 Skift i anvendelsen af bæltefiksering på regions- og afsnitsniveau 26
3.3 Anvendt tvang på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 28
3.4 Delkonklusion 29

4 KVALITETEN AF DEN ANVENDTE TVANG 31

4.1 Den patientoplevede kvalitet 31
4.1.1 Grundlaget for anvendelse af LUP-Psykiatriundersøgelsen i projektet 31
4.1.2 Patienternes oplevelse af den anvendte tvang og generelle tilfredshed 32
4.1.3 Patienternes oplevelse af kvaliteten i øvrigt 33
4.2 Den faglige kvalitet og forebyggende indsats omkring tvang 37
4.2.1 Personalets oplevelse af kvaliteten af den anvendte tvang 37
4.2.2 Styrkelse af den faglige kvalitet i den tvangsforebyggende indsats 38
4.2.3 Faglig kompetenceudvikling af den forebyggende indsats 40
4.2.4 Udvikling af den faglige kvalitet vedrørende den anvendte tvang 40
4.2.5 Analyser af kvaliteten af den anvendte tvang 41
4.2.6 Eftersamtaler 43
4.3 Den organisatoriske kvalitet af tvang 44
4.3.1 Kvalitetsstyring af anvendelse af tvangsdata på regionalt niveau 45
4.3.2 Kvalitetsstyring af anvendelse af tvangsdata på lokalt niveau 46
4.3.3 Organisering og arbejdstilrettelæggelse 48
4.3.4 Nye retningslinjer og andre organisatoriske tiltag omkring anvendelse af tvang 49
4.4 Delkonklusion 49

5 AKTIVITETER SOM MIDDEL TIL FOREBYGGELSE AF TVANG 51

5.1 Øget tilbud om aktiviteter 51
5.1.1 Patienternes tilfredshed med aktivitetstilbud 53
5.1.2 Det nationale brugerpanels anbefalinger omkring anvendelse af aktivitetstilbud 55
5.2 Patientinddragelse i anvendelse af aktivitetstilbud 56
5.3 Forebyggelse og nedbringelse af tvang med anvendelse af aktivitetstilbud 58
5.4 Konkrete aktivitetstilbud med god forebyggende effekt 59
5.5 Faglig og organisatorisk udvikling omkring anvendelse af aktivitetstilbud i behandlingen 60
5.5.1 Aktiviteter en del af afsnittes grundstruktur 62
5.5.2 Nyindretning af fællesarealer skal stimulere sociale og andre miljøterapeutiske aktiviteter 62
5.6 Samlede erfaringer omkring aktiviteter som et redskab til at forebygge tvang 63
5.7 Delkonklusion 64

6 SPREDNING OG FASTHOLDELSE AF PROJEKTETS RESULTATER OG TILTAG 67

6.1 Projektets nationale tiltag for at sikre spredning og fastholdelse 67
6.1.1 Videndeling i det nationale projektnetværk mellem afsnittene i regionerne 67
6.1.2 Selvrapportering og inspirationskatalog 68
6.2 Projektdeltagernes egne forventninger til fastholdelse af resultater og ændret praksis 69
6.3 Etablering af regionale implementeringsgrupper 70
6.3.1 Implementeringskursus 72
6.4 Spredning og fastholdelse via partnerskabsaftaler og andre initiativer 72
6.5 Delkonklusion 73

7 ERFARINGER FRA PROJEKTET SAMLET SET 75

7.1 En ændret kultur? 75
7.1.1 Gennembrudsmetoden som ramme for kvalitetsudvikling og ændret praksis 77
7.1.2 Patienternes vurdering sammenholdt med personalets vurdering 78
7.2 Faktorer, der af mange opfattes som vilkår i psykiatrien 78
7.2.1 Enkelte patienter i konkrete farlige situationer 78
7.2.2 Normeringen, forholdet mellem opgaven og ressourcerne 80
7.3 Ledelsens engagement i indsatsen om nedbringelse af tvang 81
7.3.1 Efteruddannelse og anden kompetenceudvikling 83
7.4 Delkonklusion 83

8 KONKLUSIONER 85

8.1 Hvordan er projektet forløbet? 85
8.2 Hvilke resultater kan identificeres ift. nedbringelse af tvang? 85
8.3 Hvordan er det gået med at sikre, at kvaliteten af den anvendte tvang er højest muligt? 86
8.4 Hvilke aktiviteter og indsatser er der blevet arbejdet med? 86
8.5 Hvordan fastholdes og spredes resultaterne i regionerne? 87
8.6 Hvad er de samlede erfaringer fra projektet? 87

REFERENCER **89**

Bilag 1: De deltagende snit i "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015" 90
Bilag 2: Oversigt over datakilder anvendt i slutevalueringen 91
Bilag 3: Baggrund for SEI-data i slutevalueringen 92
Bilag 4: Metoder anvendt til indsamling af oplevet kvalitet 94

1 Indledning

I Satspuljen for sundhedsområdet 2011-2014 blev der indgået politisk aftale om at afsætte midler til at gennemføre et nationalt gennembrudsprojekt om nedbringelse af tvang i psykiatrien. Et særligt fokus i projektet er anvendelse af aktiviteter som et redskab til at forebygge og nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien.

Projektet har bygget videre på opnåede resultater og erfaringer fra tidligere nationale gennembrudsprojekter (2004-2007) og et nationalt implementeringsnetværk (2010) om tvang i psykiatrien. De tidligere gennembrudsprojekter viste, at anvendelsen af tvang kan nedbringes markant, når der sker en fokuseret indsats.

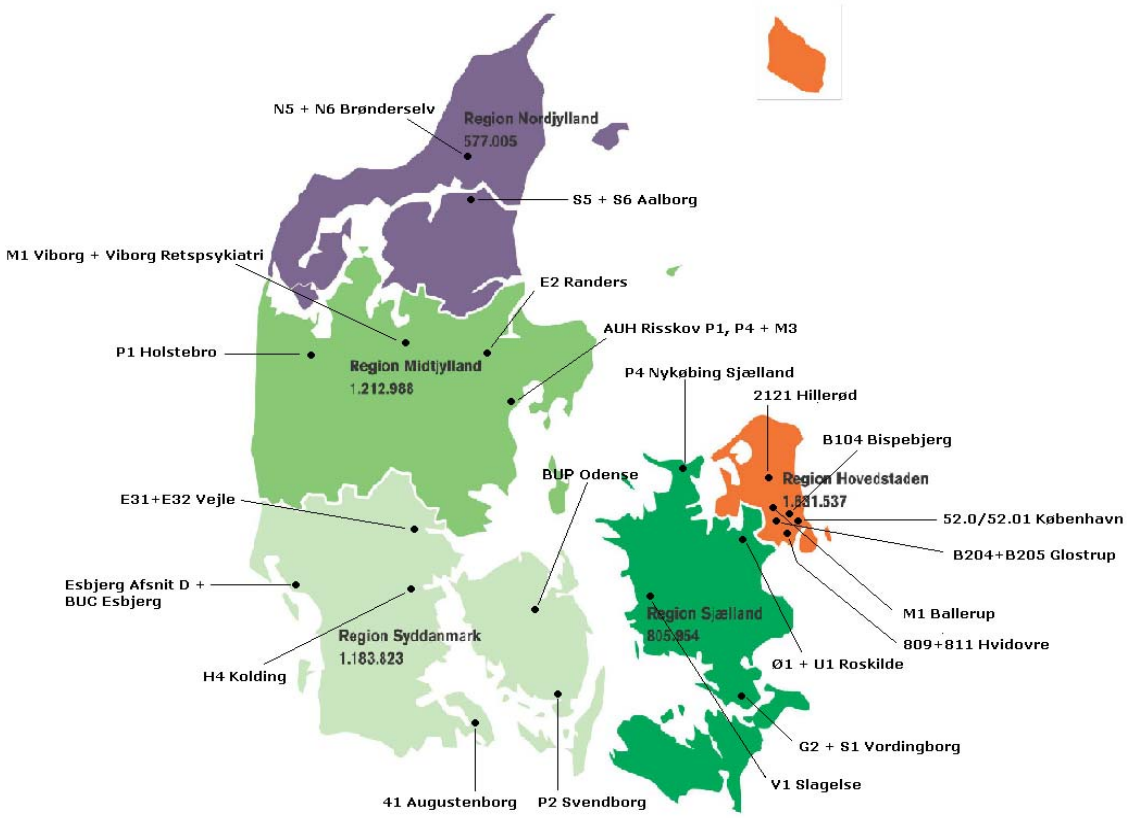
I dette projekt - "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015" - er der stillet krav til et øget regionalt engagement i forhold til implementering, fastholdelse og spredning af aktiviteterne i projektet med henblik på at styrke fortsættelsen af initiativerne efter projektets ophør.

Projektets formål er defineret som:

- at nedbringe omfang og varighed af tvangsforanstaltninger mest muligt
- at sikre at kvaliteten af den tvang, som anvendes, er så høj som muligt set fra såvel et organisatorisk, fagligt og et patientoplevet perspektiv
- at udvikle tilbud om aktivitet som redskab til at nedbringe brug af tvang. Aktivitet defineres bredt fx undervisningsmæssige tilbud, sociale tilbud og individuelle tilbud fx fysiske aktiviteter, musik, dans, madlavning etc.
- at sikre spredning og fastholdelse af projektets tiltag og resultater

Regionerne har kunnet ansøge om penge fra en fælles pulje på 15 mio. kr., som er blevet fordelt mellem 34 psykiatriske afsnit i hele landet, se figur 1.1.

Figur 1.1: Geografisk fordeling af de 34 deltagende afsnit i projektet



I foråret 2014 blev der udarbejdet en midtvejsevaluering af projektet. De tilgængelige og foreløbige tvangstal viste ingen signifikant nedbringelse af den anvendte tvang i projektperioden 2013. Til gengæld var der dokumentation for en markant stigning i antallet af aktivitetstilbud til patienterne under indlæggelse.[1] Midtvejsevalueringen indeholder en række anbefalinger til indsatsen i 2014-15 vedrørende: data om tvang, inddragelse af brugere og pårørende, kompetenceudvikling og videndeling og ledelsesinitiativer.

1.1 Evalueringens formål, definition af tvang og datakilder

Formålet med slutevalueringen er at gøre status på projektets indsats og resultater i perioden 2012 -15. Evalueringens hovedspørgsmål er:

- Hvordan er projektet forløbet set i forhold til planen for 2012-2015?
- Hvilke resultater kan identificeres i forhold til nedbringelse af tvang?
- Hvordan er det gået med at sikre, at kvaliteten af den anvendte tvang er højest muligt?
- Hvilke aktiviteter og indsatser er der blevet arbejdet med i regionerne og har de haft en effekt i forhold til at forebygge tvang?
- Hvad er erfaringerne med projektarbejdet samlet set?
- Hvordan fastholdes og spredes projektets resultater i regionerne?

1 Høgh, H og Gjørup, JB (2014): Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015 – midtvejsevaluering. CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

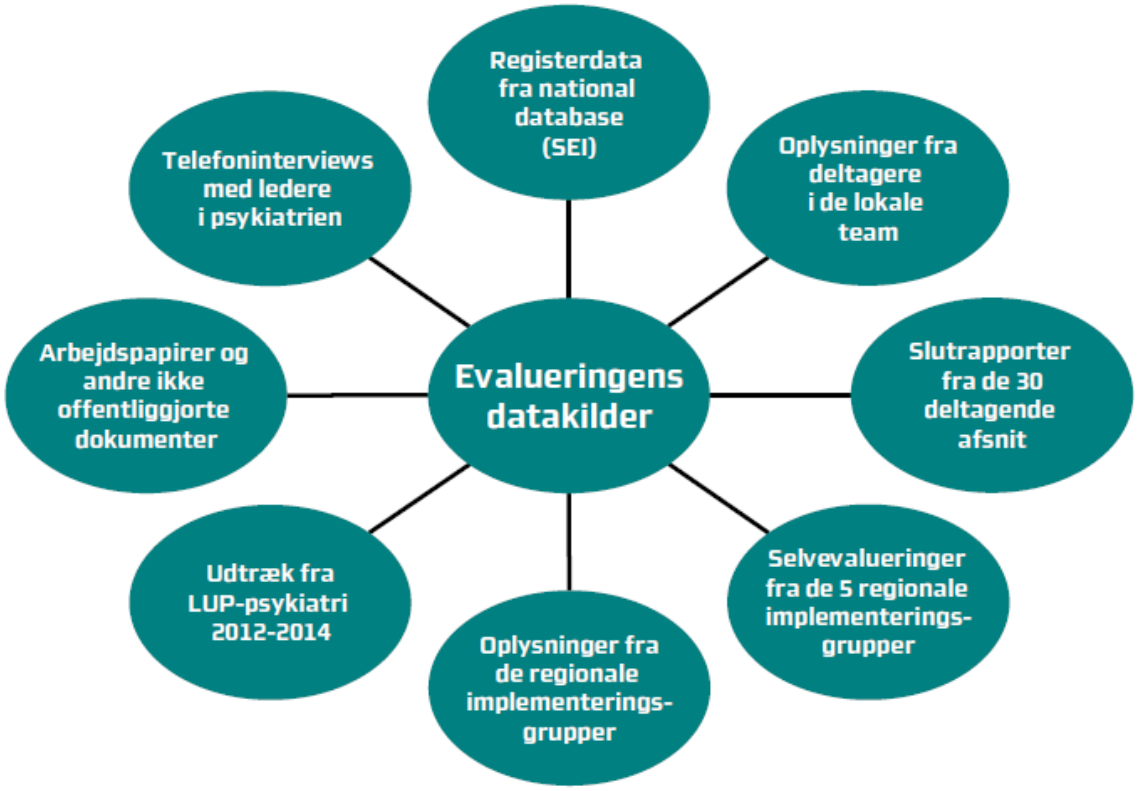
Definitionen af tvang i psykiatrien fremgår af "Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien" § 1., Stk. 2.

> *Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.*

Det nationale projektsekretariat har efter aftale med Sundhedsstyrelsen afgrænset projektet til at omhandle nedbringelse af tvang for de mest anvendte tvangsformer. I evalueringen beskrives derfor udviklingen i anvendelse af beroligende medicin, bæltefikseringer, remme, fastholden og tvangstilbageholdelse. Der er et specielt fokus på udviklingen i brug af bæltefiksering, idet denne tvangstype er blandt de mest indgribende tvangsformer og samtidig fylder mest i regionernes ansøgninger til projektet.

Evalueringen benytter flere forskellige datakilder. Figur 1.2 skitseres datatyperne[2]. Kvantitativt er der blandt andet anvendt registerdata og spørgeskemadata. Kvalitativt er der gennemført interviews og indsamlet kvalitative kommentarer via spørgeskemaundersøgelserne. Desuden indeholder de deltagende afsnits slutrapporter og de regionale implementeringsgruppers selvevalueringer både kvantitative og kvalitative data.

Figur 1.2: Datakilder



2 Se endvidere Bilag 2 for nærmere information om datakilder.

1.2 Resumé af projektets resultater

På det voksenpsykiatriske område er det lykkedes for de deltagende afsnit at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Konkret er antallet af bæltefikseringer og tvangsepisoder med remme på de deltagende voksenpsykiatriske afsnit faldet med henholdsvis 26 % og 27 % sammenlignet med baselineperioden. Samtidig er antallet af bæltefikserede patienter på de deltagende voksenpsykiatriske afsnit 11 % lavere end i projektets baselineperiode. Idet antal bæltefikseringer er faldet betydeligt mere end antal bæltefikserede patienter, kan det således konkluderes, at der fra baseline til perioden efter baseline er sket den udvikling, at de patienter som bæltefikseres generelt bæltefikseres færre gange.

På regionsniveau er der sket et skift mod færre bæltefikseringer i fire ud af de fem regioner: Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Midtjylland. I Region Hovedstaden og Region Syddanmark er der ligeledes sket et skift mod færre bæltefikserede patienter i projektperioden efter baseline.

Den samlede varighed af bæltefiksering på de deltagende voksenpsykiatriske afsnit er faldet med 23 % fra baseline til perioden efter. Der ses dog ikke tydelig udvikling i den gennemsnitlige varighed per bæltefiksering. Udviklingen i varigheden tyder således på, at den samlede varighed er gået ned, som følge af færre bæltefikseringer, imens de patienter der fortsat bæltefikseres gennemsnitligt ligger i bælte lige så lang tid som ved baseline. I perioden fra baseline til perioden efter ses endvidere den udvikling, at færre patienter bæltefikseres under otte timer, og færre patienter bæltefikseres i mere end 48 timer.

I forhold til spredningen i resultater på tværs af regioner ses der på det voksenpsykiatriske område et positivt skift i forhold til antal bæltefikseringer og/eller den samlede varighed af bæltefikseringerne. For Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland kan faldet i antal bæltefikseringer betegnes som gennembrud. Med hensyn til bæltefikseringer på tværs af afsnit ses der for 15 af de 25 (60 %) voksenpsykiatriske projektafsnit et fald i medianen fra baseline til perioden efter. Grundet datakvaliteten på afsnitsniveau er afsnitsresultaterne ikke testet statistisk.

I relation til anvendelse af tvangstyperne fastholden og tvangstilbageholdelse er der for begge sket en stigning på 7 % fra baseline til perioden efter baseline. Det har ikke ligget indenfor evalueringens rammer at undersøge årsager hertil. I flere slutrapporter beskrives anvendelse af fastholden som et bevidst valg af mindste-middel frem for bæltefiksering. Grundet faglig uenighed om, hvorvidt fastholden reelt er et mindste-middel uanset varighed heraf, kan der på det foreliggende grundlag ikke konkluderes på, om udviklingen i fastholden er positiv eller negativ. Stigningen af tvangstilbageholdelser og fastholden kan evt. ses i lyset af, at der i et eller andet omfang foregår en flytning mellem de mulige tvangsformer hen i mod, at den type tvangsindgreb, der er mest i fokus og som generelt betragtes som mest belastende, særligt søges nedbragt og derved erstattet af andre indgreb. Set i det perspektiv må det anses for positivt, at anvendelsen af beroligende medicin ikke ser ud til at være steget.

I relation til de seks børne- og ungdomspsykiatriske afsnit i projektet har det ikke været muligt at konkludere på udviklingen ud fra registerdata/SEI-data. Det skyldes dels usikkerhed om ensartethed af definition og registrering af tvang på tværs af de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit, dels omfattende omstruktureringer på afsnittene i projektperioden. Resultater i form af nedbringelse af tvang, kan i denne evaluering derfor alene base-

res på afsnittenes slutrapporter. Fem ud af seks deltagende afsnit rapporterer om nedbringelse af antal bæltefikseringer.

Med hensyn til forbedring af kvaliteten af den anvendte tvang er tilbagemeldingerne fra implementeringsgrupper og afsnit, at det i højere grad end før projektstart lykkes de deltagende afsnits personale at hjælpe patienter med at håndtere deres vrede og uro på en måde, så tvang anvendes i mindre omfang. Personalet opnår blandt andet dette ved at gå i dialog med patienterne om mestring af svære situationer og på baggrund af disse tilbyde flere målrettede aktiviteter som en del af det miljøterapeutiske arbejde. Projektets særlige fokus på anvendelse af aktiviteter, som et middel til at forebygge tvang, har bevirket, at personalet vurderer, at de har fået opbygget flere handlemuligheder og tør afprøve flere alternative metoder før der anvendes tvang end før projektstart. Dette er blandet andet fremmet ved øget mulighed for kompetenceudvikling via projektet. Det kan dog ikke entydigt konkluderes, at øget tilbud om aktivitet på de deltagende afsnit nødvendigvis fører til nedbringelse af tvang. Men det er med projektet dokumenteret, at det kan være én af en række faktorer, der bidrager til det.

Den kvalitetsforbedring i anvendt tvang, som personalet oplever, skinner dog ikke igennem i den patientoplevede kvalitet. Dette blandt andet i relation til, om tvang foregik på en ordentlig måde, og om patienten fik udbytte af eftersamtalen. Det kan derfor være interessant at undersøge baggrunden for patienternes svar nærmere i relation til at klarlægge et eventuelt forbedringspotentiale.

I relation til faglig kvalitet af den anvendte tvang er det kun enkelte projektteam, som beskriver konkrete dokumenterede kvalitetsforbedringer af den anvendte tvang. Der er dels arbejdet med forbedring af opfølgningen eftersamtaler og reviews af analyser af tvangsepisoder. Dels er der arbejdet med at gøre fysisk magtanvendelse mere skånsom. Enkelte afsnit observerer bæltefikserede patienter mere systematisk med en bæltejournal eller en særlig plejeplan. Enkelte afsnit oplyser at de tilbyder fikserede patienter aktivitetsmuligheder.

Der er samtidig sket forbedringer i den organisatoriske kvalitet, blandt andet ved at tvangsdata i højre grad tilgængelige for ledelse og medarbejdere. Nogle afsnit har indført en ny teamstruktur, etableret en fast 'aktivitetsperson', der tages ud af dagsnormen for at lave aktiviteter med patienterne. Et enkelt team har indført fleksibel normering, hvor antal medarbejdere på arbejde tilpasses efter behov for en intensiv tvangsforebyggende indsats.

Flere af deltagerne fra projektafsnittene konkluderer, at det vigtigste de har opnået ved at være en del af projektet er, at de har oplevet en ændring i tilgangen til patienterne, personalets kommunikation med patienterne, måden personalet taler med hinanden om tvang og hvor dan de agerer i konfliktsituationer. Disse ændringer karakteriseres som en "kulturændring". Den ændrede tilgang hænger i sin helhed sammen med, at personalet har fået nye redskaber, kompetenceudvikling og nye handlemuligheder, fx flere aktiviteter at tilbyde patienterne, i løbet af projektperioden.

Kombinationen af: systematiske risikovurderinger, kendskab til patientens mestringsstrategier, målrettede aktivitetstilbud, anvendelse af deeskalerende kommunikation, registrering af 'nær-ved-tvang' og kritiske reviews af tvangsepisoder, har vist sig at være væsentli-

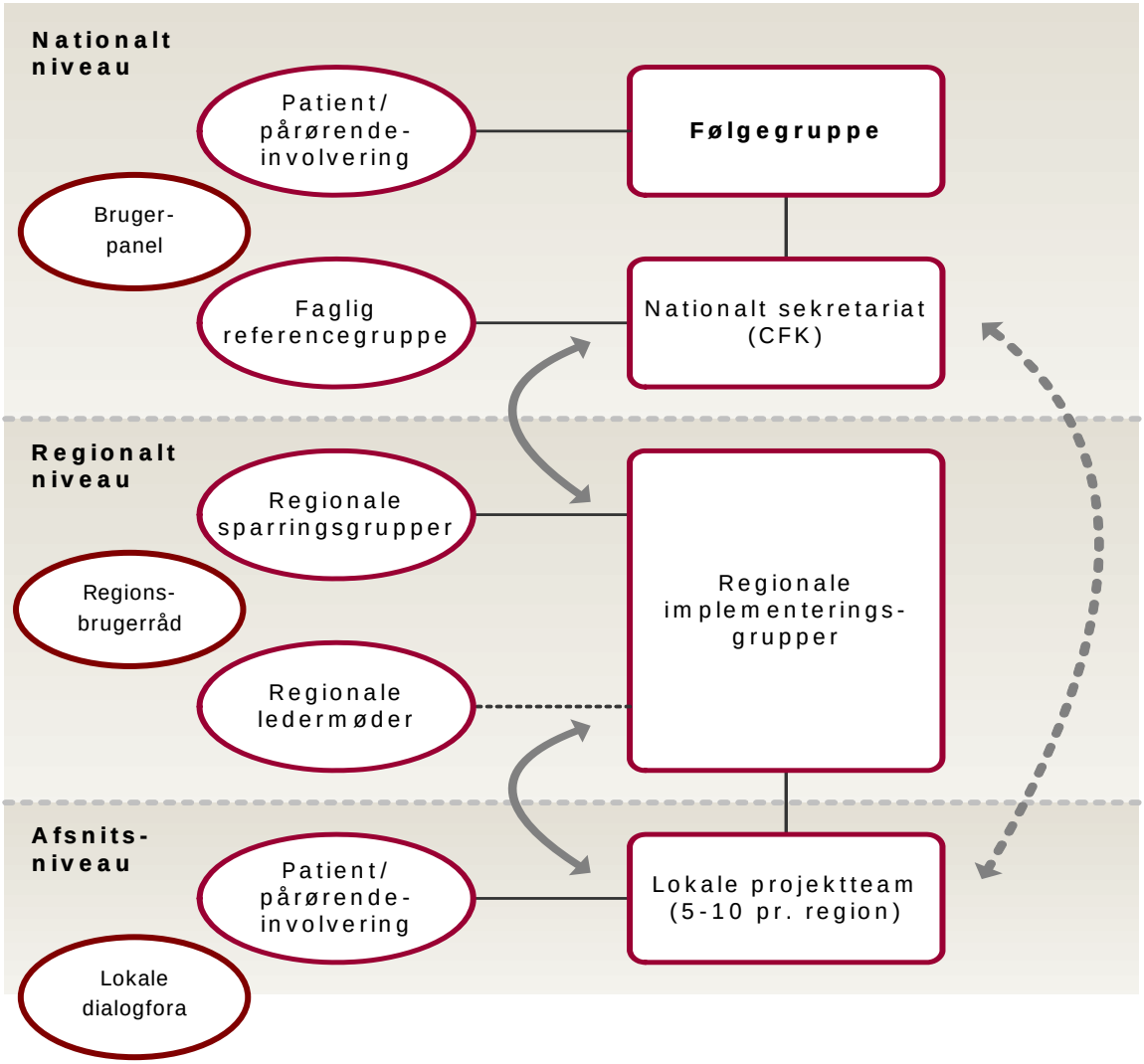
ge ingredienser i forebyggelsen af tvangsepisoder på de deltagende afsnit. Det kræver dog en målrettet organisatorisk indsats at få etableret disse strukturer, optimeret arbejdsgange på afsnittene, etableret fælles retningslinjer og etableres en datapraksis, så der kan arbejdes målrettet med forebyggelse af tvang på forskellige organisatoriske niveauer på samme tid. På dette punkt er der fortsat et forbedringsarbejde at fortsætte i regionerne.

2 Projektets organisering, metode og design

I dette kapitel besvares evalueringsspørgsmålet: "Hvordan er projektet forløbet set i forhold til planen for 2012-2015?". Først redegøres i afsnittene 2.1-2.3 for projektets organisering på nationalt, regionalt og lokalt niveau. Herefter beskrives i afsnit 2.4 projektets videndeling på tværs af projektniveauerne. I afsnit 2.5 gennemgås projektets metode, design og udvikling i 2012-2015.

Projektet er jf. Satspuljeopslaget gennemført efter Gennembrudsmetoden, som også har været anvendt i de tidligere nationale projekter. Der er imidlertid lavet om på design og organisering i dette projekt, for at styrke det regionale ejerskab til projektet og fremme regional og lokal implementering og spredning af projektinitiativerne. Projektet er, som vist på figur 2.1, organiseret på tre forskellige organisatoriske niveauer: nationalt, regionalt og lokalt, der hver især har skullet sikre optimalt fokus og fremdrift for projektet.

Figur 2.1: Projektets organisering



2.1 National organisering af projektet

På det nationale plan er der etableret en meget bred samarbejdsflade omkring projektet både i forhold til de faglige, interessemæssige og administrative områder.

2.1.1 Projektledelse og følgegruppe i projektet

Den formelle projektledelse og forvaltning af satspuljen er lokaliseret i Sundhedsstyrelsen. Den daglige ledelse af projektet har været placeret hos CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland (CFK), der har fungeret som nationalt projektsekretariat for projektet.

Projektledelsen støttes af en nedsat national følgegruppe bestående af repræsentanter fra nationale brugerorganisationer, repræsentanter fra de faglige selskaber og organisationer samt Danske Regioner, Statens Seruminstitut og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsstyrelsen har formandskabet for følgegruppen. Der har løbende været afholdt følgegruppemøder i projektperioden. Deltagerne i følgegruppen og kommissoriet for følgegruppen kan ses på CFKs hjemmeside www.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk.

2.1.2 Faglig referencegruppe

For at kvalificere det faglige niveau, der arbejdes med i projektet bedst muligt, har der været nedsat en faglig referencegruppe. Referencegruppen var bredt sammensat af personer udpeget af de faglige organisationer, samt forskere og praktikere, der har beskæftiget sig med tvangsproblematikken samt anvendelse af aktiviteter i psykiatrien. Se www.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk for liste over deltagere. To af medlemmerne fra referencegruppen, psykolog Tina Wøbbe og forskningssygeplejerske Jesper Bak, har bidraget til projektet ved at udarbejde et notat vedr. effektmåling og risikovurderingsredskaber, der anvendes i psykiatrien. Jesper Bak, oversygeplejerske og ph.d.-studerende fra Psykiatrisk Center Sct. Hans, Region Hovedstaden har stillet sin forskning omkring nedbringelse af bæltefiksering til rådighed i projektet. Forskningssygeplejerske og ph.d.-studerende Lene Lauge Berring, Region Sjælland, har stillet sin forskning omkring deeskalering til rådighed for projektet, og har lavet interventionsstudier på to af de deltagende afsnit i Region Sjælland.

2.1.3 Nationalt brugerpanel

For at styrke bruger- og pårørendeinddragelse i projektet, tog det nationale sekretariat i CFK i foråret 2013 initiativ til at samle et nationalt bruger- og pårørendepanel. I brugerpanelet sidder i alt 9 personer med bruger- eller pårørendebaggrund. De fleste er organiseret i nationale organisationer som LAP, BEDRE PSYKIATRI, SIND og LMS. Involvering af brugere og pårørende er et element, der har haft høj prioritet i projektet både på det nationale, regionale og lokale niveau. Formålet med brugerpanelet er at medvirke til at give sparring til projektet og medvirke til at kvalificere tiltag, der øger inddragelse af brugere og pårørende i behandlingen på de psykiatriske afdelinger. Der er blevet afholdt tre møder i panelet og budskaberne er blevet indsamlet og formidlet videre til projektdeltagerne. Flere medlemmer af brugerpanelet har deltaget som oplægsholdere eller observatører og sparringspartnere på de regionale læringsseminarer, der blev afholdt i projektet.

2.1.4 National arbejdsgruppe omkring SEI-data

Det har siden 2005 været lovpligtigt at indberette al anvendt tvang i psykiatrien til "Register over anvendelse af tvang i psykiatrien". Indberetningen sker via Statens Elektroniske Indberetningssystem, i daglig tale kaldet SEI-databasen. Det har været et krav fra projektets side, jf. satspuljeopslaget, at de deltagende afsnit har indberettet deres tvangsepisoder med afsnitskode til SEI. Ved at indberette med afsnitskode, kunne afsnittet trække egne data, for løbende at kunne monitorere på udviklingen i projektet.

Det nationale sekretariat kunne ved projektstart i november 2012 konstatere, at der var flere regioner, som ikke var systematiske i indberetning af data på afsnitskode til SEI, og at der var forskellige problemstillinger forbundet med dette.

I 2013 tog det nationale sekretariat initiativ til at samle en national arbejdsgruppe bestående af en dataansvarlig medarbejder fra hver region og en medarbejder fra Statens Seruminstitut. Formålet med arbejdsgruppen var at styrke kvaliteten af data og samarbejdet mellem Seruminstituttet og regionerne. Forskellige problemstillinger blev drøftet på arbejdsgruppens to møder, fx anvendelse og registrering af tvang på somatiske sygehuse, også kaldet 'dobbeltindlagte' patienter, 10 dagesreglen for indberetning til SEI og dobbeltregistreringer.

2.2 Regional organisering af projektet

Til forskel fra tidligere nationale gennembrudsprojekter om nedbringelse af tvang i psykiatrien, har der været et særligt fokus på projektets regionale implementering og spredning via etablering af regionale implementeringsgrupper.

2.2.1 Regionale implementeringsgrupper

På det regionale niveau er der etableret en særlig regional implementeringsgruppe i hver region. Denne projektorganisering udspringer dels af inspiration fra nyere litteratur om implementeringsforskning[3], men også af erkendelsen af, at implementering og spredning af tidligere projekters initiativer og interventioner, ikke er lykkes i tilfredsstillende omfang. Desuden har det nationale sekretariat haft væsentlig færre midler til at drive sekretariatsfunktion for end tidligere, hvorfor der ikke har kunnet tilbydes samme niveau af vejledning i regionerne, som i tidligere projekter.

Den regionale implementeringsgruppe har haft en tværgående funktion i projektet og har primært bestået af kvalitetsmedarbejdere, udviklingsmedarbejdere, AC-medarbejdere i de regionale psykiatriadministrationer samt lokale mellemledere/funktionsledere på de deltagende afsnit. En enkelt gruppe har haft en pårørenderepræsentant med. Grupperne har haft en noget forskellig størrelse og sammensætning i regionerne, hvilket fremgår af de regionale selvevalueringer for deltagelse i projektet[4].

Implementeringsgruppernes opgave i projektet har både været at vejlede og supervisere de lokale projektteam og sikre, at de har haft fremdrift i projektet. De har skullet hjælpe de deltagende projektteam med at få adgang til egne tvangsdata og være et koordinerende

3 Fixsen, D. et. al. (2005): Implementation Research: A synthesis of the literature. Tampa, FL. National Implementation Research Network.

4 For en detaljeret gennemgang omkring de regionale implementeringsgruppers sammensætning: se Midtvejsevaluering og de regionale selvevalueringer på http//.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk.

led i forhold til ledelsesniveauerne i regionspsykiatrien. De har haft et særligt ansvar for at sikre lokal og regional forankring af aktiviteterne i projektet. Det har især været i 2014, at grupperne har forestået planlægning af spredningsaktiviteter i organisationen. Det har i denne proces været hensigten, at implementeringsgrupperne skulle forsøge at skabe en rød tråd til andre initiativer og projekter, der arbejdes med i regionerne, fx lean, recovery, bruger- og pårørendeindsatser, patientsikkerhed etc.

2.2.2 Regionalt ledelsesfokus på nedbringelse af tvang

For at styrke den overordnede ledelses engagement og viden om projektet, er implementeringsgrupperne blevet opfordret til at deltage på ledelsesmøder for løbende at informere og inddrage projektet i det overordnede arbejde i regionen. Det har foregået i forskellige fora, fx kvalitetsrådsmøder eller på møder i afdelingsledelseskredsen eller centerledelseskredsen. I Region Hovedstaden er der blevet afholdt 2 særskilte møder om projektet for centerledelseskredsen med deltagelse af det nationale sekretariat.

2.2.3 Regionalt fokus på inddragelse af brugere og pårørende

Flere af implementeringsgrupperne og projektteamene har i løbet af projektperioden haft dialog og møder med etablerede regionale brugerråd eller kontaktfora, hvor de har præsenteret projektet og de aktiviteter, der er blevet arbejdet med. Se de regionale selvevalueringer[5] for nærmere beskrivelse af hver regions inddragelse af brugere og pårørende i projektet.

2.3 Lokal organisering af projektet

Hver region har sørget for, at de deltagende afsnit har været spredt både på geografi (matrikler/afdelinger/centre) og specialer. Hensigten har været at lette muligheden for at styrke nedbringelse af tvang inden for alle områder af behandlingspsykiatriens sengeafsnit og skabe gode betingelser for spredning af gode erfaringer til de øvrige afsnit, afdelinger og centre i psykiatrien.

De deltagende afsnit er specialiseret i ungdomspsykiatri, retspsykiatri, gerontopsykiatri, psykoser, affektive lidelser eller er en del af almen psykiatrien. Der er både afsnit med akut modtagefunktion, skærmede og intensive funktioner og afsnit med domsanbragte. Den samlede oversigt over de deltagende afsnit fremgår af bilag.

2.3.1 Lokal teamorganisering

På det lokale niveau har hver region deltaget med 4 -7 projektteam. Projektteamene består af 2-7 personer og er tværfagligt sammensat af sygeplejersker, plejere, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter, pædagoger og i nogle tilfælde læger. Der er dog ikke stor lægedeltagelse i projektet. Region Hovedstaden har lægedeltagelse i næsten hvert team, mens fx Region Syddanmark kun har et enkelt team med en læge. I Region Midtjylland, Region Hovedstaden og til dels Region Nordjylland indgår funktionslederen i både projektteam og i den regionale implementeringsgruppe. Enkelte team består af medarbejdere fra to afsnit. Der deltager i alt 30 projektteam fordelt på 34 afsnit i hele landet i projektet. Se figur 1.1 (Kapitel 1) for den geografiske fordeling af afsnittene.

5 http//.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk.

Projektdeltagerne har forpligtet sig til løbende at afholde teammøder, og aflevere korte månedlige rapporter til det nationale sekretariat og de øvrige i projektnetværket. I rapporterne, har de beskrevet, hvad de har arbejdet med i månedens løb. En stor del af de lokale projektteams opgave består i at iværksætte og afprøve nye initiativer og aktiviteter, der kan være med til at forebygge anvendelsen af tvang, samt at motivere det øvrige personale på afsnittene til at deltage i dette arbejde. Der har været et tæt samarbejde mellem projektteam og afsnitsledelsen, og i flere afsnit har lederen været en del af teamet.

Deltagerne i de lokale projektteam har deltaget i tre regionale læringsseminarer og to nationale konferencer i løbet af projektperioden.

2.3.2 Lokal inddragelse af brugere og pårørende

Samarbejdet mellem patienten og personalet er primært foregået i det daglige kliniske arbejde. Morgenmøder har typisk været det forum hvor indlagte patienter sammen har haft mulighed for at tale med personalet om aktivitetstilbud og andre tiltag. På det gerontopsykiatriske afsnit i Region Sjælland har det primært været pårørende, der har været samarbejdspartnere omkring ældre demente patienter. På de deltagende børne- og ungdomspsykiatriske afsnit har der været et samarbejde med forældre.

Kun meget få projektteam har inviteret tidligere patienter og pårørende ind i afsnittets kvalitetsudviklingsarbejde. Enkelte team har afholdt dialogmøder med både patienter og pårørende, som har givet inspirations til nye initiativer. Andre team har brugt tidligere indlagte patienter som sparringspartnere, mens nogle få har inddraget medlemmer af lokalafdelinger af de landsdækkende bruger- og pårørendeorganisationer. Hvis der har været etablerede lokale dialogfora med bruger- og pårørenderepræsentanter på hospitalet eller det psykiatriske center, har disse været inddraget.

2.4 Videndeling på tværs af projektniveauerne

Som det fremgår af beskrivelsen af projektets organisering, har der været mange aktører involveret. Cirka 250 personer har været involveret i projektet i større eller mindre omfang. En udfordring har været at få viden, erfaringer og resultater formidlet til så stor og forskelligartet en målgruppe. Der har været anvendt forskellige platforme til at udfylde denne funktion. Dels nyhedsbreve, en elektronisk projektplatform på VIS.dk, webinarer samt nationale konferencer. Den 1. nationale konference blev afholdt 6. marts 2014 som markering af, at projektet var midtvejs, og den 2. nationale konference blev afholdt 9.-10. marts 2015. Den 2. nationale konference var arrangeret af CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen.

2.4.1 VIS.dk

Danske Regioners vidensportal VIS.dk har fungeret som en elektronisk netværksplatform i projektet, med det formål at understøtte videndeling og spredning af erfaringer og resultater i projektet. Projektet er oprettet som et lukket netværk, og medlemmerne er godkendt af det nationale sekretariat.

På netværkssiden **"Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015"**, har deltagerne kunnet lade sig inspirere af hinanden på tværs af afsnit og regioner. I netværket deles relevant litteratur og viden om forskellige aktiviteter, tiltag og arrangementer, og hvert team har oploadet månedsrapporter til det nationale sekretariat, som har kvitteret med en fælles tilbagemelding på rapporterne. Netværket havde primo februar 2015 123 medlemmer, som

har adgang til 406 videnkort og andre forskellige dokumenter og indlæg. Der har været en del kritik af udformningen af VIS.dk, hvilket blandt andet handler om den tekniske funktionalitet og den struktur, VIS.dk er organiseret omkring.

2.4.2 Webinar

I supplement til de tre regionale læringsseminarer har det nationale sekretariat arrangeret "webinarer", som er virtuelle møder, baseret på kommunikation via internettet med anvendelse af videokameraer og skærme. Her har deltagere på forskellige matrikler kunnet opleve den samme oplægsholder og deltage i en dialog om et relevant emne. Webinarerne er blevet videooptaget og efterfølgende gjort tilgængelig for de deltagere, der ikke kunne deltage i arrangementet. Der er mange positive tilbagemeldinger på webinarformatet og især muligheden for at kunne se video af seminaret efterfølgende. Der har dog været en del tekniske udfordringer med kommunikere på tværs af regioner og mellem mange matrikler. Der er i alt afholdt fem webinarer med temaerne: forebyggelse af bæltefiksering og tvang generelt, kognitiv miljøterapi som middel til at nedbringe tvang, dialogmøder med patienter og pårørende, deeskalering og patientinddragelse i behandlingsplanskonferencer. Forskere og medarbejdere fra psykiatrien, med indgående kendskab til temaerne, har været ansvarlige for det faglige indhold.

2.5 Projektets metode, design og udvikling i 2012-2015

Det har været et landspolitisk ønske at anvende gennembrudsmetoden som metodisk ramme for projektet, og at projektet skulle bygge videre på de tidligere nationale gennembrudsprojekters erfaringer. I satspuljeteksten fremhæves det, at der fortsat er behov for fokus på nedbringelse af anvendelse af tvang i psykiatrien, og der derfor afsættes midler til:

> *"... et nyt projekt om brug af tvang i psykiatrien efter gennembrudsmetoden med særligt fokus på aktiviteter herunder motion som redskab til nedbringelse af anvendelsen af tvang."* (Satspuljeaftalen 2011-14)

2.5.1 Gennembrudsmetoden

Gennembrudsmetoden er en velafprøvet kvalitetsudviklingsmetode, der er udviklet i starten af 1990'erne af Institute for Healthcare Improvement i Boston, USA.[6] Metoden har som ambition at skabe markante forbedringer på relativt kort tid, og samtidig at fastholde forbedringerne over tid via en god implementeringsproces. Udgangspunktet for metoden er, at der er identificeret områder, hvor der er et erkendt forbedringspotentiale dvs. en erkendt forskel mellem den aktuelle situation og den situation man ønsker at opnå.

Samtidig er ambitionen, at de gode erfaringer skal spredes mest muligt, så der kan opnås markante forbedringer i større skala. Dette understøttes blandt andet ved, at alle deltagerne udgør et fælles netværk, hvor viden og erfaringer skal deles med andre og spredes til andre enheder.

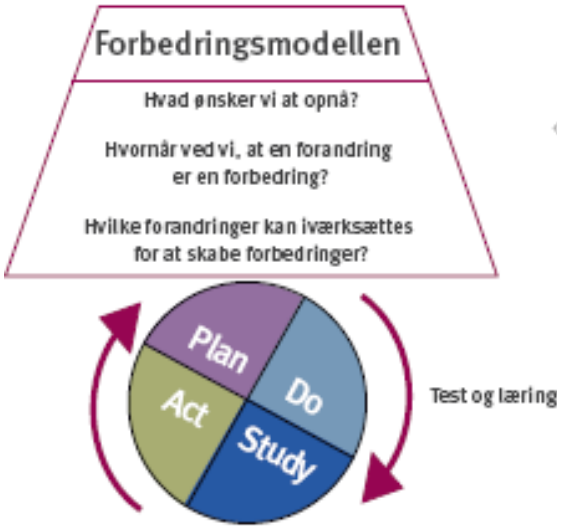
Kernen i metoden er 'Forbedringsmodellen' (Model for Improvement)[7]. Modellen præsenterer en systematisk tilgang til udviklingsarbejde ud fra tre hovedspørgsmål:

---

6 "Break Through Series" er beskrevet på www.ihi.org

7 Forbedringsmodellen blev lanceret i Langley et al: "The Improvement Guide. A practical Approach to Enhancing Organizational Performance", Jossey-Bass 1996. 2. udgave komi 2009

Figur 2.2: Forbedringsmodellen



Hvad ønsker vi at opnå?
Spørgsmålet besvares ved at deltagerne formulerer ambitiøse numeriske mål for, hvad de vil forbedre via projektet og hvor meget.

Hvornår ved vi, at en forandring er en forbedring?
Spørgsmålet besvares ved hjælp af løbende monitorering, dokumentation og måling af nye tiltag og af resultater.

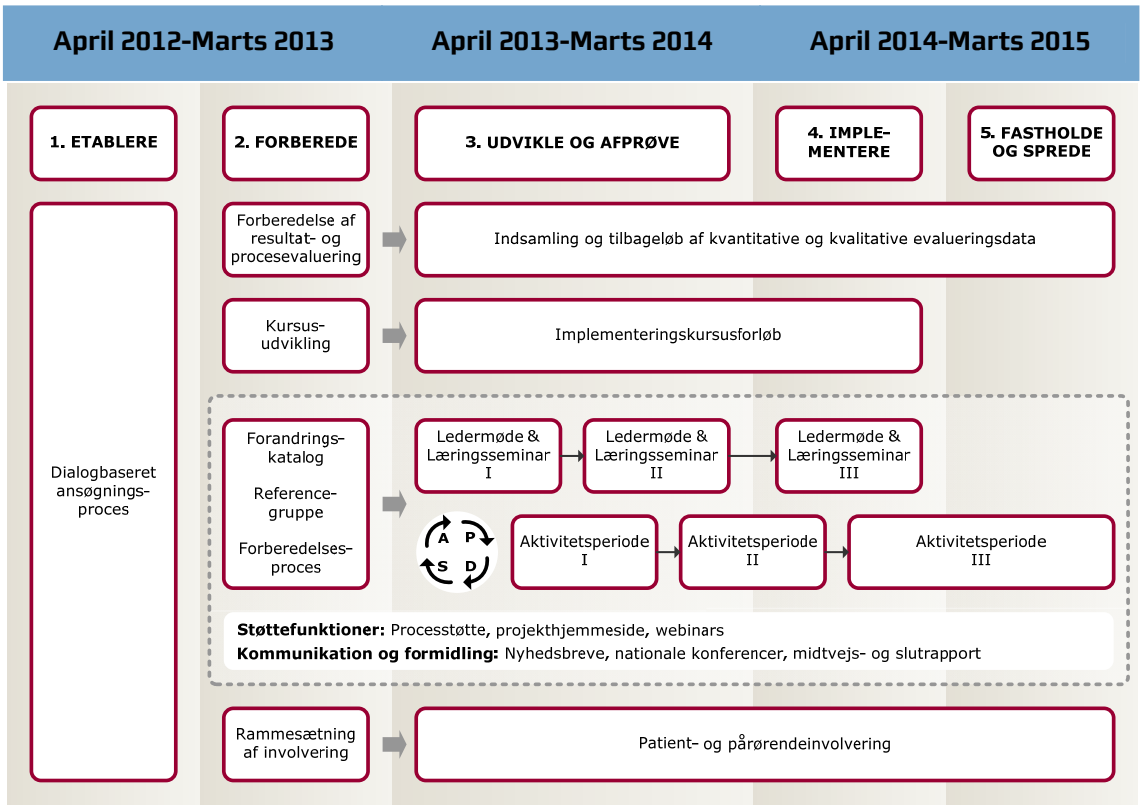
Hvilke tiltag kan iværksættes for at skabe forbedringer?
Deltagerne præsenteres for et idékatalog, der rummer let anvendelig viden og tiltag, hvor der er dokumentation eller evidens for, at de virker. I dette projekt er der taget udgangspunkt i idékataloget fra de tidligere gennembrudsprojekter om nedbringelse af tvang i psykiatrien.

Derudover arbejdes der i et gennembrudsprojekt kontinuerligt med afprøvning af forandringstiltag via hurtige små læringscirkler, også kaldet PDSA-cirkler (Plan–Do–Study–Act). PDSA-cirklerne er 'motoren' i den daglige kvalitetsudvikling. Hvis vurderingen af en PDSA-cirkel indikerer opnåede kvalitetsforbedringer, udvides afprøvningens omfang til at omfatte flere medarbejdere og flere patienter. Formålet er at skabe et større vidensgrundlag og lokal tilpasning, før tiltaget implementeres. I Gennembrudsmetoden betragtes udvikling og implementering som en integreret proces, hvor der dagligt arbejdes kontinuerligt med motivation af patienter, engagement af medarbejdere, monitorering af data og dokumentation af nye tiltags effekt i den lokale kontekst samt organisatoriske justeringer.

2.5.2 Projektets faser og afholdte aktiviteter i 2012-13 jf. projektplanen

Gennembrudsprojektet er inddelt i forskellige faser: etableringsfase, forberedelsesfase, udviklings- og afprøvningsfase, implementeringsfase og en fastholdelses/ spredningsfase.

Figur 2.3: Oversigt over projektets fem faser



Aktiviteterne i den stiplede linje illustrerer kerneaktiviteter i projektet.

1. Etableringsfasen

Til forskel fra de tidligere projekter om nedbringelse af tvang i psykiatrien, er dette projekt annonceret som et satspuljeprojekt, hvor hver region har kunnet ansøge om midler i en fælles pulje. Der har derfor været en forholdsvis lang etableringsfase af projektet, hvor satspuljeopslag og ansøgningsprocedure blev udarbejdet. Den formaliserede ansøgnings-procedure til satspuljen betød, at regionerne skulle beslutte, hvordan de ønskede at anvende midlerne før projektets start. Dette var i nogen grad en barriere i forhold til, at gennembrudsmetoden er udviklingsorienteret, og at det er en del af metoden at finde ud af, hvordan midlerne anvendes bedst muligt i forhold til, hvor forbedringspotentialet er størst. Dette forhold fordrede, at der var mulighed for en dialogbaseret ansøgningsproces, for at sikre en vis fleksibilitet i forhold til den regionale og lokale projektramme. I november 2012 kunne Sundhedsministeren offentliggøre deltagerne i projektet.

2. Forberedelsesfasen

Samtidig med udvælgelse af projektdeltagere blev en faglig referencegruppe udpeget. Den faglige referencegruppe mødtes i november 2012 og drøftede forskellige indsatsområder og forskningsresultater. En af referencegruppens centrale konklusioner var, at der ikke umiddelbart i litteraturen foreligger en høj grad af evidens for, at patienters fysiske aktiviteter kan reducere anvendelsen af tvang. Referencegruppen foreslog derfor, at der arbejdes multifaktorielt med mange forskelligartede indsatser både sansestimulerende, fysiske og kreative aktiviteter, miljøterapi samt organisatorisk understøttende tiltag på samme tid, hvis der skal opnås en reduktion af tvang.

I perioden november 2012-januar 2013 afholdt det nationale sekretariat opstartsmøder med de deltagende afsnit, som alle etablerede lokale projektteam. På opstartsmøderne informerede konsulenter fra det nationale sekretariat om tilrettelæggelsen af det nationa-

le projekt. Hvert projektteam blev introduceret for en 'Startpakke', der består af en række øvelser, fx patient- og pårørendeinterview, kollegainterview, dialogmøder og etablering af baseline for tvang ud fra tvangsdata fra 2012. Disse opgaver skulle gøre deltagerne opmærksomme på, hvor de lokalt, havde størst mulighed for at kunne nedbringe anvendelsen af tvang, og hvilke indsatser de med fordel kunne starte med at fokusere på. Resultaterne af øvelserne blev præsenteret på 1. læringsseminar.

I perioden november 2012- marts 2013 blev de regionale implementeringsgrupper etableret. Implementeringsgruppernes medlemmer deltog i et kursus bestående af 3 modul arrangeret af det nationale sekretariat og med indbudte gæsteundervisere. På kursets 1. modul marts 2013 var der bl.a. oplæg om implementeringsteori og introduktion af forskellige praksisnære implementeringsredskaber, der kunne anvendes i projektet. De regionale implementeringsgrupper har løbende fået sparring fra det nationale sekretariat i deres vejledningsarbejde og modtaget løbende tilbagemeldinger på projektteamenes månedsrapporter, som de har kunnet tage afsæt i.

3. Udviklings- og afprøvningsfasen
Hver region har i april - maj 2013 afholdt deres første læringsseminar, hvor alle projektteam fra samme region har dannet et netværk. Selve udviklingsarbejdet i projektet med at planlægge og iværksætte nye interventioner og initiativer på afsnittene begyndte på seminaret, hvor deltagerne blev introduceret for Gennembrudsmetodens arbejdsredskaber og fik inspiration til at arbejde med aktiviteter via et idékatalog.

De regionale implementeringsgrupper mødtes til 2. kursusmodul i juni 2013 og deltog i udviklingen af de regionale seminarer. Det andet læringsseminar blev afholdt i september - oktober 2013 og fokuserede primært på erfaringsudveksling samt begyndende implementering af tiltag.

Imellem læringsseminarerne har de lokale projektteam løbende afholdt teammøder, hvor de med PDSA-cirkler har afprøvet forskellige aktivitetstilbud og andre tiltag. Projektteamene haft forskellig sammensætning, vilkår og prioriteringer, og nogle team har i perioder ikke været så aktive med at afprøve nye tiltag. De fleste team afleverede månedsrapporter hver gang, men ikke alle. De lokale projektteam har fået støtte og sparring fra den regionale projektleder eller en anden fra implementeringsgruppen og har udarbejdet månedsrapporter om projektets fremdrift til det nationale sekretariat, implementeringsgruppen og den lokale ledelse. Det nationale sekretariat udarbejder efter hver deadline for månedsrapporter en samlet tilbagemelding på projektteamenes månedsrapporter for at fremme videndeling mellem regionerne. Teamenes rapportering og det nationale sekretariats tilbagemelding sker fem gange i denne fase.

4. Implementeringsfasen
I begyndelsen af 2014 udarbejdede hvert et team en statusrapport, og det nationale sekretariat gennemførte en midtvejsevaluering. Midtvejsevalueringsrapporten synliggjorde blandt andet, at der var kommet flere aktivitetstilbud til patienterne, samt at der var en række udfordringer i relation til brug af afsnitsspecifikke tvangsdata til løbende forbedringsarbejde. Midtvejsevalueringen blev præsenteret på den 1. nationale konference i marts 2014, hvor alle de deltagende team i mødtes og udvekslede erfaringer omkring deres forskellige indsatsområder og aktivitetstilbud. Den nationale konference bidrog til spredning af god praksis blandt de deltagende afsnit, men markerede samtidig en glidende over-

gang til et øget fokus på at få de tiltag, der havde været arbejdet med implementeret i hele personalegruppen og forankret i organisationen.

Tredje modul af implementeringsgruppernes kursus blev holdt i april 2014 inden det tredje og sidste regionale læringsseminar blev afholdt i maj 2014. Der var blandt andet fokus på hvilke aktivitetstilbud og andre succesfulde tiltag de enkelte afsnit med fordel kunne implementere for at forebygge og nedbringe anvendelsen af tvang. De regionale implementeringsgrupper begyndte i foråret 2014 at tage stilling til hvilke tiltag der skal spredes og implementeres i hele regionen – og hvordan. På implementeringskurset var der bl.a. dialog med Trine Petersen fra Danske Regioners vis.dk-team. Der udarbejdes retningsgivende dokumenter, politikker og handleplaner omhandlende nedbringelse af tvang.

5. Spredningsfasen
Fra efteråret 2014 har det nationale sekretariat især haft fokus på spredning af god praksis og indsamlet succesfulde tiltag fra de enkelte afsnit. De succesfulde tiltag er i forbindelse med projektevalueringen samlet i et inspirationskatalog med henblik på understøtning af det fremadrettede kvalitetsarbejde om nedbringelse af tvang i psykiatrien.

I regionerne har der i 2014 og primo 2015 løbende været afholdt forskellige spredningsaktiviteter. I Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden har der været afholdt regionale seminarer, hvor blandt andet projektafsnittene har fortalt om deres aktivitetstilbud, indsatser og opnåede resultater til andre kollegaer i den regionale psykiatri.

Samtidig har flere projektafsnit delt viden og været i dialog med andre relevante afsnit i egen afdeling eller eget center. Se en uddybning af de forskellige aktiviteter i kapitel 6 og i de regionale selvevalueringsrapporter[8].

Den 9. og 10. marts 2015 afholdes den anden nationale konference om nedbringelse af tvang som afslutning på det nationale projekt. Flere projektteam præsenterer deres resultater på workshops og ved posterpræsentation. Konferencen afholdes som et åbent arrangement for alle interesserede med over 400 deltagere.

2.6 Delkonklusion

Projektet er overordnet set forløbet efter den oprindelige projektplan. Der er sket småjusteringer undervejs, men de vigtigste projektaktiviteter er gennemført; herunder er der sket en omfattende videndeling i projektnetværket, både regionalt og nationalt. Patienter og pårørende har på forskellig vis været involveret på alle organisatoriske niveauer.

Projektets nationale organisering har været som planlagt. Dog er Sundhedsstyrelsens følgegruppe og projektets referencegruppe blev suppleret med et nationalt brugerpanel. Desuden er udfordringerne med at tilvejebringe og anvende afsnitsspecifikke tvangsdata søgt håndteret i en national arbejdsgruppe omkring SEI-data.

Der har derudover været flere regionale initiativer, arrangeret af de regionale implementeringsgrupper. Disse initiativer har ikke været et krav for deltagelse i projektet, men kan ses som et eksempel på, at den decentrale regionale organisering og projektledelse har funge-

8 www.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk

ret efter hensigten. Implementeringsgrupperne har bidraget til at understøtte videndeling og spredning af god praksis i regionen samt skabe et regionalt ejerskab til projektet.

Det lokale projektarbejde på afsnittene har været drevet af lokale projektteam – med støtte fra den lokale ledelse, projektnetværket, den regionale implementeringsgruppe og det nationale sekretariat. Trods den nationale arbejdsgruppes arbejde omkring SEI-data har en af de store udfordringer i projektet været at stille tvangsdata til rådighed for de lokale projektteam til deres forbedringsarbejde.

3 Udvikling i omfanget af tvang 2012-2014

I dette kapitel besvares evalueringsspørgsmålet: "hvilke resultater kan identificeres i relation til nedbringelse af tvang?". For at svare på spørgsmålet anvendes registerdata fra "Register over anvendelse af tvang i psykiatrien" til at vise udviklingen i tvangsepisoder for projektperioden 2012-2014. Data er indberettet via Statens Seruminstituts Elektroniske Indberetningssystem (SEI), og benævnes i de følgende som SEI-data. Udviklingen inden for voksenpsykiatrien opgøres i afsnit 3.2 og udviklingen i børne- og ungdomspsykiatrien opgøres i afsnit 3.3. Resultaterne bør læses med visse forbehold. De væsentligste er beskrevet i afsnit 3.1 sammen med den anvendte metode.

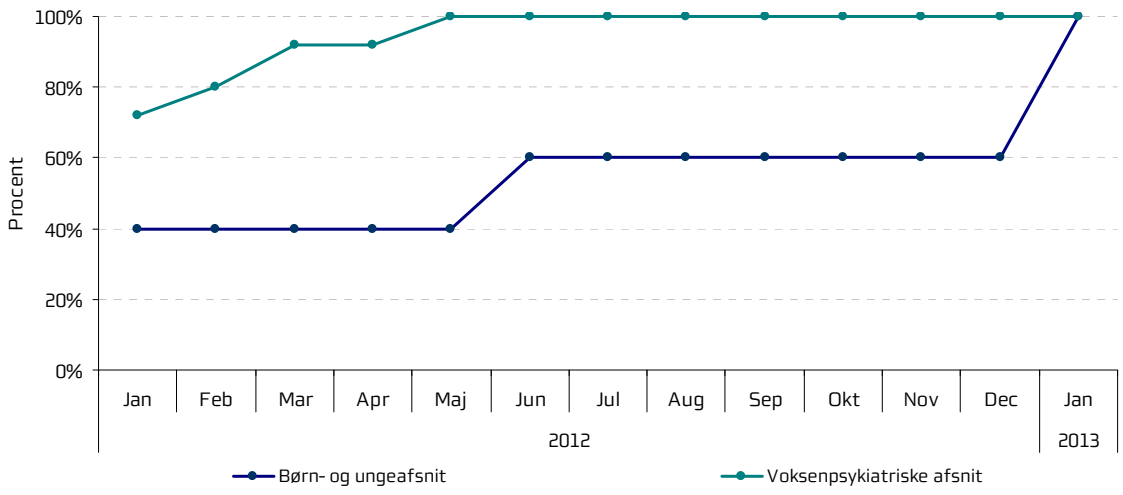
3.1 Databeskrivelse og metode

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har for de deltagende afsnit udtrukket alle afsluttede tvangsepisoder fra SEI-databasen i projektperioden 2012 – 2014. Data anvendt i evalueringsrapporten dækker dog ikke hele projektperioden. Forklaringen herpå er dels manglende registreringer på afsnitskode i opstartsfasen, og dels at ultimo november 2014 er valgt som afslutning på dataindsamlingen for at sikre bedst mulig datakomplethed[9].

Figur 3.1 viser hvor en stor en andel af de deltagende afsnit, der på et givent tidspunkt, er begyndt at indberette tvangsepisoder med afsnitskode. Alle voksenpsykiatriske afsnit er begyndt at bruge afsnitskoder i maj 2012[10], mens det først er fra 1. januar 2013, at alle børne- og ungdomspsykiatriske afsnit begyndt at bruge afsnitskoder. Rent organisatorisk er det endvidere først i 2013, at alle afsnit er oprettet. Grundet fortsatte udfordringer med registrering af afsnitskoder i maj-juni 2012 er opgørelserne i evalueringsrapporten baseret på perioden juli 2012-november 2014 for voksenpsykiatriske afsnit og perioden januar 2013-november 2014 for de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit.

På grund af ufuldstændig registrering på afsnitsniveau har Region Hovedstaden og Region Sjælland i forbindelse med slutevalueringen bagudrettet beriget egne data med afsnitskoder fra deres regionale patientsystemer.

Figur 3.1: Starttidspunkter for afsnitsregistrering i SEI-data



9 Se bilag 3 for uddybning af udfordringerne med datakomplethed.

10 To af de deltagende afsnit har dog haft samme afsnitskode i projektperioden og optræder derfor under ét i tvangstallene.

Der er udtrukket data på SEI-databasens kategori "fiksering og/eller fysisk magt", som omfatter tvangstyperne: fastholden, beroligende medicin, bælte, remme, handsker, døraflåsning og personlig skærmning. I tillæg hertil er der udtrukket data for tvangstilbageholdelse. I indeværende rapport afrapporteres der for tvangstyperne fastholden, beroligende medicin, bæltefiksering, fiksering med remme og tvangstilbageholdelse.

SEI-databasen er valgt som datakilde med henblik på ensartet at kunne undersøge udviklingen i anvendt tvang på landsplan. Det vil sige på tværs af de deltagende afsnit og regioner. CFK– Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har renset dataudtrækket i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning[11]. Data er herefter valideret ved at sammenholde SEI-data med data og analyseresultater fra de regionale implementeringsgruppers selvevalueringer. Sammenligningen afslørede kun mindre forskelle, og på landsplan er de overordnede analyseresultater og konklusioner ens. Forskellene er efterfølgende drøftet med regionerne, hvor de forklares med en mindre omfattende datavalidering på regionalt niveau. Graferne i indeværende afsnit bygger derfor på SEI-data, som CFK– Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har bearbejdet. Se bilag 3 for beskrivelse af databearbejdning og forbehold.

3.1.1 Metode

Statistisk proceskontrol (SPC) benyttes som metode til at analysere udviklingen i anvendt tvang. Det sker ved at organisere og præsentere data grafisk som tidsserier, opdelt på måneder, og studere variation. Som redskab til at vurdere om anvendelsen af tvang er blevet reduceret i 2013 og 2014, er der valgt en statistisk test tilknyttet seriediagrammet. Seriediagrammet er et kurvediagram med en indikatorværdi på y-akse, tid på x-akse samt en vandret medianlinje. Der er flere statistiske test knyttet til seriediagrammet. I denne slutevaluering er fokus på, om der er sket et "skift" ved at seks eller flere punkter i træk ligger under/over medianen. Sandsynligheden for, at et sådan skift blot er tilfældig variation, er meget lille. Et skift er derfor tegn på, at der med stor statistisk sikkerhed er sket en ændring på den valgte kvalitetsindikator. Den valgte test er således meget enkel, og kan foretages ved at se, om antallet af tvangsepisoder seks måneder i træk alle ligger under medianlinjen.

I hvert SPC diagram er der indsat en baseline-median. For opgørelsen over de voksenpsykiatriske afsnit er baseline-medianen beregnet på data fra perioden juli 2012 – juni 2013. Juli 2012 er valgt som starttidspunkt, fordi det først er der alle voksenpsykiatriske afsnit optræder regelmæssigt i data, og medio 2013 fremhæves af de deltagende afsnit som værende tidspunktet, hvor de for alvor sætter fokus på nedbringelse af tvang. For de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit er baseline-medianen beregnet for perioden fra januar 2013 – december 2013, da det først er fra januar 2013, at alle børne- og ungdomspsykiatriske afsnit er oprettet og registrerer regelmæssigt på afsnitsniveau i databasen. For begge målgrupper sættes baseline perioden til 12 måneder, hvorved der tages højde for eventuelle udsving forbundet med bestemte måneder i løbet af året.

11 Se bilag 3 og "Registerdeklaration, Register over anvendelse af tvang i psykiatrien", opdateret januar 2015: http://www.ssi.dk/—/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Registre/Tvang%20i%20psyiatrien/Registerdeklaration_Tvang%20i%20 %20Psykiatrien.ashx

SPC-analyserne er i de tilfælde, hvor der er sket et skift i forhold til baselinemedianen, suppleret med en test af, hvorvidt forskelle på baselinemedianen og medianen for den efterfølgende periode er statistisk signifikant. Som statistisk beregningsmetode er der anvendt Mann-Whitney test, og alle statistiske test er foretaget med et signifikansniveau på 5 % (α = 0,05). Er forskellen signifikant, er der indsat en ny median for den resterende projektperiode i SPC-diagrammerne.

Den overordnede projektmodel bygger på gennembrudsmetoden. Den er oprindeligt udviklet af Institute for Healthcare Improvement (www.IHI.org), men anvendes i indeværende projekt med en tilpasset europæisk tilgang. Udover SPC-tilgangen beskrives data derfor ligeledes i relation til, om der er sket gennembrud, forstået som forbedringer på 20 % eller mere. Forbedringer på under 20 % vurderes ikke som relevante at fremhæve særskilt, da en forbedring i denne størrelsesorden ikke vurderes at kunne henføres til et resultat af arbejdet efter Gennembrudsmetoden, men i højere grad må tilskrives det øgede fokus på området[12].

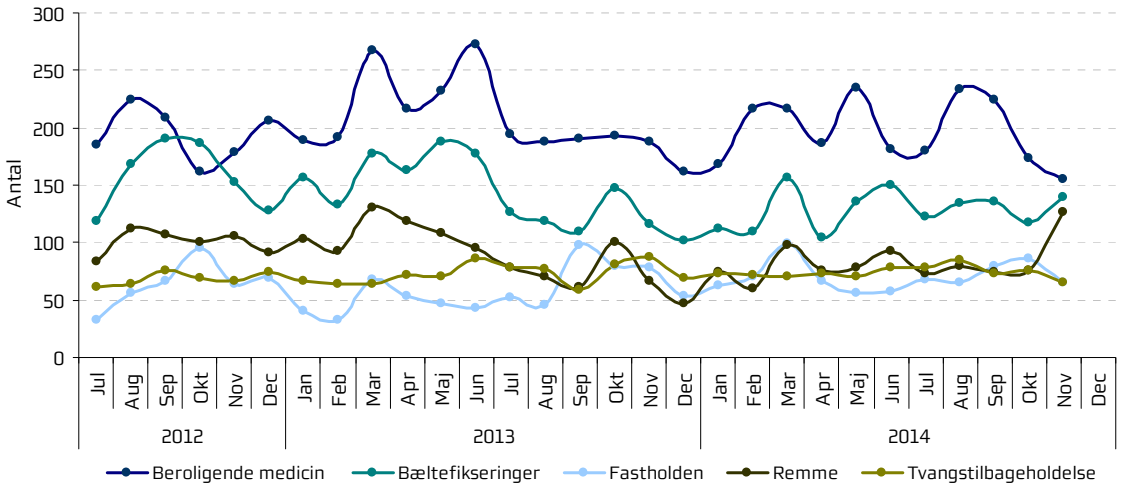
3.2 Anvendt tvang på voksenpsykiatriske afdelinger

I det følgende vises en opgørelse af de fem mest anvendte tvangstyper og en mere dybdegående opgørelse af udviklingen i anvendelse af bæltefiksering. Det særlige fokus på bæltefiksering er valgt, fordi denne tvangstype har størst fokus i regionernes ansøgning til satspuljeprojektet og hyppigst nævnes i de deltagende afsnits mål.

Figur 3.2 viser udviklingen på landsplan i antal tvangsepisoder 2012-2014 for tvangstyperne fastholden, beroligende medicin, bæltefiksering, tvangstilbageholdelse og fiksering med remme. Figuren viser variationen henover årene på de fem tvangstyper. Der er sket forbedring i form af skift til et lavere niveau for antallet af bæltefikseringer og remme fra baseline til perioden efter baseline. Samtidig er der sket et skift til et højere niveau for antallet af episoder med fastholden og tvangstilbageholdelse; med andre ord er der blevet flere episoder med disse to tvangsformer. For beroligende medicin ses variation, men ingen skift. I projektet har der været mindre fokus på tvangstilbageholdelse i forhold til de andre fire tvangsformer. Udviklingen i tvangstilbageholdelse vises i indeværende resultatafsnit grundet stigningen i anvendelsen heraf. Udviklinger, hvor der er sket skift, vises i særskilte figurer nedenfor.

12 "Quality collaboratives: lessons from research", J. Øvretveit, P. Bate, P. Cleary, S. Cretin m.fl., Quality and Safety in Health Care, Vol 11 no. 7, 2002. "Improving Collaboratives. Lessons from Breakthrough Waves 1 & 2", J. Øvretveit, Landstingsforbundet, Sverige, 2002.

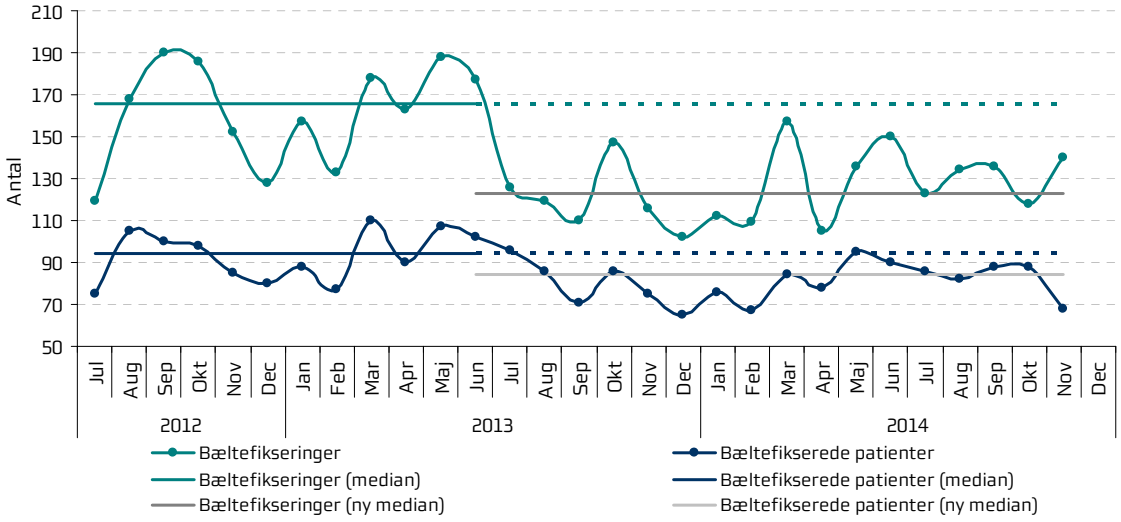
Figur 3.2: Udvikling i antal tvangsepisoder på de deltagende afsnit 2012 - 2014



De fire tvangstyper bæltefikseringer, beroligende medicin, fastholden og remme er i nogen grad overlappende. Eksempelvis anvendes remme kun som en yderligere fiksering af bæltefikserede patienter, og bæltefikserede patienter får ofte beroligende medicin. Hvis fastholden sker som optakt til at give beroligende medicin med tvang og/eller bæltefiksering, skal fastholden ikke indberettes som særskilt tvangsepisode.

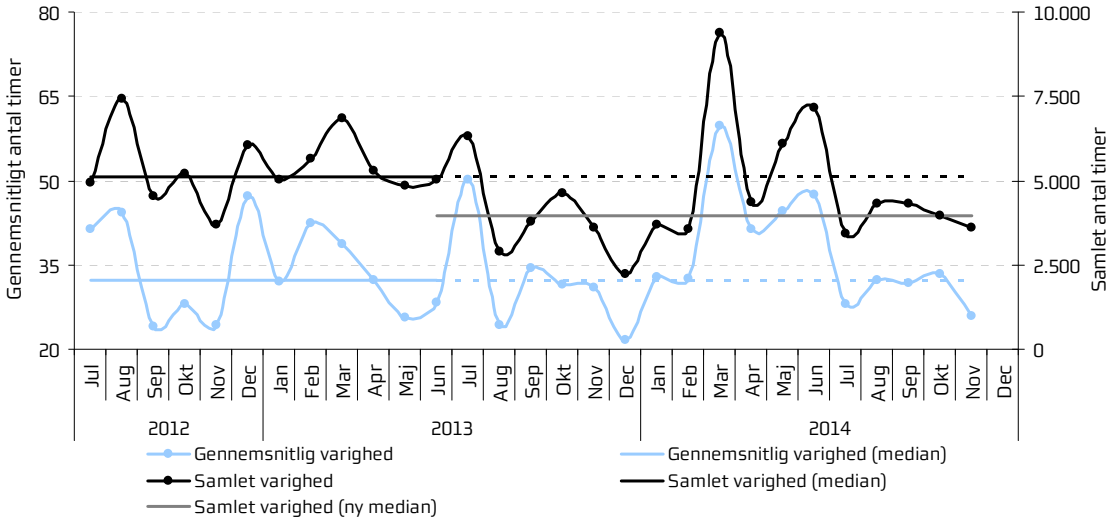
Figur 3.3 nedenfor viser udviklingen i antal bæltefikserede patienter sammenholdt med antal påbegyndte bæltefikseringer. I tillæg til det ovennævnte skift i antal bæltefikseringer ses der ligeledes en forbedring, altså et skift i antal bæltefikserede patienter til et lavere niveau end baseline. Nedbringelsen i antallet af bæltefikseringer kan betegnes som et "gennembrud", da medianen er faldet med 26 % fra baseline til perioden efter baseline. For antal bæltefikserede patienter er der sket en forbedring på 11 %. Der er altså sket en positiv udvikling i projektforløbet, hvor antallet af fikseringer falder mere end antal fikserede personer. Det betyder, at patienterne generelt fikseres færre gange end ved projektets baseline. Udviklingen i både bæltefikseringer og antal bæltefikserede patienter er statistisk signifikant.

Figur 3.3: Antal bæltefikseringer vs. antal bæltefikserede patienter 2012 - 2014



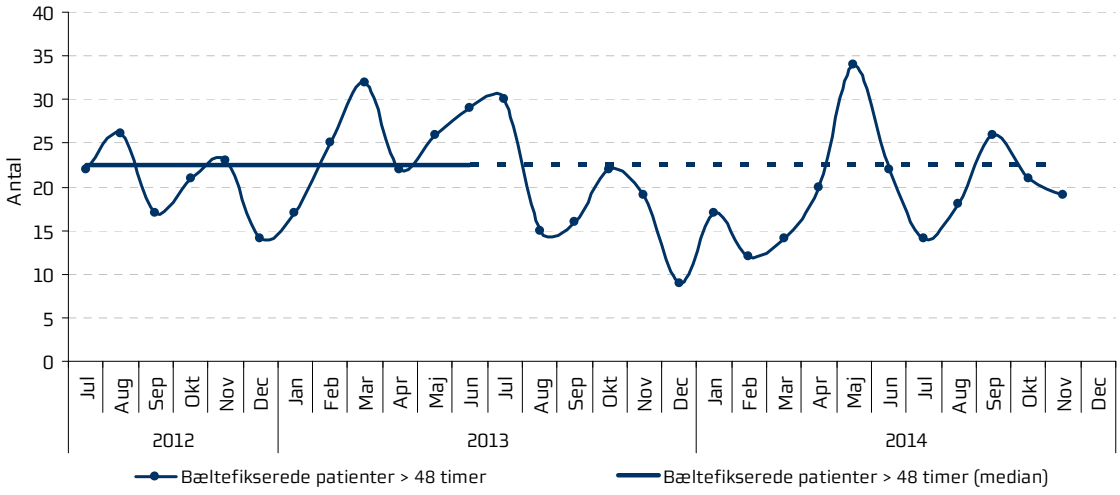
I relation til varigheden af bæltefikseringer viser Figur 3.4 et skift til et lavere niveau for den samlede varighed. Medianen for perioden efter baseline er 23 % lavere og adskiller sig statistisk signifikant fra baseline. Figur 3.4 viser endvidere udviklingen i den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringer, der varierer hen over projektperioden uden en tydelig udvikling. Dette tyder på, at den samlede varighed er gået ned, fordi der er færre bæltefikseringer, imens de patienter, der fortsat bæltefikseres, generelt ligger i bælte lige så lang tid som ved baseline.

Figur 3.4: Samlet varighed vs. gennemsnitlig varighed pr. bæltefiksering 2012 - 2014



I figur 3.5 vises udviklingen i antal patienter, der ligger i bælte i over 48 timer. Der ses et skift og medianen er faldet med 16 % fra baseline til perioden efter baseline. Der er ikke indtegnet ny median, idet medianen for perioden efter baseline ikke er (statistisk) signifikant forskellig fra baseline. Det er en positiv udvikling, at de længerevarende bæltefikseringer over 48 timer er blevet reduceret. Europarådets torturforebyggelseskomité (CPT) har i sine seneste rapporter netop kritiseret Danmark på dette punkt[13].

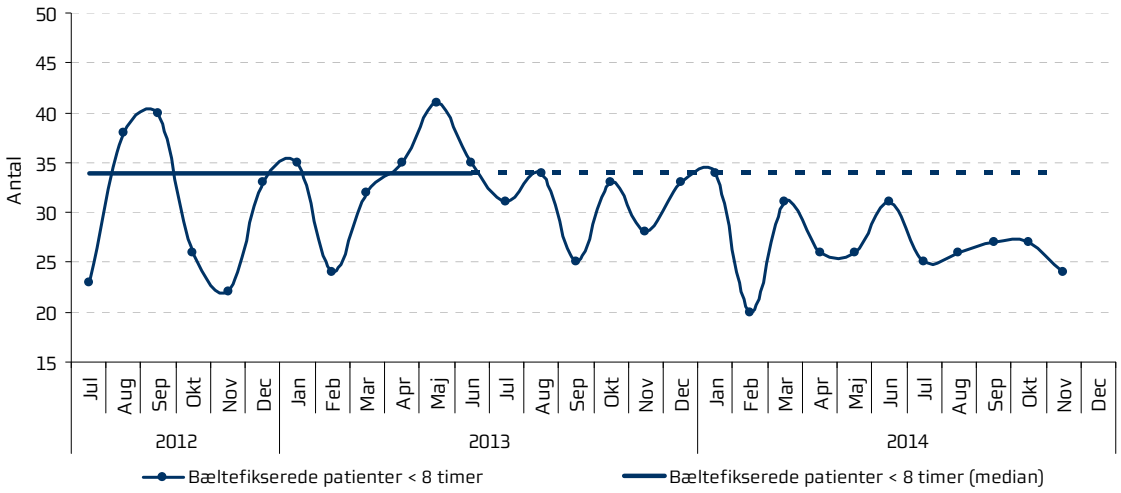
Figur 3.5: Udvikling i antal bæltefikserede patienter over 48 timer 2012 - 2014



13 Report to the Danish Government on the visit to Denmark carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 4 to 13 February 2014, http://www.cpt.coe.int

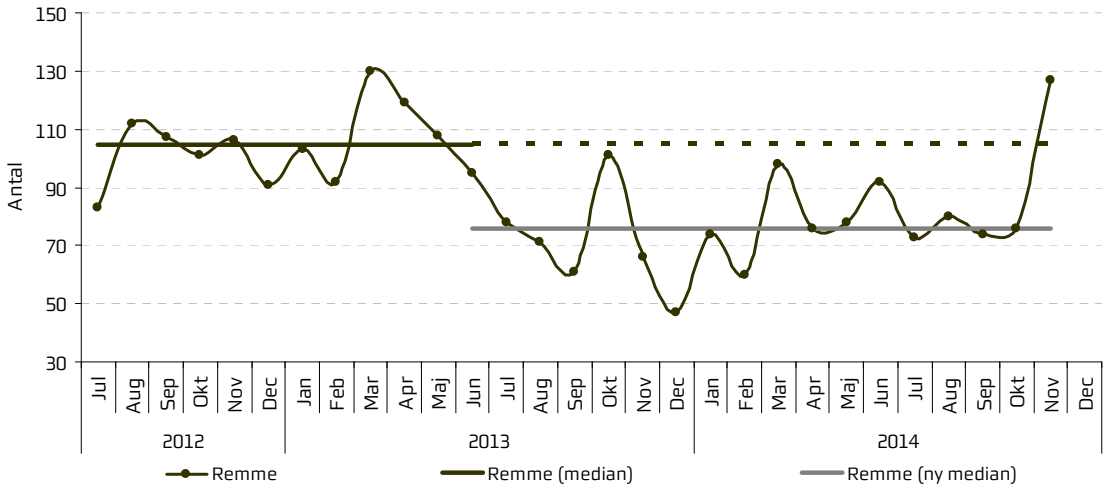
Nedenfor i figur 3.6 vises udviklingen i antal bæltefikserede patienter under otte timer; det der ofte betegnes som fikseringer af kortere varighed. Der er sket et fald på 21 %. Der er således sket et skift til et lavere niveau i perioden efter baseline. Forskellen på baseline og medianen for den efterfølgende periode er imidlertid ikke statistisk signifikant, hvorfor der ikke er indtegnet en ny median.

Figur 3.6: Udvikling i antal bæltefikserede patienter under 8 timer 2012-2014



I figur 3.7 nedenfor ses udviklingen i anvendelse af remme. Der er sket en forbedring i forhold til brug af remme, hvilket vil sige et skift til lavere niveau end baseline. Medianen for perioden efter baseline er faldet med 27 % og er signifikant lavere i forhold til baseline, og der kan på den baggrund således siges at være sket gennembrud.

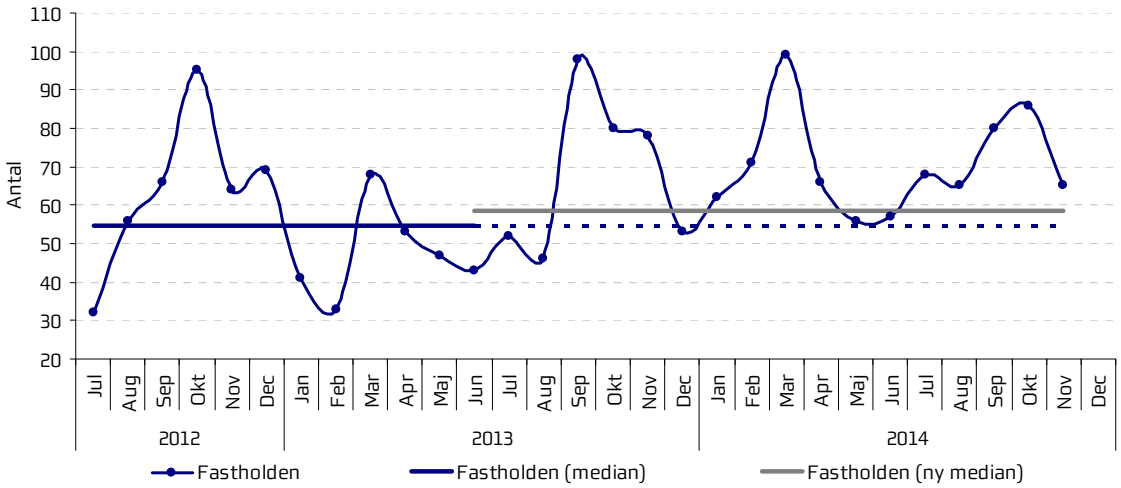
Figur 3.7: Remme 2012 - 2014



Figur 3.8 viser samtidig, at der er sket skift til højere niveau for fastholden, hvilket vil sige et øget brug af tvangsformen. Medianen er steget med 7 % fra baseline til perioden efter baseline. Stigningen er statistisk signifikant. I flere slutrapporter beskriver de deltagende afsnit, at de anvendelser fastholden, som et bevidst valg af mindste-middel frem for bæltefiksering. En understøtning i litteraturen af, at fastholden kan ses som mindste-middel findes i Jesper Baks RTE-guide til review af tvangsepisoder "*hvis patienten bliver rolig un-*

der fastholdelsen, fikseres ikke"[14]. Der er faglig uenighed om, hvorvidt fastholden kan betragtes som et mindste-middel, og det afhænger bl.a. af varigheden samt patientens præferencer. Der kan derfor, på det foreliggende grundlag, ikke konkluderes på, om udviklingen i fastholden er positiv eller negativ.

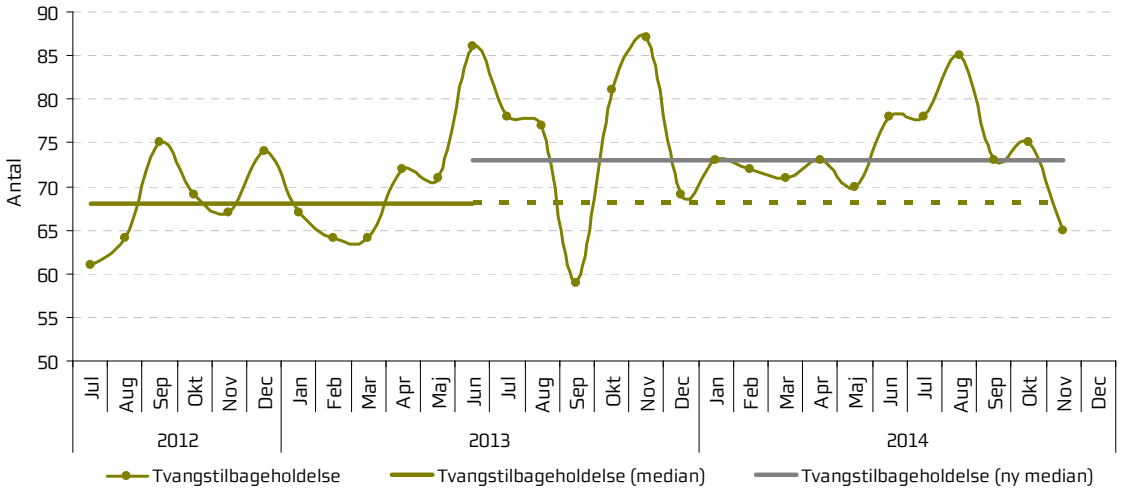
Figur 3.8: Fastholden 2012-2014



I figur 3.9 ses udviklingen i tvangstilbageholdelse. Der er, set på medianen, sket en signifikant stigning i anvendelse af tvangsformen på 7 %. Der er således sket et skift til et højere niveau fra baseline til perioden efter baseline. Det har ikke ligget indenfor evalueringens rammer at undersøge årsager til stigning i fastholden og tvangstilbageholdelse.

Udviklingen tyder på, at der i et eller andet omfang foregår en flytning mellem de mulige tvangsformer hen i mod, at den type tvangsindgreb, der er mest i fokus og som generelt betragtes som mest belastende, særligt søges nedbragt, og derved erstattet af andre indgreb. Stigningen i tvangstilbageholdelser og fastholden kan evt. ses i det lys. I den sammenhæng må det anses for positivt, at anvendelsen af beroligende medicin ikke ser ud til at være steget.

Figur 3.9: Tvangstilbageholdelse 2012 - 2014



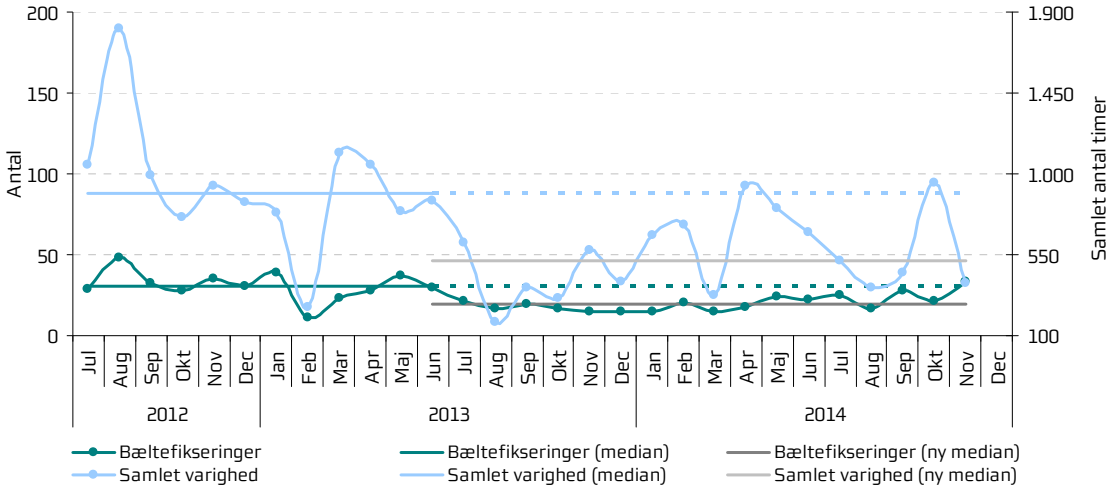
14 RTE Guide til Review af Tvangsfikseringsepisoder, Jesper Bak, PC Sct. Hans, 2013

3.2.1 Skift i anvendelsen af bæltefiksering på regions- og afsnitsniveau

I dette afsnit fremhæves udvikling og spredning i anvendelsen af bæltefiksering på regions- og afsnitsniveau. I fire regioner (Hovedstaden, Nordjylland, Syddanmark og Midtjylland) er der, sammenlignet med baseline, sket et skift mod færre bæltefikseringer i den efterfølgende projektperiode. I Region Hovedstaden og Region Syddanmark er der ligeledes sket til skift mod færre bæltefikserede patienter i projektperioden efter baseline.

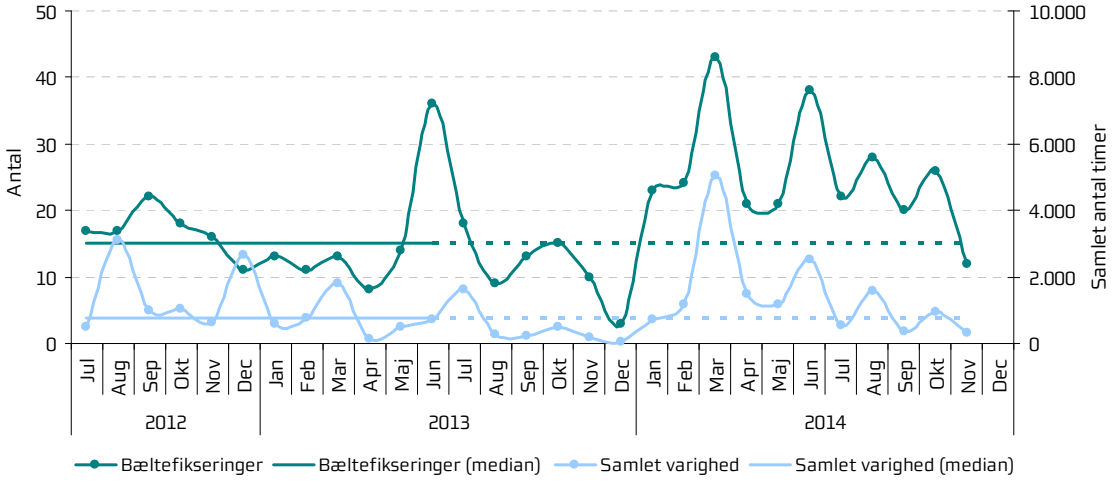
Figur 3.10 viser udviklingen i anvendelsen af bæltefiksering for Region Hovedstaden. I tillæg til det nævnte fald i antal bæltefikseringer ses et fald i samlet varighed heraf.

Figur 3.10: Bæltefikseringer vs. samlet varighed 2012 – 2014, Region Hovedstaden



I Region Sjælland er der sket et skift mod hyppigere anvendelse af bæltefiksering, men af kortere varighed. Det øgede antal bæltefikseringer kan være udtryk for at patienter bæltefikseres i kortere tid. Der er sket et skift i den samlede og gennemsnitlige varighed for regionen i de første 6 måneder efter baselineperioden. Men forskellen er ikke signifikant og det ser ud til, at det har været svært at fastholde udviklingen gennem 2014. Dette er illustreret i figur 3.11, der viser udviklingen i anvendelsen af bæltefiksering og den samlede varighed for Region Sjælland.

Figur 3.11: Bæltefikseringer vs. samlet varighed 2012 – 2014, Region Sjælland



Udvikling på regionalt niveau er opsummeret i nedenstående tabel. Analyserne er foretaget på SEI-data bearbejdet af CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Data er som nævnt i afsnit 3.1 ikke fuldstændigt identiske med data fra regionernes slutrapportering, men de nævnte skift er i overensstemmelse med data fra de regionale slutrapporter.

Gennembrud opnået på regionsniveau

	Bæltefikseringer	Bæltefikserede patienter	Samlet varighed
Region Hovedstaden	**+***	**+***	**+***
Region Midtjylland	+		
Region Nordjylland	**+**		
Region Sjælland	-		+
Region Syddanmark	**+***	+*	

* Baselinemedianen er signifikant forskellig fra medianen for perioden efter baseline ($p < 0,05$).

I tabellen herover er skift i anvendelsen af bæltefiksering fremhævet med fed, såfremt der er sket gennembrud. Det vil sige, at der er sket en reduktion på minimum 20 % procent i forhold til baselinemedianen. På den baggrund kan der siges at være sket et gennembrud i tre af de fem regioner: Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Syddanmark.

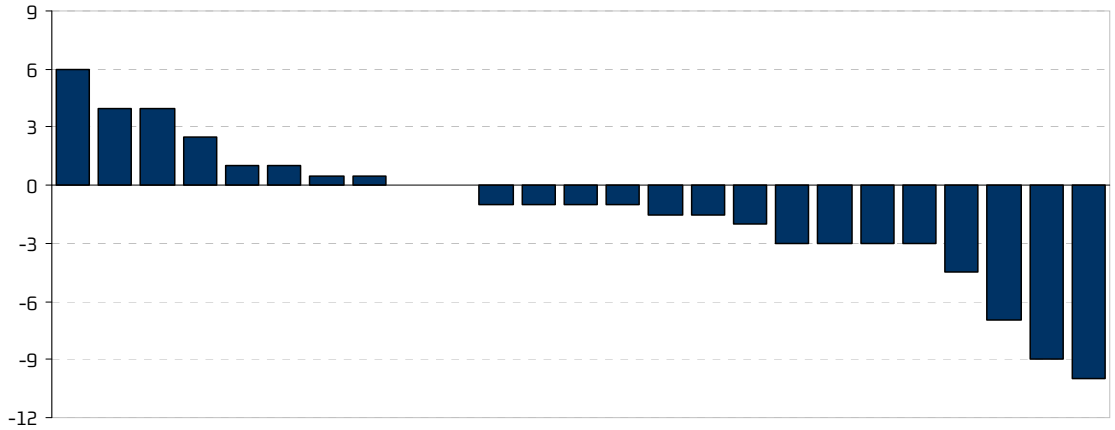
På afsnitsniveau varierer datamaterialet for meget til, at det umiddelbart er meningsfuldt at opgøre skift i anvendelse af bæltefiksering på samme måde som for regionerne. Eksempelvis går der på nogle afsnit måneder mellem anvendelse af bæltefiksering, mens bæltefiksering på andre og ofte større afsnit anvendes hver måned.

Udvikling i anvendelse af bæltefiksering på afsnitsniveau er derfor i stedet illustreret i figur 3.12, der viser spredningen på afsnitsniveau, når baselinemedianen for antallet af bæltefikseringer fratrækkes medianen for den efterfølgende projektperiode.

Figuren viser, at medianen for perioden efter baseline er lavere for 15 af de 25[15] voksenpsykiatriske projektafsnit i SEI-data (60 %), mens medianen er uændret for to afsnit (8 %) og højere for de resterende 8 afsnit (32 %). Det skal dog bemærkes, at der ikke er kontrolleret skift (SPC) eller foretaget signifikanstest (Mann-Whitney), ligesom beregningerne for flere afsnit bygger på måneder med et meget begrænset antal eller slet ingen bæltefikseringer.

[15] Der har kunnet trukkes data fra 25 afsnit fra SEI-database. Men i realiteten er det alle 28 voksenspykiatriske afsnit, fordelingsgrafen viser idet de to afsnit i Brønderslev, PC København og PC Hvidovre har anvendt samme afsnitskode til indberetning til SEI. Det betyder, at der i SEI-data kun fremgår 25 afsnit som datagrundlag.

Figur 3.12: Spredning på afsnitsniveau i forhold bæltefikseringer. Forskel på median for baseline og den efterfølgende periode 2012-2014



3.3 Anvendt tvang på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger

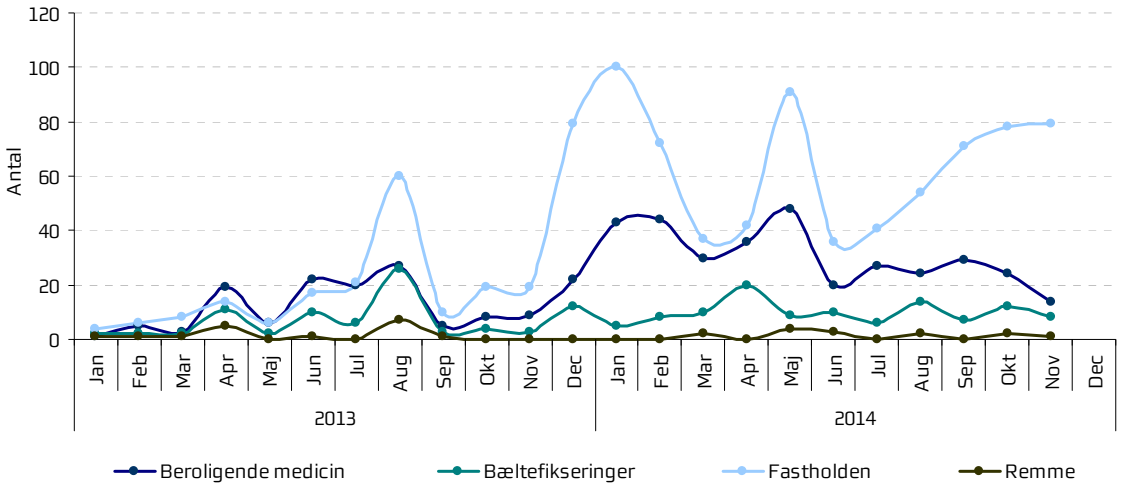
I dette afsnit præsentes udviklingen i anvendt tvang for projektets seks børne- og ungdomspsykiatriske afsnit fra henholdsvis Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Sjælland. Figur 3.13 viser udviklingen i anvendelse af de fire mest anvendte tvangstyper beroligende medicin, bæltefikseringer, fastholden og remme, mens figur 3.14 viser udviklingen i antal bæltefikseringer sammenholdt med antal patienter, der har været bæltefikseret.

Visning af udviklingen i anvendt tvang for børne- og ungdomspsykiatriske afsnit er forbundet med nogle udfordringer, der gør det vanskeligt på baggrund af SEI-data at konkludere meningsfuldt. For det første har det for Region Hovedstaden ikke været muligt at placere et retvisende antal patienter eller tvangsregistreringer på afsnitsniveau for 2013. For det andet har et projektafsnit i Region Syddanmark gennemgået afgørende organisatoriske ændringer, hvor der blandt andet er sket stor ændring i antal sengepladser, og afsnittet har samtidig fået tilføjet en ældre patientgruppe. Alene på baggrund af ovennævnte faktorer vil det således være forventeligt at se en stigning i antal registrerede tvangsepisoder, uanset om de deltagende afsnit med positiv effekt har arbejdet med at nedbringe anvendelsen af tvang. Det bemærkes endvidere, at lovgivningen på det børne- og ungdomspsykiatriske område efterlader rum til fortolkning af, hvad der er tvang[16]. Figurerne herunder er udarbejdet med udgangspunkt i, at afsnittenes definition og registrering af tvang er ensartet. Det er ikke et lovkrav at indberette tvang over for børn, hvis forældrene har givet deres samtykke til tvangen. Alle seks afsnit har imidlertid oplyst, at de registrerer alle tvangsepisoder. Derfor indbefatter Figur 3.13 og 3.14 alle tvangsepisoder

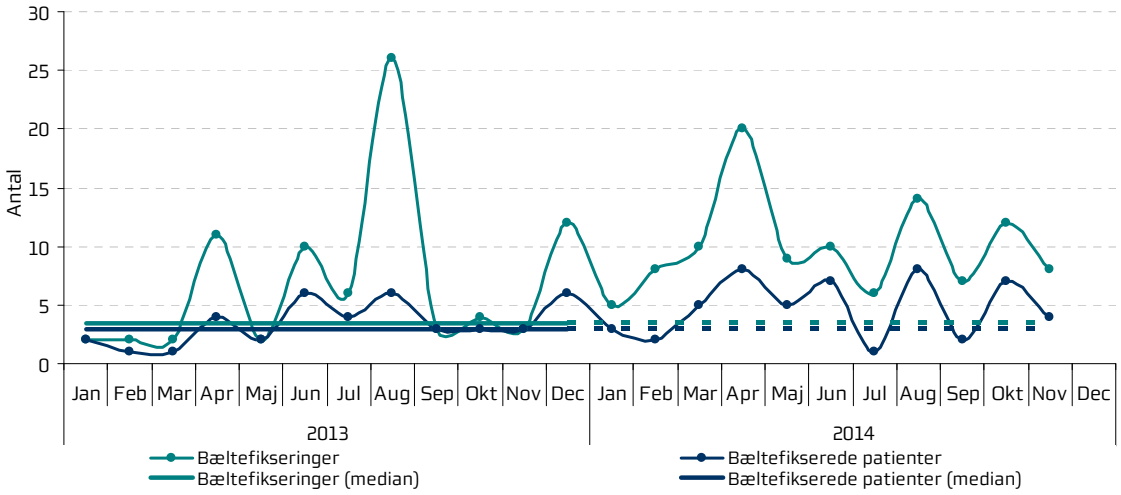
Figur 3.13 og 3.14 er medtaget for at vise udvikling, under hensyntagen til ovenstående forbehold, samt som illustration af SEI-datas begrænsninger. Figur 3.13 viser en kraftig stigning i anvendt tvang fra september 2013 og frem. I samme periode ses det af Figur 3.14, at der er tegn på, at de personer som udsættes for bæltefiksering får lidt flere bæltefikseringer pr. person..

16 "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser", Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri, oktober 2013.

Figur 3.13: Udvikling i antal tvangsepisoder på de deltagende B&U-afsnit 2013 - 2014



Figur 3.14: Antal bæltefikseringer vs. antal bæltefikserede patienter 2013 - 2014



Analyserne på børne- og ungeområdet er særligt følsomme over for ændringer, idet datagrundlaget er meget lille. Det vil sige, at der ikke skal så mange ændringer til, førend det påvirker analyseresultaterne. '

I denne evalueringsrapport hviler konklusionen på udvikling i anvendt tvang derfor alene på projektafsnittenes slutrapporter. Her konkluderer fem af de seks deltagende børne- og ungdomspsykiatriske afsnit, at de har haft et fald i anvendt tvang, især opleves et fald i antal bæltefikseringer[17].

3.4 Delkonklusion

På det voksenpsykiatriske område er der i anvendelsen af bæltefiksering og remme sket gennembrud, idet antallet er nedbragt med over 20 %. Medianen for antal bæltefikseringer er faldet med 26 % fra baseline til perioden efter baseline, og medianen for antallet tvangsepisoder med remme er faldet med 27 % i samme periode. Antallet af bæltefikserede patienter er faldet 11 %. Idet antal bæltefikseringer er faldet betydeligt mere end antal bæltefikserede patienter, kan det således konkluderes, at der fra baseline til perioden efter baseline er

17 Se selvevalueringer og slutrapporter fra Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Sjælland http//.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk

sket den udvikling, at de patienter som bæltefikseres generelt bæltefikseres færre gange. Desuden er der færre patienter, der oplever lange bæltefikseringsepisoder på over 48 timer, hvilket Danmark flere gange er blevet kritiseret for af Europarådets torturforebyggelseskomité (CPT). Samtidig ses et fald i de korte bæltefikseringer under otte timer.

Samtidig er der på det voksenpsykiatriske område sket en stigning i antallet af fastholdelser (7 %) og tvangstilbageholdelser (7 %) fra baseline til perioden efter baseline. Flere afsnit beskriver, at fastholden bevidst er anvendt som et mindste-middel frem for bæltefiksering. Der er faglig uenighed om, hvorvidt fastholden er et mindste-middel uanset varighed heraf. Hvorfor der på det foreliggende grundlag ikke kan konkluderes på, om udviklingen i fastholden er positiv eller negativ. Det har ikke ligget inden for evalueringens rammer at undersøge patienter oplevelse af fastholden som mindste-middel og årsager til udviklingen i fastholden og tvangstilbageholdelse nærmere. Stigningen af tvangstilbageholdelser og fastholden kan evt. ses i lyset af, at der i et eller andet omfang foregår en flytning mellem de mulige tvangsformer hen i mod, at den type tvangsindgreb, der er mest i fokus og som generelt betragtes som mest belastende, særligt søges nedbragt og derved erstattet af andre indgreb. I den sammenhæng må det anses for positivt, at anvendelsen af beroligende medicin ikke ser ud til at være steget.

I relation til spredningen i resultater på tværs af regioner ses der på det voksenpsykiatriske område et positivt skift i forhold til antal bæltefikseringer og/eller den samlede varighed af bæltefikseringerne. For Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland kan faldet i antal bæltefikseringer betegnes som gennembrud. Med hensyn til bæltefikseringer på tværs af afsnit, ses der for 15 af de 25 (60 %) voksenpsykiatriske projektafsnit et fald i medianen fra baseline til perioden efter. Grundet datakvaliteten på afsnitsniveau er afsnitsresultaterne ikke testet statistisk.

På det børne- og ungdomspsykiatriske område konkluderes der ikke på SEI-data på grund af datakvaliteten, usikkerhed om ensartethed af definition af tvang på tværs af børne- og ungeafsnittene, og organisatoriske ændringer. Fem ud af seks børne- og ungdomspsykiatriske afsnit rapporterer imidlertid, at de ud fra egne data ser et fald i forhold til især bæltefikseringer, hvilket er beskrevet i afsnittenes slutrapporter.

4 Kvaliteten af den anvendte tvang

I dette kapitel besvares følgende evalueringsspørgsmål: Hvordan er det gået med at sikre, at kvaliteten af den anvendte tvang er højest muligt? Dette evalueringsspørgsmål følger direkte af formuleringen i satspuljeopslaget omkring sikring af kvaliteten i den anvendte tvang:

> *"Samtidig skal det sikres, at kvaliteten af den tvang, der anvendes, er så høj som muligt set fra et organisatorisk, fagligt og patientoplevet perspektiv"*
>
> (Sundhedsstyrelsens puljeopslag 2012)

I kapitlet beskrives, hvordan de regionale implementeringsgrupper og personalet på de deltagende afsnit har forholdt sig til denne opgave, samt hvordan patienterne har oplevet anvendelsen af tvang under deres indlæggelse.

Patienters oplevelse af den anvendte tvang gennemgås i afsnit 4.1 og er baseret på udtræk fra de Landsdækkende undersøgelser af patient- og pårørendeoplevelser (LUP-psykiatri) 2012 - 2014. Personalets oplevelse af den faglige kvalitet af den anvendte tvang og den tvangsforebyggende indsats behandles i afsnit 4.2, mens afsnit 4.3 handler om udviklingen af den organisatorisk kvalitet. De to sidstnævnte afsnit bygger på de deltagende afsnits slutrapporter, de regionale implementeringsgruppers selvevalueringer, telefoninterview med lederne og spørgeskemadata fra medlemmer af de regionale implementeringsgrupper og de lokale projektteam.

4.1 Den patientoplevede kvalitet

Der er i projektet ikke foretaget en særskilt patienttilfredshedsundersøgelse for de deltagende afsnit. Derfor er evalueringen af den patientoplevede tvang baseret på data fra LUP-psykiatri[18], som indeholder spørgsmål omkring tvang og patientoplevet kvalitet under indlæggelse. Opgørelsen er udarbejdet på baggrund af svar fra indlagte patienter på 23 af de 26 almene voksenpsykiatriske projektafsnit, og hvor det har været muligt at trække data på afsnitsniveau fra LUP-psykiatri. De seks børne- og ungdomspsykiatriske afsnit og de to retspsykiatriske afsnit indgår ikke i opgørelsen. Årsagen er, at disse afsnitstyper har separate LUP-psykiatri undersøgelser.

4.1.1 Grundlaget for anvendelse af LUP-Psykiatriundersøgelsen i projektet

I denne opgørelse af LUP-psykiatridata indgår følgende antal patienter 2014 (n=409), 2013 (n=311) og 2012 (n=338). Svarprocenten i perioden er 63-66 %. Organisatoriske ændringer gør, at der er mindre forskelle i hvilke afsnit, som indgår i undersøgelsen fra år til år. I fortolkningen af svarene er det vigtigt at være opmærksom på, at spørgeskemaerne er udleveret, udfyldt og indsendt i perioden september til oktober i henholdsvis 2012, 2013 og 2014. Spørgeskemaerne fra 2012 blev således udfyldt inden projektet gik i gang på de enkelte afsnit. I efteråret 2013 har de patienter, som har udfyldt spørgeskemaerne oplevet afsnittene på et forholdsvis tidligt tidspunkt i projektperioden. LUP-psykiatri kan ikke entydigt måle effekten af projektet på den patientoplevede kvalitet, da der også kan være andre faktorer, der påvirker tallene. LUP-data er imidlertid de bedst tilgængelige i forhold til at se udviklingen i den patientoplevede kvalitet i projektperioden.

18 LUP-psykiatri er en forkortelse for "landsdækkende undersøgelser af patient- og pårørendeoplevelser (LUP-psykiatri)". Læs mere om datagrundlaget i bilag 4.

Den patientoplevede kvalitet med relevans for dette projekt er afgrænset til følgende ni spørgsmål fra LUP-psykiatri:

1. Har personalet anvendt tvang i forbindelse med din indlæggelse på dette sengeafsnit?
2. Synes du, at personalets brug af tvang foregik på en ordentlig måde?
3. Fik du udbytte af den opfølgende samtale med personalet, efter at tvangen var ophørt?
4. I hvilket omfang havde du indflydelse på din behandling?
5. I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i din behandling?
6. Skabte personalet en situation, hvor du åbent kunne fortælle dem om dine vanskeligheder og problemer?
7. Havde du en samtale med personalet om, hvad der kan virke beroligende på dig, da du blev indlagt?
8. Er du tilfreds med de aktiviteter, du kunne deltage i under indlæggelsen?
9. Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse?

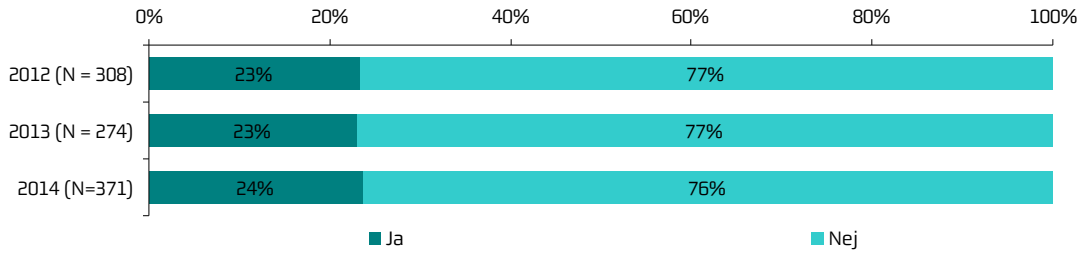
Patienternes svar på spørgsmål 8 præsenteres i kapitel 5 vedrørende aktiviteter.

Figurerne 4.1-4.3 nedenfor viser svarfordelingen for patienter, som har oplevet tvang. I figurerne 4.4-4.8 vises både svarfordelingen for de patienter, der har oplevet tvang, og dem som ikke har oplevet tvang under indlæggelsen. "N" angiver antal svar på det konkrete spørgsmål.

4.1.2 Patienternes oplevelse af den anvendte tvang og generelle tilfredshed

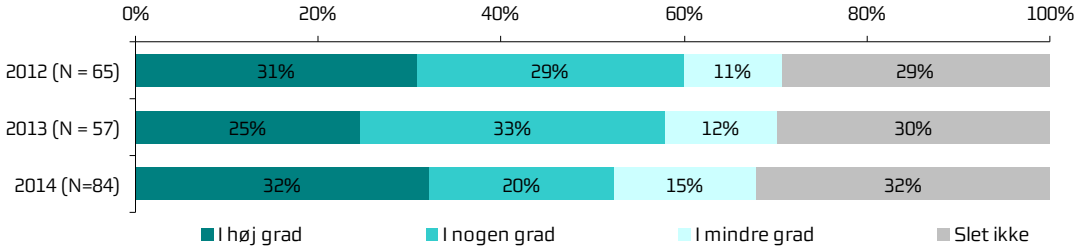
Alle patienter i LUP-psykiatri stilles spørgsmålet, om de har oplevet tvang under indlæggelsen. Figur 4.1 viser, at knap hver fjerde patient svarer, de har oplevet tvang i forbindelse med indlæggelse, og at denne andel er uændret i projektperioden 2012-2014.

Figur 4.1: Har personalet anvendt tvang i forbindelse med din indlæggelse på dette sengeafsnit?



Figur 4.2 viser, at en stor andel af patienterne ikke oplevede, at tvang foregik på en ordentlig måde. I 2014 er der fortsat 32 % af de patienter, som har oplevet tvang, der svarer, at tvangen "slet ikke" foregik på en ordentlig måde. Samtidig er andelen af "i høj grad" og "i nogen grad" faldet fra 60 % til 52 % i perioden. Der kan således ikke dokumenteres en forbedring af den patientoplevede kvalitet i den anvendte tvang i projektperioden for de deltagende afsnit.

Figur 4.2: Synes du, at personalets brug af tvang foregik på en ordentlig måde?



Nedenstående patientkommentarer fra 2014 giver nogle eksempler på, hvad der har ligget bag den enkelte patients oplevelse af den tvang, de har været udsat for:

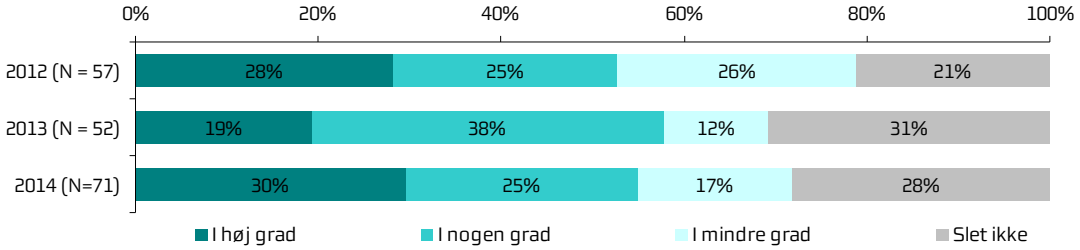
"Tvangsindlæggelse. Ikke aftalen".

"Savn af venner, som blev bortvist. Lagt i bælte. Umyndiggjort. Tilbageholdt i den lukkede afdeling".

"Frustration over låste døre og udgang ifølge med personale. Føler ikke der er tillid til mig fra behandlers side. Nogle dage har jeg slet ikke haft mulighed for at komme ud, fordi personalet har haft travlt".

Siden 2006 har en opfølgende samtale (eftersamtale) efter tvangsepisoder været et lovpligtigt tilbud til patienter. De patienter, der har taget imod den opfølgende samtale, har svaret på, hvorvidt de fik udbytte af samtalen. Figur 4.3. viser, at godt halvdelen af patienterne svarer, at de "i høj grad" eller "i nogen grad" har udbytte af samtalen, mens den andel patienter, der svarer, at de "slet ikke" har haft udbytte af samtalen er steget fra 21 % til 28 % i perioden 2012-2014. Svarene tyder på, at der fortsat er et forbedringspotentiale omkring eftersamtaler, set fra et patientperspektiv, og der kan ikke dokumenteres en forbedret patientoplevet kvalitet vedrørende udbytte af samtalen i projektperioden.

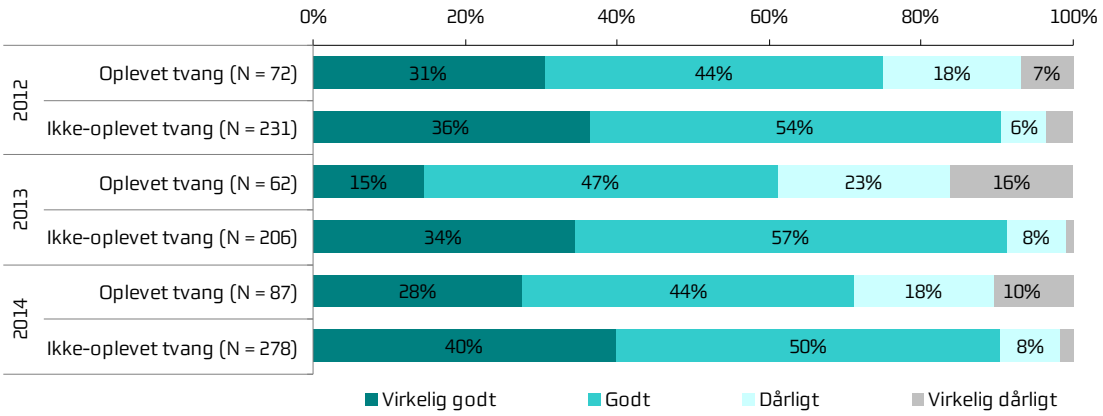
Figur 4.3: Fik du udbytte af den opfølgende samtale med personalet, efter at tvangen var ophørt?



4.1.3 Patienternes oplevelse af kvaliteten i øvrigt

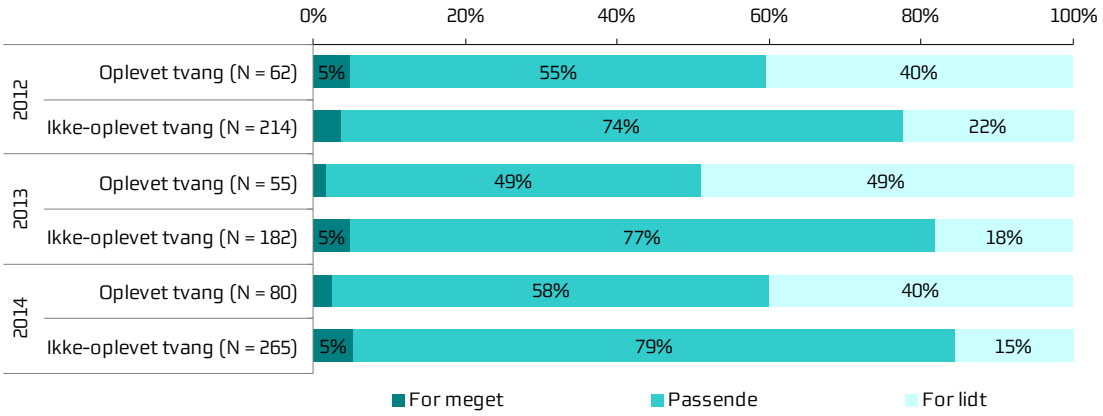
Patienternes samlede indtryk af indlæggelsen kan ses som indikator for patientens generelle oplevelse af kvaliteten. Figur 4.4 viser, ikke overraskende, at de patienter, der har oplevet tvang, ikke er helt så tilfredse som de, der ikke har oplevet tvang. Der kan dog ligge et udviklingspotentiale i, at hver fjerde af de patienter, der oplever tvang, har en dårlig oplevelse af den samlede indlæggelse. Der ikke sket en forbedring i projektperioden 2012-2014.

Figur 4.4: Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse?



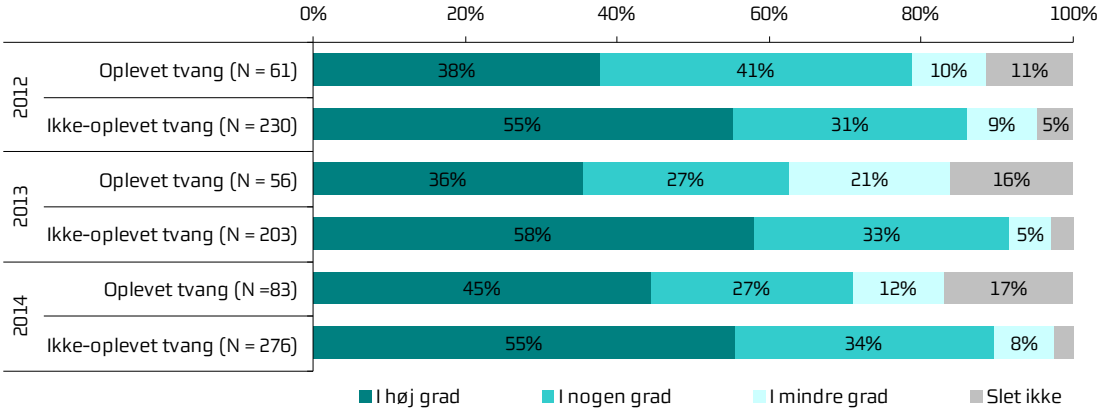
Tvang defineres som noget, patienten ikke har givet informeret samtykke til. Derfor er spørgsmålet, om patienter oplevede, at de havde indflydelse på deres behandling meget relevant som en kvalitetsindikator for en indsats, der sigter mod at reducere tvang. Ikke overraskende viser figur 4.5, at de patienter, som har oplevet tvang, i højere grad oplever at de havde for lidt indflydelse på egen behandling. Svarfordelingerne viser dog også, at halvdelen af de patienter, som har oplevet tvang, oplever at have "passende indflydelse" på deres behandling, hvilket er uændret i projektperioden.

Figur 4.5: I hvilket omfang havde du indflydelse på din behandling?



En del af den tvangsforebyggende projektindsats har dels handlet om at hjælpe patienterne med at mestre konflikter, vrede, uro, frustration og aggressioner på en ikke-voldelig eller selvskadende måde. Dels har den handlet om at etablere en god relation mellem patient og personale samt at tale med patienterne om deres angst, vrede og frustration. Derfor kan spørgsmålet om personalet skabte en situation, hvor patienten kunne fortælle om sine vanskeligheder og problemer, ses som en indikator for, om indsatsen er lykkedes. Figur 4.6. viser, at hovedparten af patienterne svarer "i høj grad" eller "i nogen grad". I 2014 svarer 45 % af de patienter, der har oplevet tvang, at personalet "i høj grad" skabte mulighed for at fortælle om problemer og vanskeligheder, hvilket er lidt højere end de øvrige år. Der ses dog ingen tydelig udvikling i perioden 2012-2014.

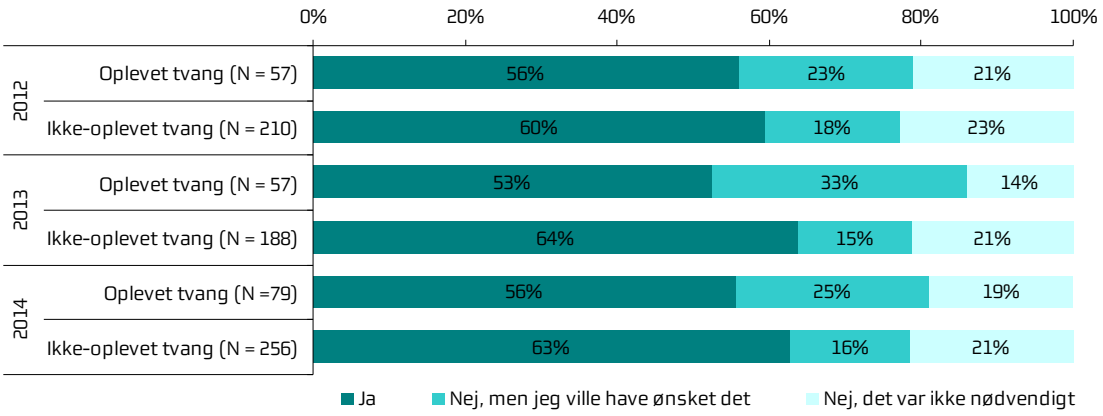
Figur 4.6: Skabte personalet en situation, hvor du åbent kunne fortælle dem om dine vanskeligheder og problemer?



Mange af de deltagende afsnit har i projektperioden arbejdet med at forebygge tvang ved at inddrage patienternes egne erfaringer med at mestre angst, frustration og vrede mere systematisk. LUP-spørgsmålet om en samtale angående det, der kan virke beroligende, er derfor meget relevant som resultatindikator i projektet. Figur 4.7 viser, at 44 % af de patienter, som har oplevet tvang, svarer, at de ikke deltog i en sådan samtale, da de blev indlagt, og denne andel er uændret i projektperioden.

Jævnfør figur 4.7 svarer 25 % af patienter som har oplevet tvang, at de gerne ville have haft en sådan samtale. Dette resultat er interessant, idet projektdeltagerne i deres slutrapporter fremhæver, at de har sat forskellige initiativer i værk. Dette med henblik på systematisk at inddrage patientens egne erfaringer omkring mestring af uro, så disse erfaringer kan indgå som en aktiv del af indlæggelsesforløbet og bidrage til at forebygge tvang. Afsnittenes arbejde med forebyggelse af tvang skinner dermed ikke igennem i LUP-data. Det har dog ikke ligget inden for evalueringens rammer at undersøge nærmere, i hvilket omfang patient og personale får talt om, samt inddraget patientens erfaringer.

Figur 4.7: Havde du en samtale med personalet om, hvad der kan virke beroligende på dig, da du blev indlagt?



I patienternes forslag til forbedring af forebyggelse af tvang nævnes eksempelvis bedre kommunikation på følgende måder:

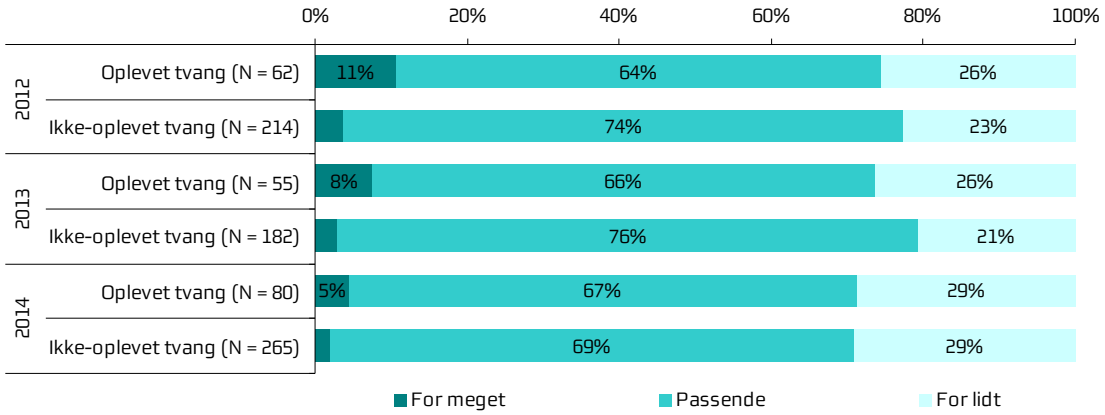
"Bedre kommunikation og forståelse for min sygdom"

"Forsøgt at tale noget mere med mig. Måske kunne de have talt mig fra at være selvskadende, i stedet for at de slæbte mig afsted/holdt mig fast. De forsøgte dog også at tale mig fra det"

"Tendenser til grænseoverskridende adfærd, man lytter for lidt, og man var IKKE klar til modtagelse".

De deltagende afsnit er blevet opfordret til at inddrage pårørendes viden i arbejdet med at forebygge anvendelsen af tvang. Figur 4.8 viser, at de fleste patienter oplever, at pårørende inddrages i et passende omfang. I projektperioden er der en stor andel, som oplever, at deres pårørende inddrages for lidt (29 % i 2014). På dette spørgsmål er der ikke forskel på, om patienterne har oplevet tvang ej.

Figur 4.8: I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i din behandling?



Generelt oplyser de almen voksen psykiatriske og retspsykiatriske afsnit ikke, at der har været et særskilt fokus på inddragelse af pårørende i behandlingen, som led i projektarbejdet. For de børne- og ungdompsykiatriske afsnit har der været et særligt fokus på samarbejde med forældre, men det er ikke oplyst, at projektet har foranlediget særlige ændringer af praksis og indsats. Det gerontopsykiatriske afsnit har i slutrapporten været det afsnit, der har været mest tydelige omkring værdien i, og behovet for, at inddrage pårørende for især demente og udadreagerende ældre patienter. Her har pårørendes bidrag om patientens livshistorie og særlige interesser været et positivt bidrag til at kunne målrette aktiviteterne. Ligeledes er der tilknyttet en gruppe af frivillige pårørende, som tilbyder aktiviteter sammen med patienterne fx cykeltur på side-by-side cykel.

Opsummerende kan det for de udvalgte LUP-psykiatri-spørgsmål konkluderes, at patienttilfredsheden generelt er uændret i projektperioden 2012-2014. Projektafsnittenes arbejde med forbedring af kvalitet i den anvendte tvang og forbedring af dialog med patienten, skinner således ikke igennem i form af en forbedring af patienttilfredsheden. Det har ikke ligget inden for evalueringens rammer at undersøge nærmere, hvad der konkret ligger til grund for patienternes svar.

4.2 Den faglige kvalitet og forebyggende indsats omkring tvang

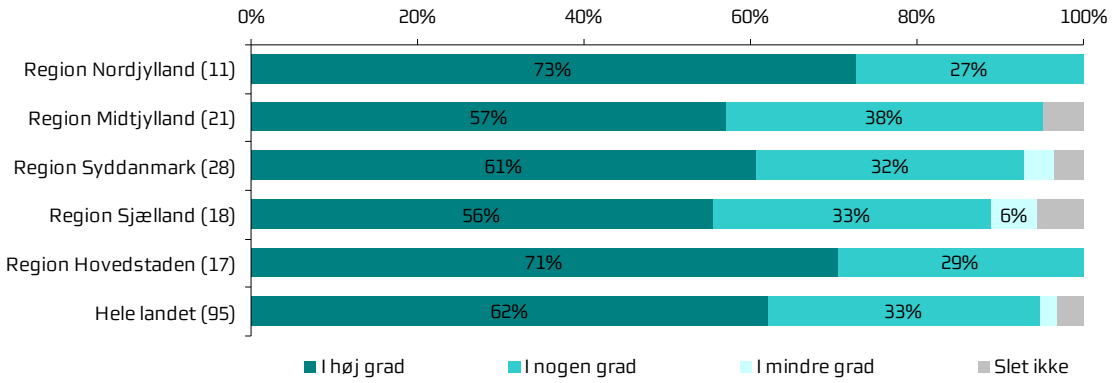
Den faglige kvalitet rummer generelt en etisk forpligtelse til at yde nødvendig omsorg og respektere patientens ret til selvbestemmelse på samme tid. Denne balance er udfordret, når der er tale om anvendelse af tvang. For effektivt og fagligt forsvarligt at kunne nedbringe anvendelsen af tvang er det vigtigt, at personalet er klædt på til opgaven. Fagpersonalet skal have relevant viden og redskaber til at kunne forebygge opkørte situationer. De skal samtidig kunne foretage faglige vurderinger af patientens tilstand, samt have mulighed for at skabe dialog og medinddragelse af patienten i behandlingen. I afsnittet undersøges, hvordan personalet oplever udviklingen af den faglige kvalitet omkring anvendelse af tvang, og hvilke tiltag der er arbejdet med i projektet for at styrke denne dimension. Den faglige udvikling ses som en samlet tværfaglig udvikling, men deltagerne giver udtryk for, at især den sygeplejefaglige udvikling er blevet styrket i projektet.

Vurderingen af den faglige kvalitet i dette projekt bygger på data fra det personale, som har haft ansvaret for indsatsen på de deltagende afsnit og de regionale implementeringsgrupper. Datakilderne[19] er to spørgeskemaundersøgelser, gennemført blandt henholdsvis teammedlemmer fra de deltagende afsnit og medlemmerne af de regionale implementeringsgrupper (december 2014), de regionale selvevalueringer, de deltagende afsnits slutrapporter og telefoninterview med ledere i december 2014.

4.2.1 Personalets oplevelse af kvaliteten af den anvendte tvang

Der er mange positive tilbagemeldinger fra det deltagende personale om, at kvaliteten af den anvendte tvang er blevet bedre i projektperioden. Figur 4.9 viser at 62 % af deltagerne i spørgeskamundersøgelsen svarer, at kvaliteten af den anvendte tvang på deres eget afsnit "i høj grad" er blevet bedre.

Figur 4.9: Kvaliteten af den anvendte tvang på afsnittet er blevet bedre i perioden 2013-2014



Det at forbedre kvaliteten af den anvendte tvang er i afsnittenes slutrapporter og de regionale selvevalueringer forbundet med både forebyggelsestiltag såvel som forbedret praksis omkring den anvendte tvang.

> *"Det er implementeringsgruppens vurdering, at de mange indsatser og det vedvarende fokus har løftet den faglige kvalitet i forhold til forebyggelse og anvendelse af tvang, herunder især den sygeplejefaglige del af behandlingen, som er gjort mere tydelig og systematisk."*
>
> (Region Midtjyllands selvevaluering)

19 Se bilag 4 for at læse en nærmere redegørelse for datagrundlaget.

4.2.2 Styrkelse af den faglige kvalitet i den tvangsforebyggende indsats

Overordnet har forebyggelse af tvang haft størst fokus blandt deltagerne. For at understøtte den faglige vurdering af patientens tilstand bedst muligt i forhold til at forebygge tvang, har de fleste afsnit afprøvet og implementeret en række forskellige faglige metoder og redskaber, der anvendes systematisk i arbejdet med og om patienten. Alle afsnit har implementeret flere af nedenstående redskaber eller metoder fx:

- Risikovurdering – (Brøset Violence Checklist – BVC og SOARS)
- Målrettede individuelle mestrings- og aktivitetsplaner
- Mestringsanalyser
- Strategikort
- Angst- og aggressionsplaner
- Aggressionsprofiler (APG)
- Samarbejdsaftaler/ Kriseplaner
- Registrering af 'nær-ved-situationer' af tvang
- Deeskaleringsmetoder og konflikthåndtering
- Struktureret og målrettet anvendelse af aktiviteter som en del af miljøterapien

De faglige metoder og redskaber[20] har især været anvendt til systematisk at inddrage patienterne i deres eget behandlingsforløb og i en målrettet forebyggelse af tvang. Fx foregår udarbejdelse af mestringsanalyse, angst- og aggressionsplaner samt samarbejdsaftaler/kriseplaner altid i samarbejde/dialog med patienten. Som en del af dette arbejde kortlægges og dokumenteres patientens egne erfaringer til gavn for både patienten og personalet i indlæggelsesforløbet. Disse redskaber og faglige metoder har været anvendt på både voksen- og børne- og ungdomspsykiatriske afsnit. Samarbejdet med patienten påbegyndes hurtigst muligt i forbindelse med indlæggelse på de fleste afsnit:

> *"Samarbejdsaftale, mestringsplan og akut medicinplan udarbejdes ved indlæggelse*
> *Skema udfyldes sammen med patienten og underskrives af begge parter."*
>
> (PC Ballerup, Region Hovedstaden)

På nogle af de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit kaldes dialogredskabet en strategiplan, som skal udfyldes inden 48 timer. Planen består af 6 punkter, som udfyldes sammen med kontaktpersonen.

- Advarselstegn
- Ting jeg selv kan gøre, for at aflede mig selv, uden at kontakte andre
- Sociale situation og andet, der kan aflede mig
- Følgende personer kan jeg kontakte, hvis jeg får brug for hjælp
- Kontakt til professionelle
- Gør dit miljø sikkert

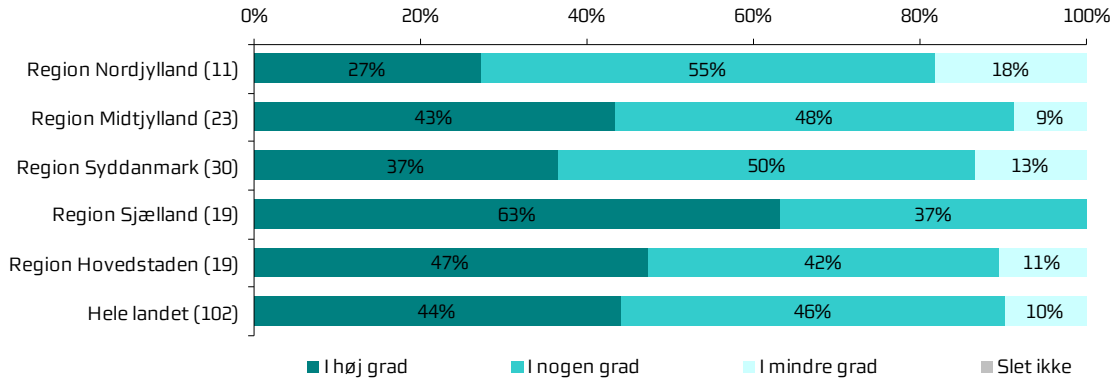
Strategiplanen anvendes til at udarbejde et strategikort, med særligt fokus på advarselstegn og strategier. Kortet er tænkt som et mindre redskab, der kan lamineres og opbevares i den unges pung eller lomme.

> *" Strategikort udarbejdes med særligt fokus på advarselstegn og strategier. Kontaktpersonen og den unge kan sammen vurdere, hvilke øvrige punkter, der skal være tilgængelige på kortet."*
>
> (BUC B204+205 Glostrup, Region Hovedstaden)"

20 Se projektets Inspirationskatalog for nærmere beskrivelse af tiltag www.tvangispsykiatrien.cfk.rm.dk

I spørgeskemaundersøgelsen er deltagerne fra afsnittene blevet bedt om at vurdere, hvorvidt patienterne inddrages aktivt i planlægningen af eget behandlingsforløb, når tilstand gør det muligt. I figur 4.10 fremgår det, at 44 % mener, at patienterne inddrages "i høj grad", mens 46 % mener, at patienterne "i nogen grad" inddrages aktivt.

Figur 4.10: Patienter inddrages aktivt i planlægning af eget behandlingsforløb, når tilstand gør det muligt



Sammenlignes deltagernes vurdering af patientinddragelse med de svar, der er afgivet i LUP-psykiatri 2014, jævnfør afsnit 4.2.2, viser patienttilfredshedsundersøgelsen, at 40 % af de patienter, der oplevede tvang, syntes de havde for lidt indflydelse på deres behandling (figur 4.5). Ligeledes oplyser 25 % af patienter som har oplevet tvang, at de gerne ville have haft en samtale med personalet om, hvad der kunne berolige dem, da de blev indlagt, men ikke fik en sådan samtale (figur 4.7). Det er altså ikke overensstemmelse mellem personalets og patienternes oplevelse af inddragelse i behandlingen. Da det er patienter, der har oplevet tvang, er det forventeligt, at deres tilfredshed og oplevelse af inddragelse ikke er så høj som personalets. Med henblik på kortlægning af eventuelt forbedringspotentiale, kan det dog være interessant at få undersøgt nærmere, hvad der ligger bag det, at en fjerdel af patienterne, der har oplevet tvang, ikke har oplevet at få en samtale ved indlæggelsen, som de har ønsket.

Ud over metoder til inddragelse og samarbejde med patienter er der også arbejdet med eksempelvis faglige vurderingsredskaber så som Brøset Violence Checklist. Risiko- og voldsvurderinger giver fagpersonalet mulighed for løbende at kunne vurdere patienterne og i tide foretage målrettede indsatser, der kan forebygge tvang. Herudover har tilbud om aktiviteter spillet en central rolle i den forebyggende indsats i projektet, hvilket uddybes i kapitel 5.

Registrering af nær-ved-situationer, med henblik på læring om en enkelt patient, er især blevet anvendt på de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit i Region Hovedstaden. Registreringen er blevet gennemgået ved LEAN tavlemøder:

> *"LEAN tavlemøde om nærved tvang har skab fokus på forebyggendehandlinger, der undgår tvang. Dvs. de kendte med samtale, afledning, pn medicin etc. Nye faktorer er dog ikke identificeret"*
>
> (B104 BUC Bispebjerg, Region Hovedstaden)

I børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er der blevet arbejdet med casebeskrivelser af situationer, hvor tvang blev undgået ud fra en anerkendende tilgang, hvor fokus på problemer og placering af skyld er søgt undgået:

"At gennemgå og diskutere sådanne cases var givende, fordi det centrale lå i at få øje på det, der gjorde situationen virksom Det var inspirerende på en anderledes måde, og det faglige udbytte blev mere nuanceret"

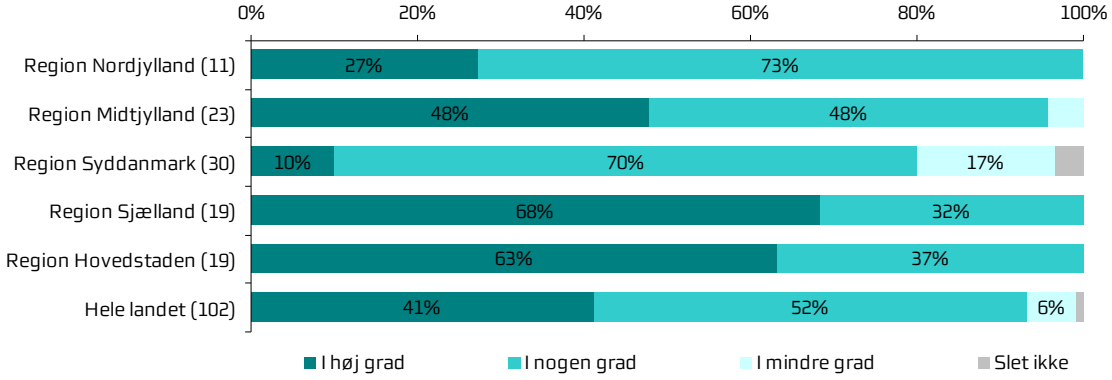
(BUP Odenses, Region Syddanmark)

4.2.3 Faglig kompetenceudvikling af den forebyggende indsats

Implementeringen af de faglige metoder og redskaber har været kombineret med faglige kompetenceudviklingsforløb for dele af, eller hele personalegruppen, fx omkring deeskalering og anvendelse af aggressionsprofiler. Flere regioner har taget initiativ til at revidere de eksisterende psykofysiske trænings- og konflikthåndteringskurser, så det kommunikative element bliver styrket og de psykofysiske greb bliver så skånsomme som muligt. Deeskalerende metoder og kommunikation har generelt haft stor interesse for mange af deltagerne, og er blevet efterspurgt som et ønske til videre kompetenceudvikling i flere slutrapporter.

I spørgeskemaundersøgelsen har deltagerne fra afsnittene svaret på spørgsmålet, om personalet har de relevante kompetencer til at kunne deeskalere konflikter. 93 % svarer "i høj grad" eller "i nogen grad" til spørgsmålet jf. figur 4.11. Der er imidlertid stor variation i regionernes besvarelse, hvor især deltagerne fra Region Syddanmark giver udtryk for, at der fortsat er brug for at forbedre disse kompetencer i personalegruppen. I Region Sjælland har der været et særligt fokus på deeskalering som indsatsområde, og to af regionens deltagende afsnit har indgået i et aktionsforskningsprojekt om emnet.

Figur 4.11: Personalet har de relevante kompetencer til at kunne deeskalere konflikter



De børne- og ungdomspsykiatriske afsnit oplyser at have haft glæde af konflikthåndteringskurser for personale med fokus på deeskalering, low arousal og kommunikation.

"Dette har bevirket, at medarbejderne har flere redskaber til rådighed i konfliktsituationer og det derfor i højere grad er lykkedes at undgå bæltefikseringer.."

(B204+205 BUC Glostrup, Region Hovedstaden)

.

4.2.4 Udvikling af den faglige kvalitet vedrørende den anvendte tvang

Selvom forebyggelsesfokusset har været dominerende blandt deltagerne, har den anvendte tvang også været taget op til revision og analyse. Især i forhold til bæltefikseringer, er der blevet implementeret flere tiltag, som har skullet være med til at forbedre kvaliteten af den anvendte tvang og bidrage til den fremadrettede forebyggelsesindsats fx.:

- Bæltefikseringsjournaler
- Aktiviteter under fiksering
- Kritiske reviews af tvangsepisoder
- Eftersamtaler

En del afsnit har haft et særligt fokus på at arbejde målrettet med at kunne løsne patienten, så snart vedkommende bliver bæltefikseret. Det opleves om en forbedring af den faglige kvalitet, at længerevarende bæltefikseringer forebygges, og fikseringer gøres så korte som muligt. Dette praktiseres på forskellig vis. Et afsnit har udviklet en "bæltefikseringsjournal", der hjælper personalet til systematisk at vurdere patientens tilstand under fikseringen med det formål at forebygge varigheden af fikseringer. Andre afsnit tager tvangsepisoder op på daglige konferencer og i vagterne, hvor de drøftes og gennemgås i forhold til, hvordan patienten hurtigst muligt kan komme ud af bæltet. Nogle afsnit indtænker også fysiske øvelser under fikseringsforløbet, som en metode til at forkorte varigheden og højne kvaliteten af den oplevede tvang for patienten:

> *"..vi forsøger så vidt muligt at tilbyde alle patienter træning, idræt mv., også selvom de er fikserede."*
>
> (P4, Retspsyk. Region Sjælland)

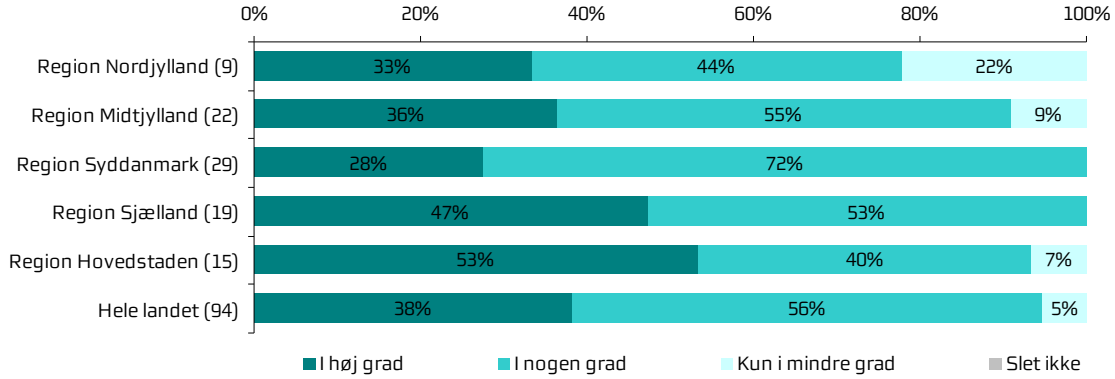
Som et supplement til de faglige metoder er der blevet indført forskellige faglige refleksions- og analyseredskaber, der skal understøtte fælles læring om forebyggelse og anvendelse af tvang, samt analyse af kvaliteten af tvang.

4.2.5 Analyser af kvaliteten af den anvendte tvang

Det har været en del af projektet, at deltagerne forholder sig til kvaliteten af konkrete tvangsepisoder. Deltagernes slutrapporter giver flere eksempler på, hvordan dette er blevet implementeret som praksis i løbet af projektperioden. De anvendte begreber for praksis er: "gennemgang af alle tvangsfikseringer", "Review af Tvangsfikserings-Episoder - RTE", "kvalitativ audit", "second opinion", "læringsmøder" og "tavlemøder".

Figur 4.12 viser, at deltagerne oplever, at analyser af konkrete tvangsepisoder har bidraget til det lokale forbedringsarbejde omkring nedbringelse af tvang. I alt 95 % er "i høj grad" eller "i nogen grad" enige i dette.

Figur 4.12: Analyse af konkrete tvangsepisoder har bidraget til det lokale forbedringsarbejde



Det gælder for størstedelen af deltagerne i projektet, at der er blevet arbejdet fokuseret og systematisk med at foretage reviews af bæltefikseringer efter hver tvangsepisode. Reviews er en systematisk gennemgang af den bæltefikserede patients psykiske og fysiske tilstand før, under og evt. efter bæltefikseringen. Gennemgangen foretages efter bæltefikseringen er påbegyndt med henblik på læring om: Hvad kan gøres for at episoden bliver så skånsom som muligt? Hvad kan gøres for at forebygge fiksering fremadrettet?

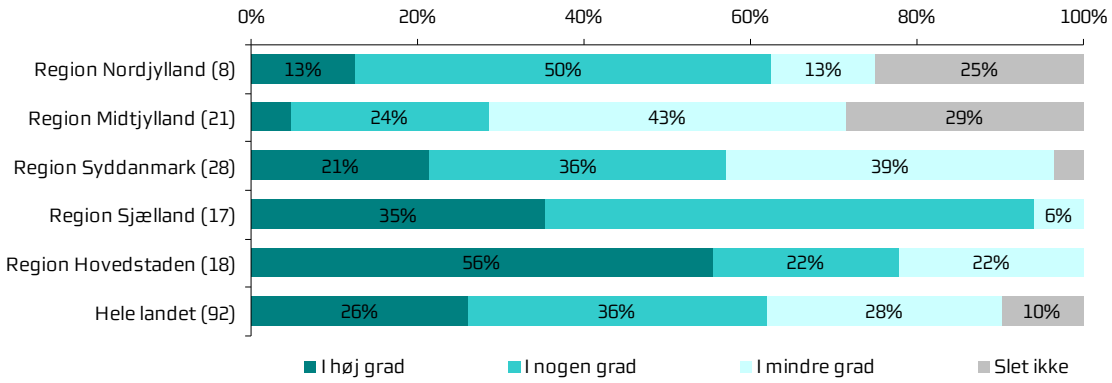
En gennemgang af forskningslitteraturen[21] viser, at review af bæltefikseringsepisoder kan have en positiv effekt og er således en af de evidensbaserede metoder, der har været anvendt i projektet.

> *" Det er vigtigt, at der i analysen af tvangsfikseringsepisoden anlægges et helikopterperspektiv, således alle forholder sig åbent til episoden. Det giver mulighed for at undre sig over, hvorfor, hvordan og hvad der er foregået, i en åben og anerkendende dialog. Via fælles refleksion kan personalet generere nye indsatsområder og udvikle nye tiltag, som skal forebygge, at patienten atter havner i en tvangssituation."*
>
> (809+811 PC Hvidovre, Region Hovedstaden)

Det er vigtigt, at lægerne er inddraget i den kritiske gennemgang, fordi de ordinerer tvangen. Dette har været en udfordring for nogle afsnit. Der har været afprøvet forskellige fremgangsmåder i forhold til at øge lægedeltagelsen, fx ved at foretage reviewet i forbindelse med morgenkonferencer. Erfaringen fra projektet viser, at det er vigtigt, at der er repræsentanter tilstede fra centerledelsen/afsnitsledelsen ved reviewet. Er der ændringer i forhold til fremtidig praksis, beskrives disse konkret, og det er ledelsens ansvar at gennemføre dette[22].

Tilbagemeldingerne fra deltagerne understøtter dette. Figur 4.13 viser, at det især er i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvor ledelsen opleves at være inddraget i analysen, samtidig med, at det også er deltagerne fra disse to regioner, der svarer mest positivt om udbyttet af analyserne jævnfør figur 4.12.

Figur 4.13: Den overordnede ledelse (fx ledende overlæge, oversygeplejerske og/eller klinikchef) har deltaget i analysen af konkrete bæltefikseringsepisoder



De deltagende afsnits slutrapporter oplyser ikke om resultaterne af deres reviews og analyser, samt hvilke kvalitetsforbedringer og tvangsforebyggende tiltag de har givet anledning til. Metodens effekt på kvaliteten af den anvendte tvang er ikke undersøgt i projektet. Reviewmetoden er blevet afprøvet og implementeret på mange af de deltagende afsnit. Det fremgår eksempelvis af selvevalueringen og partnerskabsaftalen for Regionen Midtjylland og handleplanen for Region Hovedstaden, at review af alle bæltefikseringer nu er blevet obligatorisk for alle afdelinger/centre i de to regioner. På baggrund af projektet er tiltaget dermed blevet spredt til i den større regionale organisation.

---

21 Bak, Jesper m.fl.(2011): Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? - A Systematic Review. I: Perspectives in Psychiatric Care nr. 48, 2011, s. 83-94
Bak, Jesper: RTE - Guide til Review af Tvangsfikserings-Episoder. I: Psykiatrisk Center Sct Hans, 16.12.2013, s. 1-13

En anden metode, der har været anvendt i forhold til at forbedre den faglige kvalitet ved anvendelse af tvang er "tavlemøder". Møderne er inspireret af LEAN tavlen, og møderne afholdes som oftest som ugentlige kortvarige møder, hvor tvangsepisoder og 'nær-ved-episoder' drøftes.

> *"Midtvejs i projektet er der indført ugentlige tavlemøder vedrørende tvangsforanstaltninger, der ses på type, varighed og kvalitet. Tvangsforanstaltningerne fra foregående uge gennemgås systematisk, erfaringer fra eftersamtalen og patientens perspektiv inddrages, mhp. hvad der har virket og ikke virket i den opkørte situation og der sættes fokus på aktiviteter, som vi kan planlægge fremadrettet. Det primære ved møderne er, at sætte fokus på den tvang som vi undgik, fordi personalet handlede konfliktnedtrappende og skiftede kontekst eller gjorde noget andet, end at anvende tvang....Tavlemødet har vist sig som et godt ledelsesværktøj, hvor leder og personale får en positiv, anerkendende drøftelse af, hvordan situationen blev håndteret og hvad der fungerede godt og mindre godt. Dette peger på hvilken adfærd, handlinger og kommunikationsform, som er gavnlig og ønskes styrket fremover."*
>
> (S1 Vordingborg, Region Sjælland)

Erfaringerne med tavlemøder omtales som positive i deltagernes slutrapporter og er ligesom review et tiltag, der er blevet spredt til alle regioner i projektet.

Hvor review og tavlemøder er tænkt og anvendt som refleksions- og analysemetoder for fagpersonale imellem, er eftersamtaler et refleksions- og læringsrum for både patient og personale, som kan være med til at forbedre den faglige kvalitet.

4.2.6 Eftersamtaler

Tilbud om eftersamtaler blev gjort lovpligtige i 2006 via psykiatrilovens §4, stk. 5. Det skete blandt andet på baggrund af gode erfaringer med tiltaget fra det første gennembrudsprojekt 2004-06. På trods af, at eftersamtaler er blevet gjort obligatoriske, viser undersøgelser[23] og erfaringer fra regeringens psykiatriudvalg, at der mangler viden om fanget af anvendelsen heraf, deres indhold og gennemførelse. Der mangler også indblik i, om der er systematisk anvendelse af den viden, der indhøstes i forbindelse med eftersamtalen i det videre patientforløb[24]. Erfaringerne fra projektet er, at næsten alle afsnit har haft en særlig opmærksomhed omkring at styrke indsatsen vedrørende eftersamtaler – både at de afholdes, men i særdeleshed, at viden fra samtalerne anvendes aktivt i det fremadrettede forebyggende arbejde sammen med patienten.

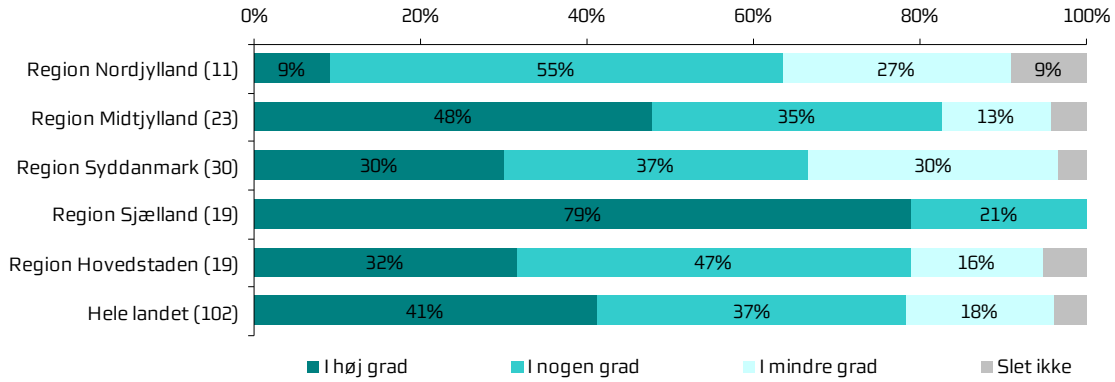
Figur 4.14 viser i hvor høj grad deltagerne fra afsnittene i spørgeskemaundersøgelsen oplevede, at det er lykkes at anvende eftersamtalerne systematisk i arbejdet med at nedbringe anvendelsen af tvang. Svarfordelingen tyder på, at det især er lykkedes på de deltagende afsnit fra Region Sjælland, hvor 79 % af deltagerne svarer "i høj grad" på spørgsmålet. Dette ligger en del højere end deltagerne samlet set, hvor 41 % af deltagerne, der svarer "i høj grad".

---

23 Wang, A.G. et. al.(2013): Psykiatrilovens krav om samtaler efter tvang efterleves ikke. Ugeskrift for Læger, 22. april .

24 Se Regeringens Psykiatriuvalgs rapport "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, Oktober 2013 s. 244

Figur 4.14: Eftersamtaler bruges systematisk til at få inspiration til at reducere og sikre kvaliteten af den anvendte tvang



I Region Nordjylland er der lavet en opgørelse over, hvor mange patienter, der tager imod eftersamtaler, og hvordan personalet anvender viden fra samtalerne. I selvevalueringen fra Region Nordjylland står der:

> *"Der er mellem 25-50 % af alle patienter, der ønsker samtalen, og de resterende takker nej til tilbuddet. Udviklingssygeplejerskerne og personalet har i projektperioden arbejdet systematisk med det output, eftersamtalerne har givet. Denne indsats har ført til en øget refleksivitet både hos personalet og ved patienterne i forhold til tvangsepisoderne og belyst vigtigheden af at anvende det output aktivt i udarbejdelsen af sygeplejeproblemer og plejeplaner, der kan hindre og forebygge lignende situationer."*
>
> (Selvevaluering, Region Nordjylland)

Deltagerne har generelt arbejdet med at forbedre kvaliteten af eftersamtaler, men ikke alle afsnit er lykkedes med at få det til at fungere.

Da halvdelen af patienterne i LUP-Psykiatri også i 2014 svarer, at de ikke har udbytte af samtalen (se figur 4.3 i afsnit 4.2.1), kan det være interessant at undersøge nærmere, om der er et forbedringspotentiale i forbindelse med eftersamtaler i relation til at sikre, at kvaliteten af den anvendte tvang er så høj som muligt.[25]

I Region Midtjylland er der blevet udviklet og formidlet et E-læringsprogram om eftersamtaler med henblik på at drage læring af den enkelte tvangsepisode. Programmet er tilgængeligt for alle ansatte i regionen.

Analyser af data omkring tvang er ikke blot med til at styrke den faglige kvalitet, men også den organisatoriske kvalitet omkring tvang.

4.3 Den organisatoriske kvalitet af tvang

At arbejde målrettet med forebyggelse og nedbringelse af tvang kræver, at organisering af arbejdsgange og afsnittenes strukturer understøtter dette fokus. Den organisatoriske kvalitet af tvang omfatter flere forskellige dimensioner bl.a., at organisationen stiller data og overordnede analyser til rådighed for personalet i forhold til kvalitetsarbejdet omkring nedbringelse af tvang. Men også at de ændringer, der foretages, understøttes af strukturer i organisationen frem for at være personbårne. Særlige forhold omkring indsatsen for nedbringelse af tvang bør være skrevet ind i regionale retningslinjer, regionale politikker

25 Referater fra og lokale auditresultater om eftersamtaler kan give mere konkret viden om afholdte eftersamtaler. Men det er ikke en del af denne evaluerings datagrundlag

og handleplaner. Desuden bør personalets arbejdsopgaver være organiseret på en måde, der virker befordrende for nedbringelse af tvang, uden at sikkerhed og arbejdsmiljø bliver kompromitteret.

4.3.1 Kvalitetsstyring af anvendelse af tvangsdata på regionalt niveau

En af udfordringerne da projektet startede i november 2012 var, at mange afsnitsledere og medarbejdere ikke kendte og aktivt forholdt sig til deres egne tvangstal. Der blev heller ikke konsekvent indberettet tvang med brug af afnitskode til SEI-databasen i alle regioner. Der var derfor et ringe lokalt kendskab til omfanget af den anvendte tvang. I projektets midtvejsevaluering er en af anbefalingerne, at regionerne laver flere analyser af mønstre og tendenser i tvangsdata.

I løbet af projektperioden er der sket væsentlige forbedringer på dette område i flere af regionerne.

Alle regioner formidler data om tvang til ledelsesniveauerne via elektroniske informationssystemer. Herfra kan afsnitsledelsen trække lokale data til at monitorere på den anvendte tvang til det fremadrettede kvalitetsarbejde om at nedbringe anvendelsen af tvang.

Der har været forskellige indsatser og regionale tiltag i forhold til at anvende tvangsdata i kvalitetsarbejdet om at nedbringe tvang, hvilket fremgår af de regionale implementeringsgruppers selvevalueringer og ledelsesinterview.

I Region Hovedstaden har projektet været gennemført sideløbende med et LEANprojekt og implementering af LEAN metoder i hele psykiatrien. Tvangsdata og indsatser om forebyggelse har indgået som del af LEAN-tavlen på flere afsnit, og nogle afsnit har fået hjælp af en LEAN-konsulet til at bearbejde data. Sideløbende med tvangsdata har der været informationer omkring sygefravær og voldsindberetninger, der har givet et indblik i arbejdsmiljøet på afsnittene. Det er både voksenpsykiatriske og børne-og ungdomspykiatriske afsnit, der deltager i LEAN-projektet. Målstyring og datadrevet ledelse er endvidere skrevet ind i regionens handleplan for nedbringelse af bæltefikseringer. I den regionale implementeringsgruppes selvevaluering redegøres der for, hvordan data anvendes på forskellige niveauer i regionen.

> *"Udviklingen i tvangstallene følges ugentlig på ledelsemøder og direktionen. Formålet med målstyringsmøderne er at understøtte, at centrene bevæger sig i den ønskede regning gennem synlighed og løbende drøftelse af fælles mål....og forbedre styringen ved at gøre den vidensbaseret og synlig for alle,....og forbedre læring og resultater på tværs af centrene gennem gennem videndeling om udfordringer og forbedringsinitiativers effekt/kvalitet og muliggøre iværksættelse af tværgående forbedringer"*
>
> (Selvevaluering, Region Hovedstaden)

I Region Midtjylland har den regionale implementeringsgruppe haft et særligt fokus på at styrke datakvaliteten af indberetninger i projektforløbet og skriver i deres selvevaluering:

> *"Datakvaliteten er forbedret markant i perioden, og der er skabt tidstro data bandt andet ved hjælp af datakvalitetsrapporter, som sendes til afdelingerne hver 2.måned. Rapporterne identificerer mulige indberetningsfejl. SEI-indberetningsskemaer er integreret i den elektroniske patientjournal... Tidstro data er gjort tilgængelige i ledelsesinformationssystemer... og data vedr. anvendelse af tvang i somatisk regi er gjort tilgængelig i ledelsesinformationssystemet."*
>
> (Selvevaluering, Region Midtjylland)

Implementeringsgruppen i Region Midtjylland har ligeledes fundet ud af, at en meget stor andel af bæltefikseringerne iværksættes umiddelbart efter indlæggelse. Det er på den baggrund besluttet, at alle sengeafsnit skal udarbejde planer for forebyggelse af bæltefikseringer i forbindelse med indlæggelse. Andre analyser, der er foretaget og realiseres i pilotprojekter, er identifikation af patienter, hvor der anvendes meget tvang. Det oplyses, at der er identificeret én patient, som står for 19 % af regionens tvangsforanstaltninger. På baggrund af disse oplysninger etableres der nu en særlig indsats for patienter med meget høj grad af tvang. Somatisk indlagte patienter, der bæltefikseres udgør 12 % af regionens samlede fikseringer, og der påtænkes et pilotprojekt, som skal have fokus på forebyggelse af tvang i somatikken.

I Region Syddanmark oplyser den regionale implementeringsgruppe, at tvangsdata for de deltagende afsnit er blevet lagt på intranettet. Derudover har alle projektafsnit haft mulighed for at efterspørge særlige data til analyse fra administrationen.

I Region Nordjylland har der i den afsluttende fase i projektet været fokus på, hvornår på døgnet tvang oftest finder sted. Den regionale implementeringsgruppe oplyser, at opgørelser over antal episoder pr. time i døgnet, hvor fiksering eller fysisk magt anvendes, viser, at det især er i aftentimerne. Disse analyser tages videre i kvalitetsarbejdet med at nedbringe anvendelsen af tvang. Regionen har også udviklet en skabelon til de deltagende afsnit, med felter til "antal dage siden sidste bæltefiksering" og "længste periode uden brug af bæltefiksering", som fokuserer på forebyggelse af tvang, mere end på den anvendte tvang.

I Region Sjælland oplyser den regionale implementeringsgruppe, at det er blevet implementeret som en fast praksis på personalemøder, at tvangsdata gennemgås for hele personalegruppen.

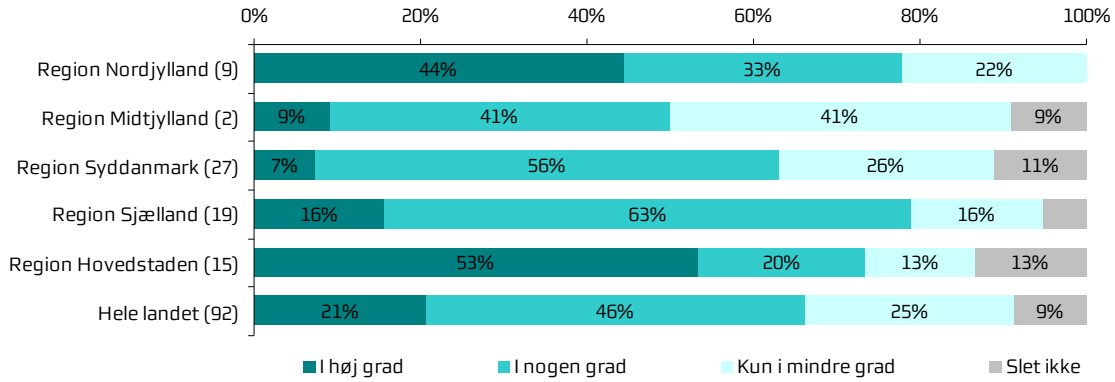
Den øgede tilgængelighed af tvangsdata fra centralt regionalt hold har været anvendt meget forskelligt på lokalt niveau, og der er forskellige holdninger til, hvordan data kan anvendes.

4.3.2 Kvalitetsstyring af anvendelse af tvangsdata på lokalt niveau

I flere slutrapporter oplyses det, at de lokale og aktuelle tvangstal er gjort mere tilgængelige og drøftes på personalemøder eller tavlemøder, hvor også konkrete tvangsepisoder drøftes. På det foreliggende grundlag er der dog ikke dokumentation for at konkludere, at dette foregår systematisk på alle afsnit, og dermed bidrager til den lokale organisatoriske kvalitet.

På landsplan er det kun 21 % af deltagerne på afsnittene, der "i høj grad" er enig i, at "adgang til afsnittets egne tvangstal" har haft positiv betydning for det lokale forbedringsarbejde. I Region Hovedstaden, hvor de har arbejdet med tvangsdata på tavlemøder, som et led i et LEAN-projekt, svarer godt halvdelen af deltagerne "i høj grad".

Figur 4.15: Adgang til afsnittets egne tvangstal har haft en positiv betydning for det lokale forbedringsarbejde



Ud fra deltagernes besvarelser ser det altså ud til, at Region Hovedstadens LEAN-tilgang har haft en positiv effekt i forhold til det parameter, at adgang til data har haft en positiv betydning for den indsats, der har været anvendt i tvangsprojektet. Flere af de deltagende afsnit nævner, at LEAN-projektet har bidraget til den lokale indsats fx:

"I projektperioden har centret indført LEAN. LEAN modellen har givet personalet gennemsigtighed i afdelingens data hver måned."

(M01 PC Ballerup, Region Hovedstaden)

Region Nordjyllands deltagere markerer sig også ved at 44 % "i høj grad" mener, at data har bidraget til det lokale forbedringsarbejde. Det oplyses ikke i de nordjyske afsnit, hvordan adgangen til data har været og hvordan de har været anvendt. En mulig forklaring er analyser af døgnrytme og tvang, som nævnes i den regionale implementeringsgruppes selvevaluering.

For de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit er erfaringen med anvendelse af tvangsdata, at det giver bedst mening at foretage analyser på patientniveau.

"Tvangsdata har givet bedst mening, når afsnittet har analyseret tvangstallene på individniveau, og ud fra dette har tilrettelagt en individuel tilpasset behandlingsplan."

(U1 Roskilde, Region Sjælland)

Trods forbedringer af adgang til data, er det altså ikke ensbetydende med, at data anvendes og analyseres lokalt. Det er en forholdsvis ny praksis i nogle regioner, at data løbende monitoreres og anvendes til at informere kvalitetsarbejdet. Flere regionale implementeringsgrupper konstaterer i deres selvevaluering, at på trods af den overordnede regionale styrkelse af datakvalitet og tilgængelighed, så har det været en udfordring at få de lokale afsnit til at anvende data i praksis:

" På trods af de mange tiltag omkring datakvalitet, adgang til data og forskellige analyser, har det vist sig vanskeligt at få alle deltagende afsnit til løbende at bruge de tilgængelige data. Der vil fremadrettet være fokus på at styrke de lokale kompetence med henblik på at hente og behandle tvangsdata."

(Selvevaluering, Region Midtjylland)

"Desværre har det i projektperioden ikke været muligt for den enkelte funktionsleder at trække data på afsnitsniveau, og dette er noget, der bliver arbejdet med fremadrettet i Region Syddanmark."

(Selvevaluering, Region Syddanmark)

Nogle af de vanskeligheder, som projektafsnittene selv nævner i forhold til at anvende data til kvalitetsudvikling er, at personalet ikke føler sig klædt på til at analysere data. Dette synspunkt deles af nogle af de interviewede afsnitsledelser:

> *"Det store fokus på tal er en ny praksis, der har krævet tid og ressourcer at få implementeret på en kvalificeret måde... Der er dog enighed om, at det større fokus på tvang er yderst anvendeligt, da analysen af disse har givet anledning til faglig diskussion og refleksion over praksis... Analysen bruges aktivt på tavlemøder og/eller personalemøder. Det er vigtigt at der er ledelsesmæssig fokus på dette."*

Implementeringsgruppen i Region Midtjylland har iværksat flere initiativer til at styrke afsnittenes kompetencer i forhold til at anvende data. I regionens selvevaluering nævnes:

- Data vises i udviklingsgrafer og fordelingsgrafer for alle typer af tvang i ledelsesinformationssystemet InfoRM.
- Der er afholdt workshop om anvendelse af InfoRM for afsnit og registreringsansvarlige sekretærer
- Der er udarbejdet videomanualer som gennemgår, hvordan tvangsdata kan hentes og bearbejdes fra Esundhed
- Udviklingen af data skal følges lokalt af alle funktions- og afdelingsledere

4.3.3 Organisering og arbejdstilrettelæggelse

Væsentlige elementer i den organisatoriske kvalitet handler også om, arbejdstidstilrettelæggelse og arbejdsmiljø generelt. I projektet har de deltagende afsnit skullet være opmærksomme på, at nedbringelsen af tvang ikke medførte uhensigtsmæssige "bivirkninger" fx at vold mod personale stiger, sygefravær stiger, nedadgående trivsel, stigning af arbejdsskader. Det er ikke alle afsnit der oplyser om disse faktorer i deres slutrapporter.

To af de afsnit, der har opnået en markant reduktion af bæltefikseringer på mellem 70-80 % beretter i deres slutrapporter, at der kan spores en positiv virkning på nogle af de nævnte parametre.

> *" I takt med faldende tvang, er personalets fravær grundet sygdom faldet. Fra juni 2013-dec. 2014 er sygefraværet reduceret med over 80 %."*
>
> (M01 PC Ballerup, Region Hovedstaden)

> *"Det er gennem projektets forløb blevet mere acceptabelt i personalegruppen at tale om de følelser, der kan opstå i tilspidsede situationer."*
>
> (U1, BUP Esbjerg, Region Syddanmark)

Den øgede refleksion omkring tvang har bevirket, at der er flere eksempler på, at afsnittene har ændret deres arbejdstilrettelæggelse og organisering, så personalet bruger mere tid til at være sammen med patienterne. Miljøterapien er generelt blevet opprioriteret i projektet. I flere regioner har de deltagende afsnit afprøvet en organisering med en daglig miljøperson/aktivitetsansvarlig, som tages ud af dagnormeringen. 'Miljøpersonens', primære opgave er at være sammen med og tilbyde aktiviteter til patienterne. Patienter og personalet giver udtryk for, at en daglig miljøperson har en konfliktdæmpende effekt. Men samtidig oplyses det, at funktionen er sårbar og ofte nedprioriteres ved travlhed og sygemeldinger.

Andre afsnit har indført en fleksibel teamstruktur, hvor der kan tilkaldes ekstra personale ved utrolige patienter.

"Vi har i forbindelse med deltagelse i projektet fået en fleksibel normering, således at vi i tilspidsede situationer, og hvis der er patienter på skærmet enhed, kan kaldes en ekstra medarbejder ind. Samt modsat, når der er rolige perioder kan nedjustere normeringen på afsnittet. Vi er af den opfattelse, at det er billigere at opnormere for at undgå tvangsforanstaltninger frem for, at der f.eks. ved en bæltefiksering skal sidde fast vagt 24/7"

(U1,Børn og Unge, Esbjerg. Region Syddanmark)

"Ny teamstruktur, som bl.a. giver øget tilstedeværelse af personale i miljøet, mulighed for både at tage sig af akut dårlige patienter og gennemføre aktivitet ud af huset."

(M01 PC Ballerup, Region Hovedstaden)

4.3.4 Nye retningslinjer og andre organisatoriske tiltag omkring anvendelse af tvang

Flere regioner har haft fokus på at forbedre den organisatoriske kvalitet i forhold til at forebygge og anvende tvang blandt andet ved hjælp af opdaterede fælles psykiatriske retningslinjer vedrørende anvendelsen af tvang, indførelse af en politik omkring anvendelse af tvang og handleplaner, der skal reducere bæltefikseringer.

Kombinationen af: systematiske risikovurderinger, kendskab til patientens mestringsstrategier, målrettede aktivitetstilbud, anvendelse af deeskalerende kommunikation og kritiske reviews af tvangsepisoder samt anvendelse af data til at målrette indsatsen, har vist sig at være væsentlige ingredienser i forebyggelsen af tvangsepisoder på de deltagende afsnit.

Den væsentligste erfaring fra projektet er, at disse tiltag må kombineres i en samlet indsats frem for at stå alene. Det kræver dog en målrettet organisatorisk indsats at få etableret disse strukturer, optimeret arbejdsgange på afsnittene, etableret fælles retningslinjer og etableres en datapraksis, så der kan arbejdes målrettet med forebyggelse af tvang på forskellige organisatoriske niveauer på samme tid.

4.4 Delkonklusion

Patienttilfredsheden på de udvalgte LUP-psykiatrispørgsmål er overordnet uændret i projektperioden 2012-2014. Projektafsnittenes arbejde med forbedring af kvalitet i den anvendte tvang og forbedring af dialog med patienten, skinner således ikke igennem i form af en forbedring af patienttilfredsheden. Eksempelvis er det fortsat cirka halvdelen af de patienter, som har oplevet tvang, der har svaret at det foregik på en ordentlig måde. Mens hver tredje slet ikke syntes, at det foregik på en ordentlig måde. Det har ikke ligget inden for evalueringens rammer at undersøge nærmere, hvad der konkret ligger til grund for patienternes svar. Inddragelse af pårørende i behandlingen har primært været et fokus på det gerontopsykiatriske afsnit og på de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit.

En stor del af det deltagende personale svarer imidlertid, at projektet har forbedret kvaliteten af den anvendte tvang på de deltagende psykiatriske afsnit. Det er især kvaliteten af den forebyggende indsats overfor tvang, der opleves at være blevet forbedret.

Det er kun enkelte projektteam, som beskriver konkrete dokumenterede kvalitetsforbedringer af den anvendte tvang i teamets slutrapport. Der er imidlertid arbejdet med forbedring af opfølgningen, primært eftersamtaler og reviews. Dels er der arbejdet med at gøre fysisk magtanvendelse mere skånsom. Enkelte afsnit observerer bæltefikserede patienter mere systematisk med en bæltejournal eller en særlig plejeplan. Enkelte oplyser at de tilbyder fikserede patienter aktivitetsmuligheder.

Der er sket forbedringer i den organisatoriske kvalitet, ved at tvangsdata i højre grad er tilgængelige for ledelse og personale på afsnittene. Flere regioner har udarbejdede særlige retningslinjer for tvang, handleplaner for nedbringelse af bæltefikseringer og politik om tvang. Nogle afsnit har lavet ændringer i arbejdsorganiseringen og oplever en forbedret kvalitet ved at have en fast 'aktivitetsperson', der tages ud af dagsnormeringen til at lave aktiviteter med patienten. Andre afsnit har indført en mere fleksibel normering og teamstruktur, så der kan være mere personale til sted i spidsbelastnings situationer.

Kombinationen af: systematiske risikovurderinger, kendskab til patientens mestringsstrategier, målrettede aktivitetstilbud, anvendelse af deeskalerende kommunikation og kritiske reviews af tvangsepisoder, har vist sig at være væsentlige ingredienser i forebyggelsen af tvangsepisoder på de deltagende afsnit. Det kræver dog en målrettet organisatorisk indsats at få etableret disse strukturer, optimeret arbejdsgange på afsnittene, etableret fælles retningslinjer og etableres en datapraksis, så der kan arbejdes målrettet med forebyggelse af tvang på forskellige organisatoriske niveauer på samme tid.

5 Aktiviteter som middel til forebyggelse af tvang

Det har været et særligt formål med projektet at udvikle tilbud om aktiviteter som redskaber til at nedbringe anvendelsen af tvang. I kapitlet evalueres det, hvorvidt der er lykkes at udvikle flere aktivitetstilbud til indlagte patienter på de deltagende afsnit. Desuden evalueres det, hvorvidt tilbuddet om flere aktiviteter har haft en effekt i form af nedbringelse af tvang.

Kapitlet bygger primært på projektdeltagernes slutrapporter og de regionale selvevalueringer samt spørgeskemaundersøgelserne for deltagerne på afsnittene og de regionale implementeringsgrupper. Resultaterne fra LUP-Psykiatri omkring patienttilfredshed om aktivitetstilbud indgår også i evalueringen.

Aktiviteter er i projektet defineret meget bredt som både fysiske, sansemæssige såvel som kreative, sociale og andre miljøterapeutiske aktiviteter. Aktiviteterne er blevet tilbudt som både gruppeaktiviteter eller som individuelt målrettede aktivitetstilbud. Det øgede fokus på aktiviteter har medført kompetenceudvikling af dette område for primært det sundhedsfaglige personale, og medført ændringer i arbejdsgange og organiseringen i afsnittene.

Der er udarbejdet et Inspirationskatalog i forbindelse med afrapporteringen af projektet, som uddyber aktiviteter, som de deltagende afsnit har fremhævet som succesfulde tiltag, de har arbejdet med i projektet[26].

I afsnit 5.1 beskrives de forskellige former for aktiviteter. Herefter følger afsnit, der ser på patientinddragelse og det forebyggende sigte med at anvende aktiviteter som et middel til nedbringelse af tvang.

5.1 Øget tilbud om aktiviteter

Der er i løbet af projektperioden sket en markant øgning af tilbud om aktivitet i alle regioner på de deltagende afsnit. Både i dag og aftenvagt samt weekend er der nu i langt højere grad tilbud om aktiviteter end før projektets start. Ligeledes er aktiviteter, der var etableret før projektstart blevet kvalificeret og videreudviklet. Flere regioner har haft aktiviteter som hovedsatsning for satspuljeprojektet:

> *"...hovedsatsningen i indsatsen for nedbringelse af tvang har i Region Sjælland været, at få flere aktivitetstilbud til patienterne under indlæggelse. Og det mål er opfyldt! Alle projektafsnit har udvidet antallet og bredden af aktiviteter i projektperioden – også om aftenen og i weekender, hvor patienterne meddelte, at de manglede tilbud og kedede sig."*
>
> (Selvevaluering, Region Sjælland)

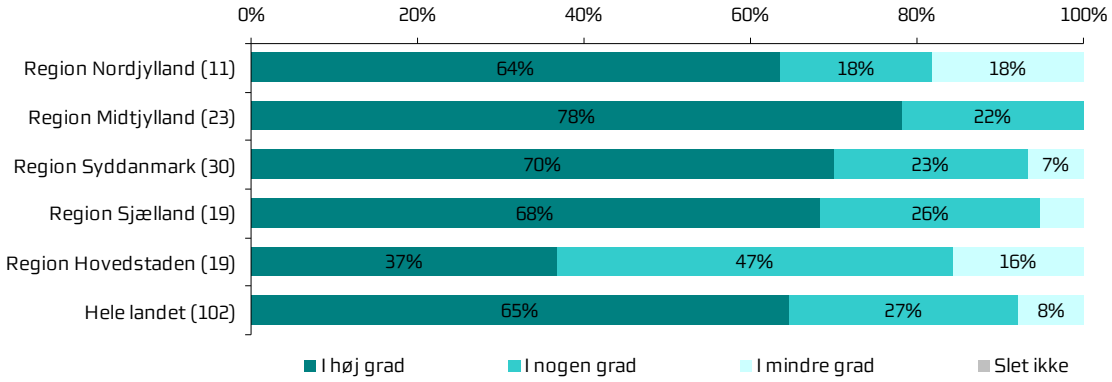
> *"Formålet med projektet var at reducere anvendelsen af tvang via fysisk aktivitet."*
>
> (Selvevaluering, Region Syddanmark)

Spørgeskemaundersøgelsen blandt deltagerne på afsnittene understøtter, at der i høj grad tilbydes motion og fysiske aktiviteter som en del af den daglige praksis på afsnittene. Som det fremgår af figur 5.1 vurderer 92 % af deltagerne, at alle patienter "i høj grad" eller "i

26 Høgh, H (2015): Inspirationskatalog – erfaringer fra satspuljeprojektet om nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland kan findes på hjemmesiden http://tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk

nogen grad" har mulighed for motion hver dag, mens 8 % vurderer, at det kun er i mindre grad der er mulighed for daglig motion. Der er nogen regional variation, hvor deltagerne fra Region Hovedstaden er mindst enige i, at patienterne har mulighed daglig motion. Mens deltagerne i Region Midtjylland er mest enige i at motion tilbydes dagligt.

Figur 5.1: Alle patienter har hver dag mulighed for fysisk aktivitet (motion)



I løbet af projektperioden er der samlet set blevet afprøvet og implementeret over 200 forskellige aktivitetstilbud, der er målrettet patienter. Aktiviteterne er blevet udviklet gennem hele projektperioden og har været rapporteret i projektdeltagernes månedlige rapporter. De patientrettede aktiviteter kan defineres som tiltag, hvor patienten er aktiv deltager og direkte involveret enten i samarbejde med personale, andre patienter eller ved selvstændig indsats. Det overordnede fælles formål med tiltagene er at styrke patientens mulighed for inddragelse i egen behandling og finde alternative muligheder, redskaber og strategier, der kan benyttes af patienten til at forebygge anvendelse af tvang.

De tilbudte aktiviteter kan groft inddeles i 3 underkategorier, som alle har vist sig at være værdifulde i forebyggelsesindsatsen om nedbringelse af tvang i projektet[27]:

1. Fysisk aktivitet og motion fx: morgengymnastik, cirkeltræning, styrketræning, fluesmækkerhockey, badminton, floorball, volleyball, danse zumba, gå- og løbeture, mountainbike, fitness, svømning, boksning på sandsæk, motionscykling, crosstraining mv.

2. Sansemæssige aktiviteter fx: mindfullness, afspænding, yoga, ball stick massage, kuldeterapi med isterninger, massagestol, kugledyne, kugleveste, knætæpper, stillerum mv.

3. Sociale og andre miljøterapeutiske aktiviteter fx: filmaften, spilleaften, udflugter, havearbejde, fællesspisning, Almindelig Daglig Levevis (ADL)-træning mv.

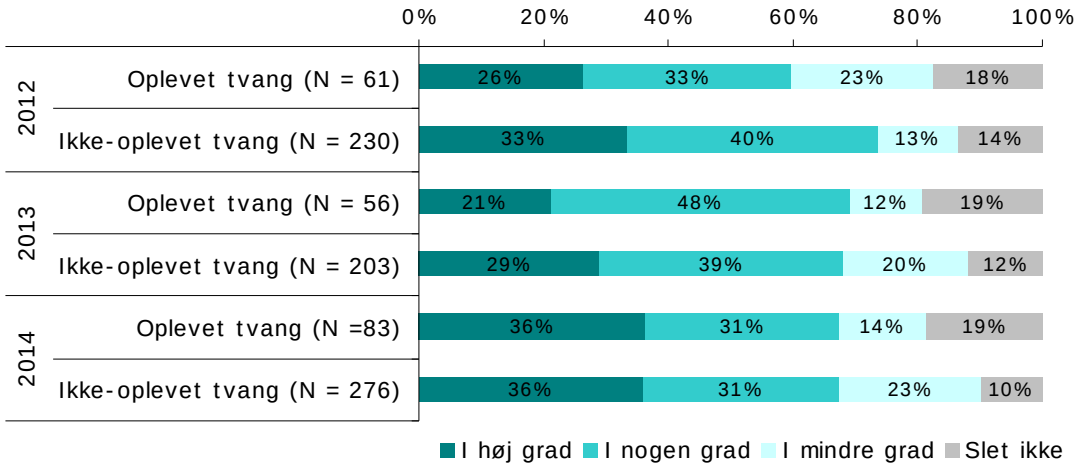
Når der i evalueringen henvises til patienternes eller projektdeltagernes vurdering af aktivitetstilbud, kan der således være tale om aktiviteter indenfor alle tre underkategorier, hvis ikke andet er oplyst.

27 Se projektets Inspirationskatalog for mere information om aktiviteter (http://tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk)

5.1.1 Patienternes tilfredshed med aktivitetstilbud

I projektet er der ikke lavet en decideret patienttilfredshedsundersøgelse af tilfredsheden med aktivitetstilbuddene på de deltagende afsnit. Til det formål anvendes den nationale LUP-Psykiatri undersøgelse[28], der rummer spørgsmål om dette. I spørgeskemaet er det muligt at matche tilfredshed med aktiviteter set i forhold til om patienten har oplevet tvang eller ej under indlæggelse.

Figur 5.2: Er du tilfreds med de aktiviteter, du kunne deltage i under indlæggelsen?



Figur 5.2 viser, at tilfredsheden med aktiviteter er blevet højere i projektperioden 2012-2014. Der ses en positiv udvikling i andelen af "i høj grad" tilfredse, og det er for de patienter, der har oplevet tvang, denne udvikling er tydeligst.

I undersøgelsen for 2014, er 36 % af patienterne "i høj grad" tilfredse og 31 % "i nogen grad" tilfredse med aktivitetstilbuddene. Tallene er ens for patienter, som har oplevet eller ikke oplevet tvang, så det ser altså ikke ud til at patienter, der oplever tvang er mindre tilfredse med aktivitetstilbuddet. Det samme var ikke tilfældet i 2012 undersøgelsen, hvor 26 % af de patienter, der havde oplevet tvang, som "i høj grad" var tilfredse, imens 33 % af dem, der ikke havde oplevet tvang "i høj grad" var tilfredse. Tilsvarende i 2012 var 33 % af de patienter, der havde oplevet tvang "i nogen grad" tilfredse, imens 40 % af dem, der ikke havde oplevet tvang "i nogen grad" var tilfredse. Hvor der kan spores en mindre fremgang fra 2012-2014 i tilfredsheden omkring aktiviteter for patienter, de har oplevet tvang, er kategorien af de mest utilfredse patienter, som har oplevet tvang, dog temmelig konstant på 18 -19 % i alle undersøgelsesårene.

28 Se afsnit 4.1. og bilag for nærmere beskrivelse af datagrundlaget for de deltagende afsnit.

Nogle af de kommentarer, der fremgår af LUP–psykiatriundersøgelsen fra de deltagende afsnit på spørgsmålet om aktiviteter er:

Patientfeedback om aktiviteter i LUP-Psykiatri 2014 til de almene voksenpsykiatriske afsnit i projektet:

- At gå tur med ledsager.
- Lidt mere fælles aktivitet mellem afdelinger. På det motions- og kreative område, måske fællesrum ledsaget af behandler på diverse afdelinger.
- Mere terapi uden medicin.
- Mere "snakterapi". Mere gruppeterapi.
- At have adgang til det åbne afsnit for at beholde det sociale med de andre. Få dyrket ture ude eller motion for at mindske overvægten. En god fysik giver bedre psyke. Dejligt med beroligende musik, når jeg er bange/urolig. Vil gerne synge og spise med de andre, så man ikke isoleres på stuen.
- Her er alle behov godt dækket ind, men der mangler et værksted til håndværkere som mig eller lignende.
- Bordtennis.
- Alternativer uden medicin.
- Afspænding. Yoga.

Selvom der i projektet er eksempler på afsnit, hvor disse aktiviteter praktiseres, er der altså forsat et forbedringspotentiale i forhold til at styrke aktivitetstilbuddene. Der kan fortsat være inspiration at hente i projektafsnittenes slutrapporter og projektets inspirationskatalog.

I flere regioner har der været indsamlet positive patienthistorier omkring anvendelse af aktiviteter, som er blevet anvendt i formidling på personalemøder. Nogle har nedskrevet 'de gode historier'. I Region Syddanmark og Region Sjælland er der blevet udarbejdet et positivt casekatalog, bestående af succesfulde historier om, hvordan tvang blev forebygget i samarbejde med patienten. Indsamlingen af cases og analyser af, hvad der kan forebygge anvendelsen af tvang i tilspidsede situationer, fremhæves som en meget brugbar metode for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark.

Flere af de deltagende afsnit nævner i deres slutrapporter, at patienterne giver udtryk for, at aktiviteter hjælper dem under indlæggelse. Disse udsagn fremkommer ofte i samtale umiddelbart efter en aktivitet er foretaget. Afsnit P4 i Risskov, Region Midtjylland har anvendt VAS-scoringer som dokumentation for, at patienten oplever en positiv effekt ved fysisk aktivitet. Patienten laver en før og eftermåling og VAS-scoringen bruges som et pædagogisk redskab til at gøre patienten bevidst om aktivitetens effekt.

I det nationale projekt er der ikke været afsat midler til at foretage en kvalitativ dataindsamling vedrørende patienters udsagn om aktivitetstilbud.

5.1.2 Det nationale brugerpanels anbefalinger omkring anvendelse af aktivitetstilbud

I projektet har der været nedsat et nationalt brugerpanel med deltagelse af de landsdækkende bruger- og pårørendeorganisationer[29]. Panelets opgave har været at medvirke til at give sparring til projektet samt kvalificere tiltag, der øger inddragelse af brugere og pårørende i behandlingen på de psykiatriske afsnit. Panelet har været positivt indstillet over for fokus på aktiviteter i projektet, men optaget af måden aktiviteterne ville blive tilbudt på. En af deltagerne i panelet formulerede det således: " det skal ske i et samarbejde og patienterne må ikke være tvangsindlagt til at skulle deltage i aktiviteter, hvis de ikke har lyst".

Panelet har givet følgende anbefalinger til projektdeltagerne:

Det nationale brugerpanels anbefalinger omkring anvendelse af aktivitetstilbud som forebyggelse af tvang i psykiatrien:

- Det er vigtigt at aktiviteterne ikke bliver mast ned over hovedet på patienterne. De skal være tilpasset den patient, der skal udføre aktiviteterne. Der skal være flere individuelt tilrettelagte forløb.

- Det må ikke blive for "skematisk". Ikke alle patienter der har brug for det samme. Nogle har brug for aktiviteter, andre har brug for ro. Derudover er det vigtigt, at aktiviteterne bliver en del af dagligdagen, så de gode tiltag bliver implementeret og forsætter, når projektet engang er slut.

- Det er ofte i aftentimerne at de fleste incidenter sker og det er problematisk, da det er her, der er mindst personale på arbejde. Når man arbejder med et psykiatrisk afsnit, kan man ikke arbejde ud fra ideen om at "alt sker inden for normal åbningstid"

- Det er vigtigt at personalet ser patienterne som mennesker, der vil snakke om fodbold etc.. Det skal ikke kun være kogekonen og rengøringsdamen, der har tid til at snakke med patienterne. Ligeværdig relation mellem personale og patienter – fordrer en holdningsændring.

- Har man som patient brug for at snakke nu, er det ikke først når psykologen har tid i morgen, at det skal ske. Der skal være tid til patienterne. Der skal ikke være langt fra man beder om hjælp til handling.

Brugerpanelet har i løbet af projektet været optaget at, at der er behov for et øget fokus på individuelle tilrettelagte forløb, hvis aktiviteter skal have en gavnlig effekt i forhold til at nedbringe anvendelsen af tvang. Det er blevet et helt centralt fokusområde i projektet på de deltagende afsnit, som er tæt forbundet med opmærksomheden på patientinddragelse i anvendelsen af aktiviteter.

[29] Se www.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk for deltagerliste over den nationale brugergruppe.

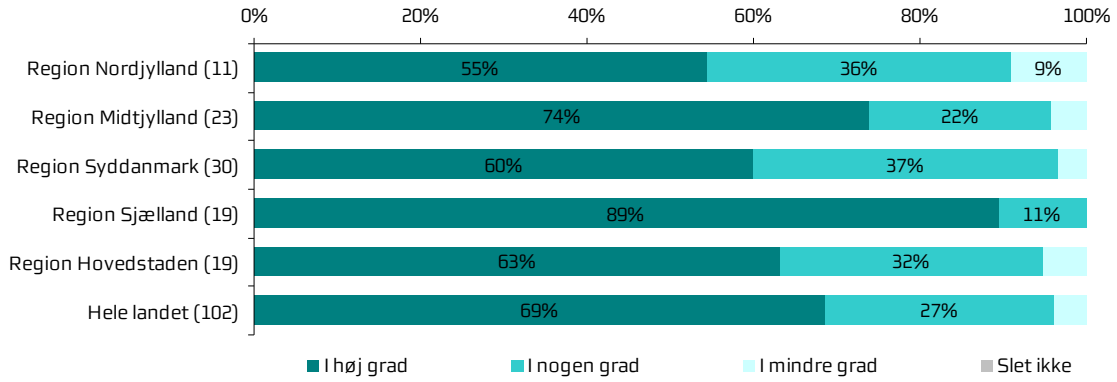
5.2 Patientinddragelse i anvendelse af aktivitetstilbud

Et væsentligt element i at tilbyde aktiviteter som redskab til at nedbringe tvang, har været at inddrage patienterne aktivt i planlægningen og gennemførelsen af aktiviteter under indlæggelse, samt at inddrage patientens egne erfaringer omkring anvendelse af aktivitet til håndtering af svære situationer. Begge tilgange til patientinddragelse bygger på erfaringer fra tidligere gennembrudsprojekter om, at aktiviteter bør tage udgangspunkt i patienternes ønsker og kunne tilpasses den enkelte patient.

Aktivitet med fordel kan italesættes hurtigst muligt efter indlæggelse. Det kan være en integreret del af en indlæggelsessamtale eller foregå som en samtale med særskilt fokus på aktivitet og forebyggelse af tvang.

Næsten alle 34 deltagende afsnit har implementeret en fast praksis for, at der gennemføres en samtale med patienten om vedkommendes egne erfaringer med aktiviteter og mestring af svære situationer. Figur 5.3 viser, at 98 % af deltagerne på projektafsnittene vurderer, at personalet "høj grad" eller "i nogen grad" taler med patienten om egne erfaringer med mestring.

Figur 5.3: Personalet taler med patienterne om patienternes erfaringer med at mestre uro, angst og vrede



Som det fremgik af kapitel 4 afspejles denne vurdering afspejles ikke, i et ligende spørgsmål til patienterne i LUP-psykiatari undersøgelsen i 2014. Her spørges patienterne om:" Havde du en samtale med personalet om, hvad der kan virke beroligende på dig, da du blev indlagt?". Svarfordelingen viser, at 25 % af de patienter, der oplevede tvang under indlæggelse ikke fik tilbudt sådan en samtale, men ville have ønsket det. Der er altså ikke helt overensstemmelse mellem personalets og patienternes oplevelse af at få tilbudt samtale om, hvad der kan virke beroligende på patienten. Der ser ud til fortsat at være et forbedringspotentiale omkring inddragelse af patienternes egne erfaringer i behandlingen via samtale.

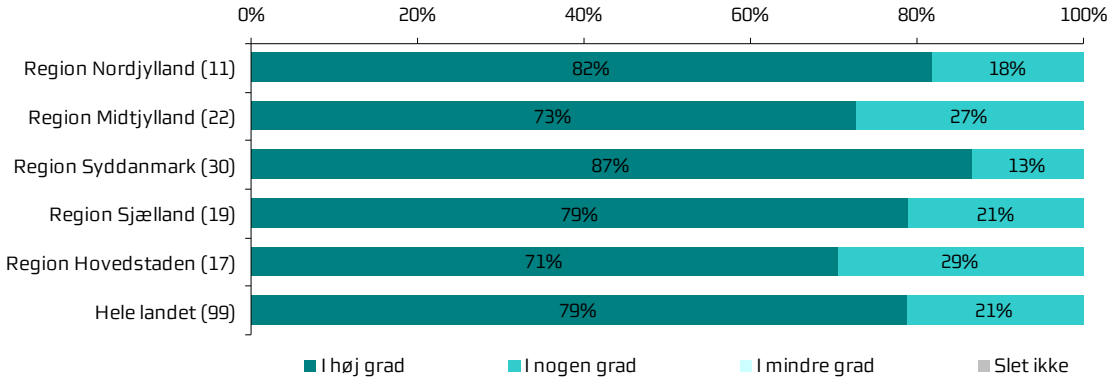
For at understøtte personalet i at inddrage patienternes egne erfaringer og ønsker til målrettede aktiviteter under indlæggelse, er der, i lighed med tidligere gennembrudsprojekter, blevet arbejdet med forskellige former for mestringsplaner, strategikort, kriseplaner og patientmøder. Disse faglige metoder og redskaber fremhæves af næsten alle deltagende afsnit som væsentlige elementer i at arbejde med patientinddragelse og forebyggelse af tvang.

"..de deltagende teams har arbejdet målrettet med at indføre mestringsanalyser og -strategier. Et væsentligt element i disse er inddragelsen af patienten i valget af strategier/aktiviteter med henblik på at mestre egen uro og forebygge tvang."

(Selvevaluering, Region Midtjylland)

Der er på afsnittene blevet indført en systematik i at arbejde med disse redskaber, som giver væsentlig information i forhold til at kunne samarbejde med den enkelte patient og tilrettelægge en forebyggende indsats også i den akutte situation. I spørgeskemaundersøgelsen svarer 79 %, af deltagerne på afsnittene, at de "i høj grad" mener, at fysisk aktivitet har en positiv effekt og med fordel kan indgå i patientens individuelle mestringsstrategier. 21 % svarer "i nogen grad" til spørgsmålet, men ingen er uenige i dette jf. figur 5.4.

Figur. 5.4: Fysisk aktivitet har ofte en positiv effekt og kan med fordel indgå i patienters individuelle mestringsstrategier



I forhold til at inddrage patienter i planlægning af, hvilke aktiviteter der skal tilbydes på afsnittet, har der været forskellige initiativer på de deltagende afsnit. Mange afsnit har indført faste morgen- eller aftenmøder, hvor patienterne har mulighed for at komme med forslag til aktiviteter fx filmaftner, fællesspisning, udflugter, kreativt værksted etc. såvel som mountainbikecykling og forskellige boldspil på udendørs multibane. Fællesskabet om at indgå i planlægning og gennemførelse af disse aktiviteter er med til at stimulere patienternes medindflydelse og medansvar for deres egen dagligdag under indlæggelse.

"Patientmøder afholdes hver 14. dag, hvor alle temaer som relaterer sig til, hvordan det er at være på afsnittet kan drøftes. Erfaringen er, at det inddrager patienternes perspektiv på en god måde. Mange relevante forslag, som også giver patienterne ansvar for, hvordan miljøet skal være, drøftes her.

(Afsnit 809+811 PC Hvidovre, Region Hovedstaden)

Det kan også bestå i at indgå i at opretholde almindelig daglig levevis, kaldet ADL træning, hvor patienterne dækker bord, rydder op og foretager almindelige gøremål.

" En patient havde fastlagt, at hun stod for eftermiddagskaffen hver dag. Hun kørte sit helt eget show, og personalet kunne sådan set overlade det til hende. Hun udtrykte selv: "Det her, det er simpelthen bare så dejligt. Fantastisk, at man kan få lov til at være et almindeligt menneske".

(Afsnit 41 Augustenborg, Region Syddanmark)

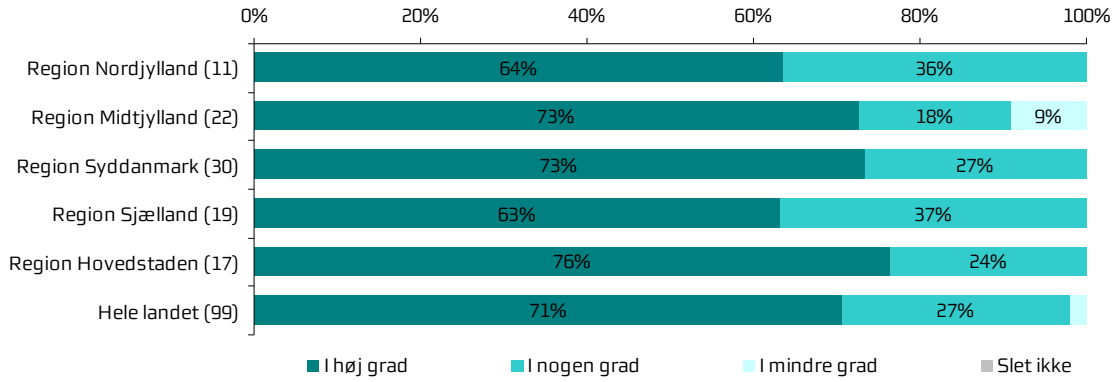
Patientinddragelse på forskellige niveauer, både individuelt og i fællesskab med andre, er begge vigtige forhold til at kunne tilbyde relevante og vedkommende aktiviteter under indlæggelse, og som en integreret del af behandlingen. Begge former for inddragelse kan virke forebyggende i forhold til anvendelse af tvang.

5.3 Forebyggelse og nedbringelse af tvang med anvendelse af aktivitetstilbud

I projektet kan arbejdet med patientinddragelse i aktiviteter kobles med forskellige niveauer for forebyggelse af tvang. Dels generelle tilbud om aktiviteter for alle patienter som kan være en del af den faste grundstruktur på afsnittet, fx morgengymnastik. Formålet med disse aktiviteter er at forebygge, at uro og konflikter opstår i al almindelighed. Dels individuelt målrettede aktivitetstilbud til patienter, der viser tegn på urolig, selvskadende eller konfliktfyldt adfærd. Her har formålet været at understøtte den konkrete patient i mestring af sin tilstand, skabe afledning og stabilisering uden anvendelse af tvang. Disse aktiviteter kan ikke skemalægges men må tilbydes ad hoc, når patienten efterspørger dem eller personalet vurderer et behov.

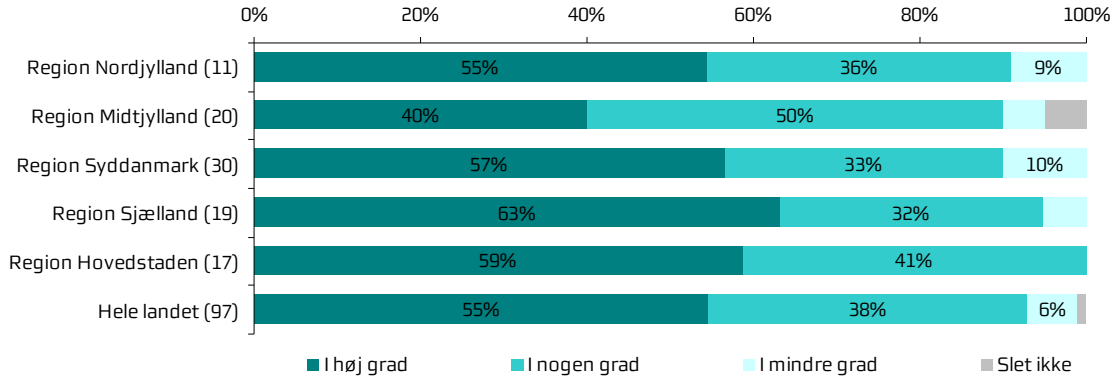
I spørgeskemaundersøgelsen har projektdeltagerne fra afsnittet vurderet, hvorvidt de mener generelle tilbud om aktivitet kan være et middel til at reducere konfliktniveau og uro på afsnittet. Der er en ret entydig vurdering af dette spørgsmål, hvor 71 % svarer "i høj grad" og 27 % svarer "i nogen grad". Kun 2 % af deltagerne svarer "i mindre grad" jf. figur 5.5.

Fig. 5.5: Aktivitetstilbud kan reducere konfliktniveauet og uro på afsnittet



Det er i lige så høj grad projektdeltagernes vurdering, at de individuelt målrettede aktivitetstilbud, der bygger på patientens viden om egne reaktionsmønstre og hvad der kan 'trigge' dem, kan omsættes til målrettede aktiviteter, der kan være med til at forebygge bæltefikseringer. I alt 93 % af alle deltagerne på afsnittene er "i høj grad" eller "i nogen grad" enige i dette jf. figur 5.6.

Figur 5.6: På mit afsnit, er der i perioden 2013-2014 eksempler på, at målrettede aktivitetstilbud sandsynligvis har forebygget at konkrete patienter er blevet bæltefikseret



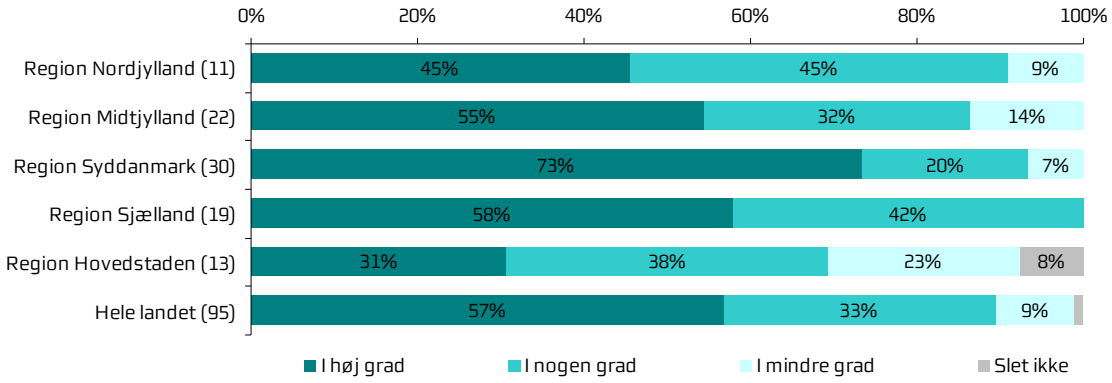
Besvarelserne viser, at der er behov for begge former for aktivitetstilbud på de psykiatriske afdelinger i forhold til at kunne arbejde forebyggende med anvendelse af tvang.

For de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit er der også gode erfaringer med at anvende både generelle og individuelt målrettede aktiviteter. På Ungdomspsykiatrisk afsnit i Roskilde, Region Sjælland har der været gode erfaringer med at tilrettelægge individuelle skemaer med aktiviteter, som tilpasses den unges aktuelle tilstand. På ungeafsnittet i Esbjerg Region Syddanmark er der også fokus på begge former for aktiviteter, men der er især fokus på at arbejde med kreativitet i personalegruppen ift. at nedbringe tvang og fokus på at gøre noget anderledes som fx at bestille pizza i opkørte situationer eller have en "akutbakke" med cigaretter. I Odense arbejder det ungdomspsykiatriske afsnit med kreative teambuilding aktiviteter for at træne samvær og samarbejde blandt de unge.

5.4 Konkrete aktivitetstilbud med god forebyggende effekt

I projektdeltagernes slutrapporter er der især et tiltag: ball stick-massage, som fremhæves med positiv forebyggende effekt. Projektteam i Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Midtjylland vurderer alle, at ball stick er anvendt med god effekt for urolige patienter. Ball stick-massage har været meget populært blandt patienterne. Der findes flere eksempler på, at ball stick massage har erstattet anvendelse af PN medicin, fordi patienter har efterspurgt det. I Region Sjælland er der ligefrem blevet indført et begreb, der kaldes "PN ball stick", på et retspsykiatrisk afsnit. I spørgeskemaundersøgelsen er der spurgt specifikt til projektdeltagernes vurdering af, hvorvidt ball stick med fordel kan tilbydes urolige patienter på afsnittet jf. figur 5.7. I alt 90 % af deltagerne svarer "i høj grad" eller "i nogen grad" og bekræfter tiltagets positive effekt.

Figur 5.7: Ball stick-massage har ofte en positiv effekt og kan med fordel tilbydes urolige patienter på afsnittet



" Der opleves god effekt ved at tilbyde ballstick massage til patienterne. De oplever større grad af ro, bliver mere afspændt/afslappe og har lettere ved at falde i søvn. Der er eksempler på, at pt. beder om PN-medicin, og i stedet modtager ballstick massage, hvorefter der ikke er behov for medicin."

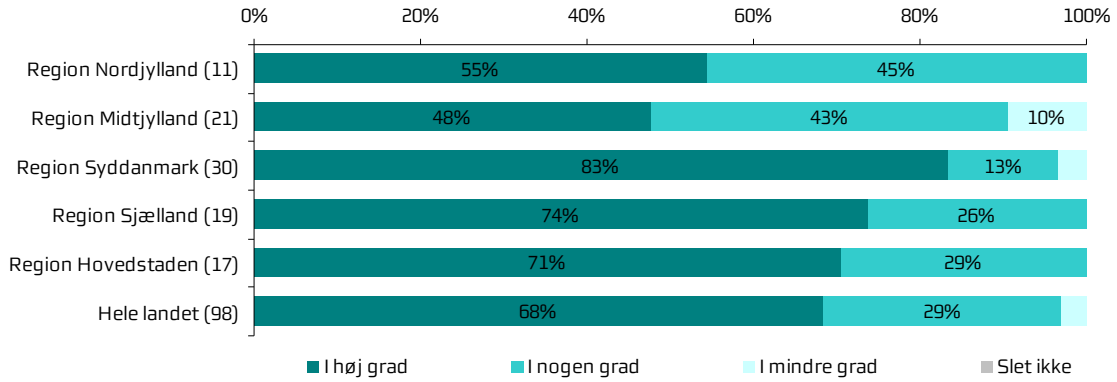
(Afsnit P4 Risskov, Region Midtjylland)

Et andet simpelt redskab, der har vundet udbredelse i de fleste regioner, er anvendelse af is som sansesimulation. Kuldeterapien består af isterninger, der findes i afsnittets akutkasse i fryseren. Tiltaget kan med fordel anvendes i den akutte fase, hvor der er overhængende fare for, at tvang kan blive en mulighed. Patienten skal holde isterninger i hænderne eller knuse dem i munden. Isen bevirker et kuldechok, som hjælper med at fjerne fokus fra

stemmer, negative og selvskadende tanker. Initiativet med kuldeterapi blev opstartet i ungdomspsykiatrien, men har i løbet af projektperioden også spredt sig til de voksenpsykiatriske afsnit.

Andre sansestimulerende aktiviteter og redskaber, der nævnes i slutrapporterne med god effekt er anvendelse af kugledyne, sensitstole mm. Figur 5.8 viser, at de deltagende afsnit vurderer, at der ofte er positiv effekt af forskellige former for sansestimulerende redskaber, der tilbydes til urolige patienter og virker forebyggende på anvendelse af tvang. I alt 97 % af projektdeltagerne svarer "i høj grad" eller " i nogen grad" til spørgsmålet og vurder, at de nævnte sansestimulerende tiltag har en positiv effekt i forhold til urolige patienter.

Figur 5.8: Andre former for sansestimulation (fx is, sensitstol, kugledyner og -veste) har ofte en positiv effekt og kan med fordel tilbydes urolige patienter på afsnittet



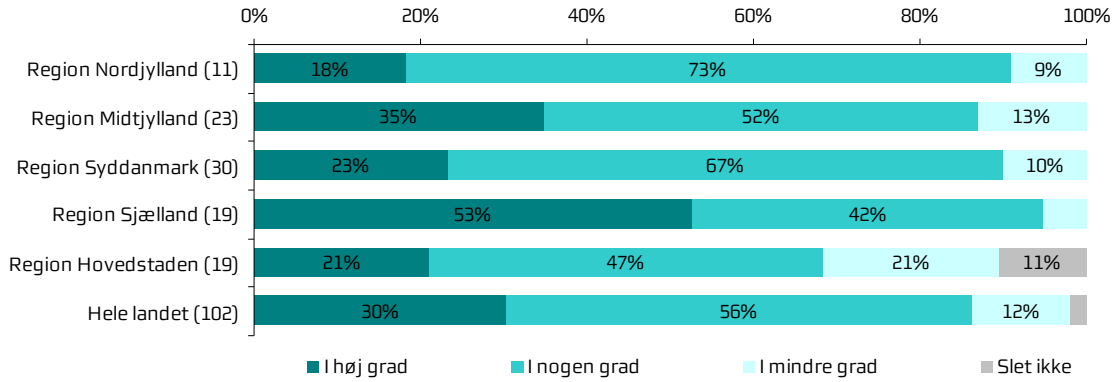
Kendskab til anvendelse af fx ball stick-massage, sansestimulation og forskellige former for fysisk aktivitet har bevirket, at der har været et behov for kompetenceudvikling hos det faglige personale. Den praktiske anvendelse af aktivitetstilbuddene har også betydet, at der har skullet foretages nogle organisatoriske ændringer og etablering af nye strukturer.

5.5 Faglig og organisatorisk udvikling omkring anvendelse af aktivitetstilbud i behandlingen

På samtlige afsnit har der været fokus på kompetenceudvikling af det sundhedsfaglige personale i at kunne tilbyde patienter aktiviteter. Især i Region Sjælland, Syddanmark og Nordjylland har der været et stort fokus på at kunne tilbyde fysiske aktiviteter og motion. Satspuljemidler har været anvendt til efteruddannelse af personale som fysiske aktivitetskonsulenter (Region Syddanmark), kurser i bevægelse i psykiatrien på LaSanta Sport (Region Sjælland) samt et internt fysisk aktivitetskursus over 3 dage (Region Nordjylland). I Region Midtjylland har der været uddannelse i NADA-akupunktur og kognitiv miljøterapi i Region Hovedstaden har der været kurser i deeskalering og konflikthåndtering.

Udover formelle kursus- og uddannelsesaktiviteter har der været afholdt lokale temadage, intern undervisning af fysio- eller ergoterapeuter og anvendt sidemandsoplæring. Disse initiativer har alle bidraget til deltagernes vurdering af, om personalet har de relevante kompetencer til at kunne tilbyde patienterne målrettede aktiviteter, se figur 5.9.

Figur 5.9: Personalet har de relevante kompetencer til at kunne tilbyde patienterne målrettede aktiviteter



I alt 86 % af projektdeltagerne vurderer, at de "i høj grad" eller "i nogen grad" har opnået relevante kompetencer til at tilbyde pateinterne målrettede aktiviteter.

I de tre regioner (Sjælland, Syddanmark og Nordjylland), hvor der har været målrettet kursusaktivitet og efteruddannelse omkring fysisk aktivitet, ser der ud til at være flest medarbejdere, der enige i dette spørgsmål. Hvorimod der er 11 % af deltagerne i Region Hovedstaden, der slet ikke mener de har de relevante kompetencer.

Det har ofte krævet en holdningsbearbejdning i den samlede personalegruppe at tage opgaven omkring aktivitetstilbud ind i det daglige arbejde. Især for det sundhedsfaglige personale, som måske ikke har betragtet aktiviteter som en del af deres kerneopgaver:

> *"I starten af projektet havde personalegruppen markante forbehold så som" ikke mere nyt", "hvordan skal vi nå det også?", "skal vi nu lave mere igen?" osv. Disse bekymringer er nu ikke længere en del af dagligdag, men det er fortsat nødvendigt, at minde hinanden om, at tænke og handle anderledes i projektets retning."*
>
> (Afsnit E31+E32, Vejle, Region Syddanmark)

Der er enkelte afsnit, der oplyser, at det har været svært at motivere og involvere hele personalegruppen i at lave aktiviteter med patienterne. I disse afsnit er det primært projektteamet, der er kommet til at være bærer af udførelsen og tilbuddet om aktiviteter. I andre afsnit har der været ansat flere terapeuter i projektperioden til at stå for at iværksætte flere aktiviteter til særligt dårlige patientgrupper.

Flere afsnit udtrykker i deres slutrapporter, at de oplever en større arbejdsglæde ved at lave aktiviteter sammen med patienterne.

> *"Aktiviteter er blevet en naturlig og integreret del af behandlingen for alle patienter. Vi oplever det ligeledes positivt for egen arbejdsgælde og stolthed, at vi efterhånden har mange succeser med diverse aktiviteter og, at vi har mange flere forskellige tilbud til patienterne."*
>
> (Afsnit P4 Risskov, Region Midtjylland)

I slutrapporterne fra de deltagende afsnit vurderes det generelt, at projektet har været med til at styrke personalets faglighed i forhold til at forebygge anvendelse af tvang. Personalet har fået opbygget flere handlemuligheder og tør afprøve flere alternative metoder før der anvendes tvang end før projektstart.

5.5.1 Aktiviteter en del af afsnittes grundstruktur

Aktiviteter er blevet anvendt som en fast del af afsnittets grundstruktur, hvor fysisk aktivitet og motion, eller sansestimulerende aktiviteter bliver tilbudt under ledelse af en medarbejder eller fysioterapeut efter en dags- eller ugeplan.

For at understøtte det daglige fokus på tilbud om aktiviteter har flere afsnit haft gode erfaringer med at ændre på deres organisering ved at udpeget en særlig 'aktivitetsperson' eller 'miljøperson'. Aktivitetspersonen er typisk til rådighed for patienterne i dagvagten og kan have et særligt fokus på at planlægge aktiviteter ved vagtskifte, så der opleves mindre uro for patienterne. Aktivitetspersonen tages ud af dagsnormeringen, og beskæftiger sig kun med patienterne, hvilket både patienter og øvrig personale oplever som positivt, fordi det skaber mere ro og færre afbrydelser.

For at optimere udnyttelsen af aktivitetsmedarbejdere, og engagere flere patienter, har flere afsnit organiseret især de fysiske og sociale tilbud om fx løbeture og udflugter ud af huset, med andre afsnit eller afdelinger. Der er også gode erfaringer med at kombinere motion med psykoedukationsgrupper på tværs af afdelinger, så flere patienter bliver motiveret til bevægelse og samtidig får mere indsigt i deres egen behandlingssituation og muligheder. I Region Syddanmark og Region Nordjylland samarbejder den regionale psykiatri med kommunale idrætstilbud, som er målrettet mennesker med en psykiatrisk lidelse.

5.5.2 Nyindretning af fællesarealer skal stimulere sociale og andre miljøterapeutiske aktiviteter

Flere afsnit har gjort deres fællesmiljø mere indbydende og 'hjemligt' med nye møbler, malerier, blomster touch and play-skærme med forskellige app's med musik og spil. Nogle afsnit er gået radikalt til værks. Fx har et enkelt afsnit helt omstruktureret deres fysiske miljø ved at rive personalestuen ned og lave et såkaldt 'front-office' og 'back office'. Front-office er ude i fællesarealet, hvor der er bygget nogle særlige arbejdsstationer, hvor det meste af det sygeplejefaglige arbejde og samtale med patienten foregår. Back-office er et lille kontor med 3 arbejdsstationer, hvor personalet kan behandle personfølsomme oplysninger og foretager forskellige dokumentationsopgaver. Erfaringerne er:

> *"Det gamle personalekontor indeholdt mange funktioner, samt var opholds- og gennemgangstue for personalet. Det var ofte i døråbningen til kontoret, at patienterne henvendte sig og modtog evt. afslag på ønsker. Dette gav anledning til en del konflikter. Det nye front office giver patienterne en tættere dialog med personalet i et mere neutralt område. "*
>
> (M01 PC Ballerup, Region Hovedstaden),

Flere afsnit har eksperimenteret med at indrette såkaldte 'stillerum', også kaldet 'time-out rum' eller 'komfortrum'. Tanken er at have et rum, der kan indrettes efter patientens behov. Der kan være dæmpet og farvet belysning, musik, beroligende naturlyde, billeder af natur fx grønne træer eller bølgende kornmarker. Det fysiske rum giver patienten mulighed for at falde til ro og føle sig tryg.

5.6 Samlede erfaringer omkring aktiviteter som et redskab til at forebygge tvang

Der er blevet afprøvet og implementeret over 200 forskellige aktivitetstilbud i projektet, hvilket betyder, at målet om at øge tilbuddene om aktiviteter i psykiatrien er nået. I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 92 % af deltagerne, at patienterne har mulighed for fysisk aktivitet hver dag. Spørgsmålet er, om de mange aktiviteter forebygger anvendelsen af tvang? Det kan der ikke gives et entydigt svar på.

I spørgeskemaundersøgelsen giver en stor del af projektdeltagerne udtryk for, at aktivitetstilbud generelt, og mere specifikt målrettet enkelte patienter, kan være med til at skabe ro og reducere konfliktniveauet på afsnittet. Disse tal svar tyder på, at aktiviteter har et stort forebyggelsespotentiale og kan være med til at reducere anvendelsen af tvang.

Men erfaringerne fra godt to års projektarbejde er, at det ikke er nemt at nedbringe anvendelsen af tvang markant. Selvom afsnittene har indført mange nye aktivitetstilbud har det ikke ført til en markant reduktion af tvangsanvendelsen.

I slutrapporter fra deltagerne i projektet findes vurderingen, at det er kombinationen af: systematiske risikovurderinger af patienterne, kendskab til patientens mestringsstrategier, målrettede aktivitetstilbud, anvendelse af deeskalerende kommunikation, tværfaglig refleksion og kritiske reviews af tvangsepisoder, som kan forebygge tvangsepisoder.

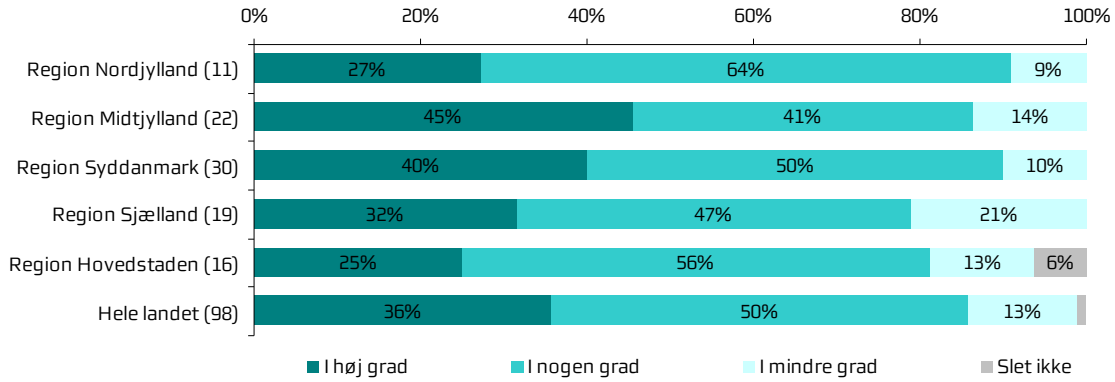
Den væsentligste erfaring fra projektet er, at disse tiltag må kombineres i en samlet indsats frem for at stå alene. Det kræver derfor en målrettet organisatorisk indsats at få etableret disse strukturer og optimeret arbejdsgange på afsnittene, så der kan arbejdes målrettet med forebyggelse af tvang på forskellige niveauer på samme tid.

Det kan derfor ikke entydigt konkluderes, at øget tilbud om aktivitet på de deltagende afsnit nødvendigvis fører til nedbringelse af tvang. Men det er med projektet dokumenteret, at det er én af faktorerne, der kan bidrage til det.

De individuelt målrettede aktiviteter, bliver ofte anvendt som led i patientens mestringsstrategi og dermed med et direkte forebyggende sigte. Denne individuelle indsats fremhæves ofte som succesfuld i forhold til at undgå tvang i deltagernes månedsrapporter. Her findes er der mange enkeltstående eksempler på, at målrettede aktiviteter kan føre til, at der ikke bliver anvendt fx bæltefiksering. Det individuelle fokus har også været en af anbefalingerne fra det nationale brugerpanel i forhold til at anvende aktivitet som et middel mod tvangsanvendelse.

Men deltagerne fra afsnittene giver også udtryk for, at de ikke mener, at alle bæltefikseringer vil kunne forebygges alene ved aktivitetstilbud og kommunikation. I spørgeskemaundersøgelsen svarer 36 % af deltagerne, at de " i høj grad" er enige i spørgsmålet om, at nogle bæltefikseringer ikke kan forebygges med målrettede aktiviteter eller kommunikation. 50 % er "i nogen grad" enige i dette, jf. figur 5.10. Det betyder, at 86 % af deltagerne faktisk mener, at aktivitet og kommunikation alene ikke kan nedbringe antallet af bæltefikseringer. Region Hovedstaden er den eneste region, hvor der er deltagere, der er uenige i, at bæltefikseringer ikke kan forebygges med kommunikation og målrettede aktiviteter.

Figur 5.10: Nogle bæltefikseringer kan ikke forebygges med kommunikation og målrettede aktiviteter



Kompetenceudvikling omkring aktiviteter har ikke stået alene i projektet. Relativt hurtigt i projektet blev deltagerne opmærksomme på, at træning i deeskalerende kommunikation, træning i anvendelse af Bröset Violence Checklist (BVC), undervisning i at lave aggressionsprofiler mv. var kompetencer, der var nødvendige, hvis anvendelsen af tvang skulle reduceres jf. kapitel 4. BVC scoringen anvendes konstruktivt til at arbejde med patientens om vedkommendes mestringsstrategier og virkningsfulde aktivitetstilbud, og er fuldt implementeret på de fleste afsnit. Forebyggelsen af tvang må altså betragtes ud fra et bredere perspektiv, hvor anvendelsen af aktivitet kan være en særdeles brugbart middel i den samlede indsats, hvilket er beskrevet meget godt af et af de deltagende afsnit.

> *"Vi er af den klare overbevisning, at det er en meget kompleks størrelse at nedbringe tvang i psykiatrien, hvorfor det ikke kan kobles op på enkle initiativer i sig selv. Vores erfaring er, at det kræver en gennemgående holdning blandt både ledelse, læger og personale, så alle initiativer i afsnittet er tænkt ind i samme forståelse ramme. Vi forsøger således at koble vores initiativer sammen, så hvert tiltag ikke står alene, men hænger sammen i det daglige arbejde, uanset om det handler om mestringsarbejde, deeskalerende kommunikation, evaluering af tvangsepisoder, systematik omkring vurdering af den bæltefikserede pt m.v. Det er derfor vores klare opfattelse, at sammenhængen og implementeringen af diverse tiltag er det vigtigste i projektet"*
>
> (Afsnit M3 Risskov, Region Midtjylland)

5.7 Delkonklusion

Det er i høj grad lykkes at iværksætte mange forskelligartede aktiviteter, af både fysisk, sansemæssige og social karakter, på de deltagende afsnit i løbet af projektperioden. Trods de mange aktivitetstilbud tegner der sig ikke et entydigt billede af, at aktiviteter kan stå alene i indsatsen omkring nedbringelse af tvang. Men via projektet er det blevet dokumenteret, at aktivitetstilbud er et væsentligt element i en mangefacetteret indsats mod at forebygge tvangsanvendelse. Det er især de individuelt målrettede aktiviteter, der har været anvendt med et direkte forebyggende sigte via samarbejde med patienten om mestring af svære situationer. Dette gælder for alle de deltagende psykiatriområder og fremhæves især af de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit i projektet..

Samlet set er erfaringerne fra projektet, at tilbud om fysiske, sansestimulerende og sociale aktiviteter redskaber er vigtige i det forebyggende arbejde med at nedbringe tvang. Flere afsnit har oplevet, at sansestimulerende og sanseintegrerende tiltag kan fungere som et alternativ eller supplement til PN medicin og har god effekt i forhold til at dæmpe uro, angst og selvskadende adfærd. Erfaringerne fra projektet er generelt, at inddragelse af

patienter i planlægningen, udførelsen og opsamling af sociale arrangementer og aktiviteter fører flere sociale aktiviteter med sig, arrangeret af patienterne selv fx spille- eller filmaften. Både personale og patienter giver udtryk for, at det er vigtige tilbud at have på et psykiatrisk afsnit. Det kræver, at medarbejderne er indstillede på, og har mulighed for at opholde sig meget i miljøet sammen med patienterne.

Den faglige kvalitet omkring anvendelse af aktiviteter er blevet styrket for især det sygeplejefaglige personale i projektet. Flere har været på forskellige former for kurser i at tilbyde og anvende aktiviteter som en del af behandlingsarbejdet. Desuden har forskellige organisatoriske elementer styrket den fællesfaglige refleksion og læring omkring anvendelse af aktiviteter, og hvordan tvang kan forebygges. Via øget kendskab til nye metoder og handlemuligheder giver projektdeltagerne udtryk for, at de har opnået en større sikkerhed og tryghed i at håndtere komplekse og konfliktende situationer, så tvang i højere grad kan forebygges.

De væsentligste erfaringer fra projektet er, at aktiviteter og andre forebyggende tiltag må kombineres i en samlet indsats frem for at stå alene. Det kræver derfor en målrettet organisatorisk indsats at få etableret disse strukturer og optimeret arbejdsgange på afsnittene, så der kan arbejdes målrettet med forebyggelse af tvang på forskellige niveauer på samme tid.

6 Spredning og fastholdelse af projektets resultater og tiltag

Der har været et særskilt formål med projektet at sikre spredning og fastholdelse af projektets tiltag og resultater.

I projektets afsluttende fase har de deltagende afsnit og de regionale implementeringsgrupper haft til opgave at bidrage til at sprede deres erfaringer og gode praksis til andre dele af psykiatrien.

Dette kapitel sætter fokus på udfordringen med at fastholde tiltag og resultater efter projektperioden og sprede den gode praksis til andre psykiatriske afsnit. Kapitlet skal ses i sammenhæng med beskrivelsen af projektets organisering og forløb i kapitel 2, og de opnåede resultater i kapitel 3-5.

Datagrundlaget er primært de regionale implementeringsgruppers selvevalueringer og de 30 slutrapporter, som indeholder oplysninger om regionale og lokale sprednings- og fastholdelsestiltag. Der er desuden brugt oplysninger fra telefoninterview med ledere og spørgeskemaerne til de deltagere fra afsnittene.

I afsnit 6.1 redegøres for projektets nationale tiltag for at sikre spredning og fastholdelse Afsnit 6.2 ser på projektdeltagernes egne forventninger til at kunne fastholde ændret praksis og nye tiltag. Afsnit 6.3 ser på resultaterne af projektets decentrale organisering i regionale implementeringsgrupper i forhold til at styrke spredning og fastholde den ny praksis og det fremadrettede perspektiv for indsatsen.

6.1 Projektets nationale tiltag for at sikre spredning og fastholdelse

Det nationale sekretariat har haft som opgave at understøtte regionernes spredning og implementering af god praksis. Som det fremgår af kapitel 2 er dette sket på en række måder. I dette afsnit diskuteres de nationale tiltag for at afklare deres bidrag til spredning og fastholdelse.

6.1.1 Videndeling i det nationale projektnetværk mellem afsnittene i regionerne

Der har været fokus på erfaringsudveksling og videndeling i det nationale netværk i projektet. Dette er bl.a. foregået ved månedlige rapporteringer fra de deltagende afsnit. I rapporten har afsnittene defineret mål, indsatser og erfaringer med den lokale forbedringsproces, herunder hvilke nye tiltag de har afprøvet implementeret i eget afsnit.

Det nationale sekretariat har lavet sammenfattende tilbagemeldinger og perspektiveringer på alle månedsrapporter med det formål at stimulere til spredning af idéer og god praksis på tværs af regioner, helt fra projektets start. Målgruppen har også været andre ledere i psykiatrien, herunder især de afdelingsledelser og regionale psykiatriledelser, som har det ledelsesmæssige ansvar for spredning af god praksis. 46 % af deltagerne fra afsnittene vurderede, at det nationale sekretariats tilbagemeldinger har bidraget positivt til det lokale forbedringsarbejde. En af udfordringerne har været prioritering af tid til at læse afrapporteringerne.

Webinar og video har været en anden videndelingsmetode, der har været afprøvet i projektet til foredrag og dialog med og mellem projektdeltagerne. Webinar er en sammentrækning af web og seminar, hvilket betyder at det har karakter af at være et virtuelt møde, hvor

deltagerne har fået fagligt input samt mulighed for drøftelse med kompetence fagpersoner og forskere. Alle webinarer er videooptagede og gjort tilgængelige for deltagerne på Youtube. Så deltagere, der ikke havde mulighed for at være med online, efterfølgende har kunnet se indhold og diskussion af webinaret. Nogle afsnit har anvendt videooptagelserne til personalemøder, som fagligt input. Der har været varierende deltagelse fra afsnittene på webinarerne, hvilket deltagerne har begrundet med travlhed og optagede videokonferencerum. Hver 3. deltager oplyser, at webinar "i høj grad" eller "i nogen grad" har bidraget til det lokale forbedringsarbejde i spørgeskemaundersøgelsen.

Der er afholdt to nationale konferencer i projektet med det formål at stimulere erfaringsudveksling og spredning af god praksis. Den nationale konference i marts 2014 havde primært teammedlemmer fra de deltagende afsnit og medlemmer af de regionale implementeringsgrupper som deltagere. Herudover deltog repræsentanter fra Sind, LAP og Bedre Psykiatri og ledere fra psykiatrien, som potentielt kan bidrage til at sprede de gode erfaringer fra de deltagende afsnit.På konferencen blev projektets midtvejsevaluering præsenteret med de foreløbige nationale resultater. Projektdeltagerne præsenterede deres arbejde for hinanden med henblik på at skabe inspiration. Den afsluttende konference i 2015, som det nationale sekretariat arrangerer i samarbejde med Region Syddanmark, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner blev afholdt i marts 2015 som en åben konference med over 400 tilmeldte deltagere, hvor af mange er ansat på andre afdelinger og afsnit end de deltagende i dette projekt. Herudover har der været afholdt 3 læringsseminarer i hver region, som har været med til at stimulere den regionale videndeling og spredning af gode tiltag.

Danske Regioners vidensportal VIS.dk har fungeret som en elektronisk netværksplatform i projektet, med det formål at understøtte videndeling og spredning af erfaringer og resultater i projektet. Projektet er oprettet som et lukket netværk, og medlemmerne er godkendt af det nationale sekretariat. På netværkssiden **"Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015"**, har deltagerne kunnet lade sig inspirere af hinanden på tværs af afsnit og regioner. I netværket deles relevant litteratur og viden om forskellige aktiviteter, tiltag og arrangementer, og hvert team har oploadet månedsrapporter. Der har været en del kritik af udformningen af VIS.dk, hvilket blandt andet handler om den tekniske funktionalitet og den struktur VIS.dk er organiseret omkring. Effekten af denne del af spredningsindsatsen er formentlig ikke stor i sig selv. Hver 4. deltager svarede i spørgeskemaundersøgelsen, at VIS.dk havde bidraget positivt til det lokale forbedringsarbejde.

6.1.2 Selvrapportering og inspirationskatalog

Det nationale sekretariat har indsamlet beskrivelser af deltagernes egne vurderede succesfulde tiltag. Omkring 100 tiltag er blevet samlet i et inspirationskatalog, hvor de forskellige tiltag er organiserede i forskellige kategorier, men det er primært deltagernes egne beskrivelser, der søges dokumenteret. Et væsentlig udfordring er her resultaternes evidensniveau og manglende reference til forskningslitteraturen. Der har ikke været foretaget følgeforskning af projektets indsatser og resultater. I Region Hovedstaden har Jesper Bak, fra den faglige referencegruppe, udarbejdet et regionalt inspirationskatalog. Flere af redskaberne bygger på evidensbaserede metoder, der er fundet via systematiske litteraturreviews. Kataloget findes i rapporten med selvevalueringen fra Region Hovedstaden.

Inspirationskataloget kan indgå i arbejdet med at nedbringe anvendelsen af tvang på andre sengeafsnit, psykiatriske afdelinger og centre, samt regionernes videre arbejde med at nedbringe anvendelsen af tvang.

Som afslutning på projektet har de deltagende afsnit udarbejdet slutrapporter, hvor de selv evaluerer på projektforløbet og deres opnåede resultater. Ligeledes har de regionale implementeringsgrupper foretaget en selvevaluering af regionens opnåede resultater og erfaringer i projektet samt perspektiveret projektets resultater i den fortsatte indsats og strategi.

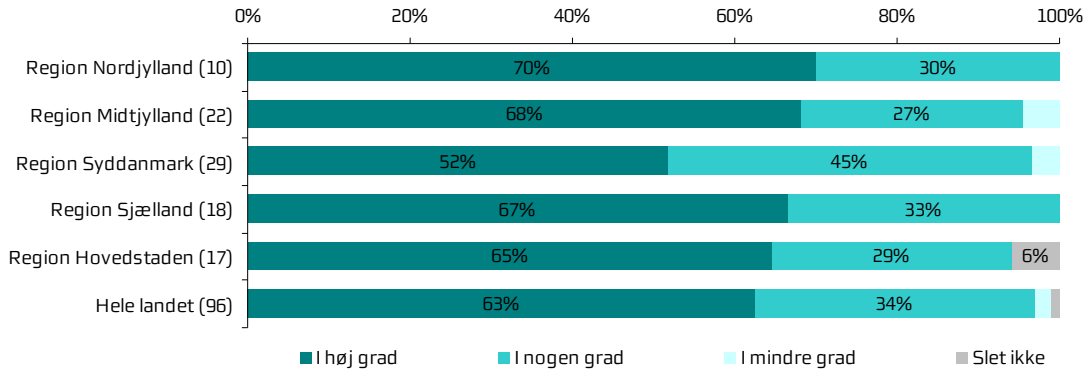
Slutrapporterne og selvevalueringerne er samlet i en fælles rapport fra hver region. Rapporterne kan ses som et redskab til spredning af viden omkring projektet i både og en regional og national sammenhæng.

I Region Hovedstaden er der blevet udviklet et selvstændigt Idékatalog med alle udarbejdede og relevante redskaber, der er afprøvet og implementeret i regionen via projektet. Idékataloget indgår som en del af Selvevalueringsrapporten fra Region Hovedstaden[30]

6.2 Projektdeltagernes egne forventninger til fastholdelse af resultater og ændret praksis

I forhold til fokus på fastholdelse af de opnåede resultater og tiltag i projektet, er de deltagende afsnit i spørgeskemaundersøgelsen, blevet bedt om at forholde sig til i hvor høj grad de er enige i to udsagn om forventninger til det videre forløb. Det ene er "Jeg tror, at de tiltag, som er afprøvet med succes i 2013 og 2014 er daglig praksis i 2015". Det andet er "Jeg tror, at mit afsnit kan fastholde de resultater vi allerede har opnået". Figur 6.1. og 6..2 viser, at cirka 2/3 af deltagerne svarer "i høj grad", mens hver tredje svarer "i nogen grad". Der er ikke store regionale forskelle, når det gælder troen på at fastholde tiltag og resultater. Deltagerne i Region Syddanmark tager lidt mere forbehold, idet kun omkring halvdelen benytter svarmuligheden "høj grad".

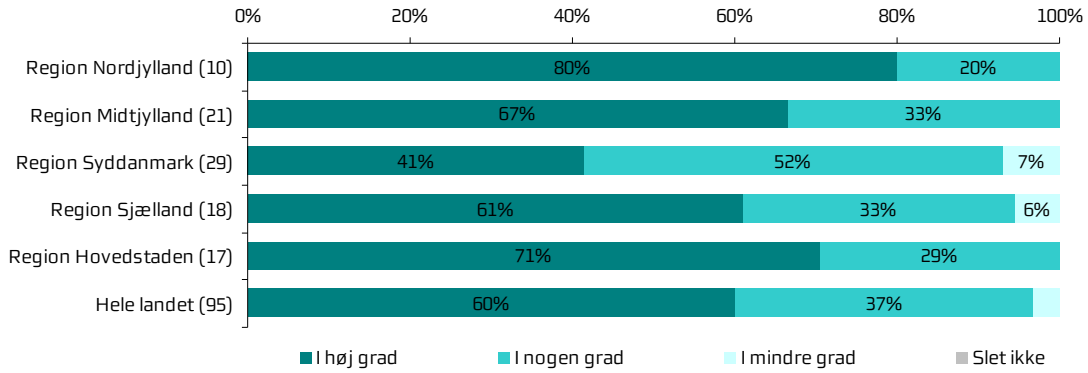
Figur 6.1: Jeg tror, at de tiltag, som vi har afprøvet med succes i 2013 og 2014, er daglig praksis i 2015



Svarfordelingerne i figur 6.1 skal ses i forhold til de opnåede resultater. Det er ikke alle afsnit, der har nedbragt antallet af tvangsepisoder.

30 Se rapporten på www.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk

Figur 6.2: Jeg tror, at mit afsnit kan fastholde de resultater, vi allerede har opnået



De fleste deltagere ser ud til at forholde sigt positivt til forventningerne om at fastholde deres nye praksis og de opnåede resultater. Det er dog en moderat tilkendegivelse, da der også er to regioner, hvor deltagerne mener, at det slet ikke kan lade sig gøre at fastholde resultaterne jf. figur 6.2. Den moderate optimisme skal også ses i lyset at, at 36 % af deltagerne mener, at nogle bæltefikseringer ikke kan forebygges med kommunikation og målrettede aktiviteter. Jf. kapitel 5 figur 5.10. Det kunne være hensigtsmæssigt at få undersøgt dette forhold nærmere i forhold til fremtidige indsatser omkring tvang og fastholdelse af de etablerede tiltag.

En af udfordringerne omkring fastholdelse er, at der i projektafsnittenes slutrapporter oplyses om stor personaleudskiftning og anvendelse af vikarer pga. vakante stillinger. Disse forhold kan virke som en barriere for fastholdelse. Imidlertid oplyser mange projektafsnit samtidigt, at de har fået implementeret tavlemøder som en fast praksis. Tavlemøder kan være et redskab, der kan have stor betydning for, at alt personale bliver aktivt involveret i faglige refleksioner samt nye handlingsorienterede initiativer i forhold til patienterne.. Tavlemøder vurderes derfor som et redskab, der kan bidrage positivt til at fastholde fokusset på indsatsen om nedbringelse af tvang og det kontinuerlige kvalitetsarbejde omkring indsatsen.

6.3 Etablering af regionale implementeringsgrupper

På det regionale niveau har der været et særligt fokus på implementering og spredning af projektdeltagernes resultater og erfaringer. Til at varetage denne opgave regionalt er der ved projektstart etableret en implementeringsgruppe i hver region. Denne projektorganisering udspringer dels af inspiration fra nyere litteratur om implementeringsforskning[31], men også af erkendelsen af, at implementering og spredning af tidligere projekters initiativer og interventioner, ikke er lykkes i tilfredsstillende omfang.

Den regionale implementeringsgruppe har haft en tværgående funktion i projektet og har primært bestået af kvalitetsmedarbejdere, udviklingsmedarbejdere, AC-medarbejdere i de regionale psykiatriadministrationer samt lokale mellemledere/funktionsledere på de deltagende afsnit. En enkelt gruppe har haft en pårørenderepræsentant med. Grupperne har

31 Fixsen, D. et. al. (2005): Implementation Research: A synthesis of the literature. Tampa, FL. National Implementation Research Network.

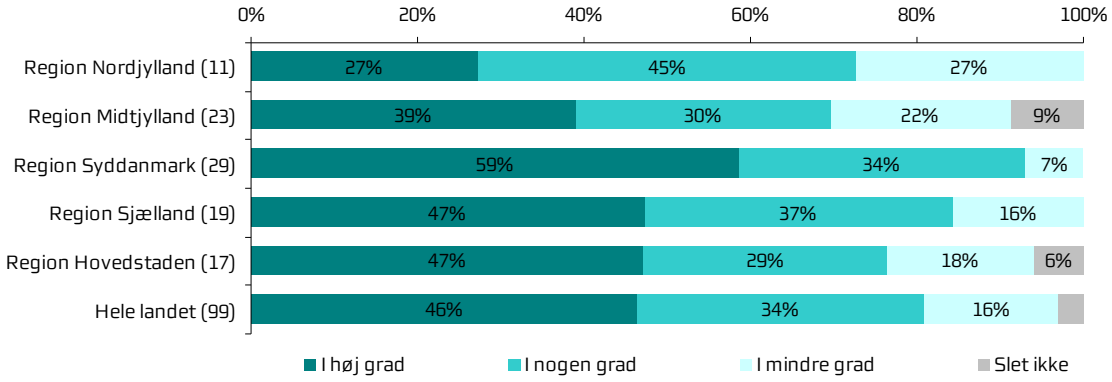
haft en noget forskellig størrelse og sammensætning i regionerne, hvilket fremgår af de regionale selvevalueringer for deltagelse i projektet[32].

Implementeringsgruppernes opgave i projektet har været at sikre fremdrift i projektet. Herunder at bistå de deltagende afsnit med data omkring tvang. De har desuden haft en vejlederfunktion i forhold til at hjælpe de deltagende projektteam med at formulere mål for indsatsen og bidrage til inspiration og videndeling mellem de forskellige projektafsnit omkring anvendelse af aktiviteter og andre tiltag om nedbringelse af tvang. De har herudover haft et særligt ansvar for at sikre lokal og regional forankring af aktiviteterne i projektet på det mere overordnede niveau.

Det har også været hensigten med etablering af implementeringsgrupperne, at de skulle forsøge at skabe en rød tråd til andre initiativer og projekter, der arbejdes med i regionerne, fx lean, recovery, bruger- og pårørendeindsatser, patientsikkerhed etc..

I spørgeskemaundersøgelsen for de deltagende afsnit er der blevet spurgt om projektteamene har haft glæde af, at projektet var organiseret med en regional implementeringsgruppe. Figur 6.1 viser, at ca. 80 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen svarede, at de "i høj grad" eller "i nogen grad" har haft glæde af den regionale implementeringsgruppe.

Figur 6.3: Vi har haft glæde af, at projektet har været organiseret med en regional implementeringsgruppe



Af deltagernes slutrapporter fremhæves vejledning og især hjælp til fremskaffelse af data om tvang som en hjælp.

I implementeringsgruppernes egne selvevalueringer af projektet, nævnes at de især har haft glæde af at være en gruppe, der har kunnet fremme koordinering mellem psykiatriadministrationen og ledelsesniveauerne og de enkelte afsnit. Implementeringsgrupperne har også stået for formidling af de regionale resultater i nyhedsbreve og på fx kvalitetsrådsmøder.

32 For en detaljeret gennemgang omkring de regionale implementeringsgruppers sammensætning: se Midtvejsevaluering og de regionale selvevalueringer på http//.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk.

6.3.1 Implementeringskursus

For at understøtte medlemmerne af de regionale implementeringsgrupper i deres indsats, har det nationale sekretariat udviklet et implementeringskursus bestående af tre moduler, som implementeringsgrupperne har gennemført. På kurset har der været indføring i dels Gennembrudsmetoden og derudover generel indføring implementerings- og diffussionsteori, metoder og redskaber. Kurserne har også fungeret som netværkssted, hvor de regionale implementeringsgrupper har kunnet udveksle erfaringer omkring barrierer og drivkræfter for implementeringsarbejdet..En kompetenceafdækning før kursusstart viste, at kun 3 ud af 27 deltagere på kurset oplyste, at de havde stor erfaring med gennembrudsmetoden, mens 10 havde meget erfaring med spredning af god praksis. 17 havde selv erfaringer med at anvende tvang i psykiatrien.

Kurset har været med til at give kompetenceudvikling og viden omkring implementering og spredning som et selvstændigt vidensfelt, der har betydning for at tilrettelægge organisatoriske forandringer i et større regionalt perspektiv. Flere af de præsenterede implementeringsredskaber er blevet anvendt i gruppernes arbejde.

6.4 Spredning og fastholdelse via partnerskabsaftaler og andre initiativer

Sundhedsministeriet har i 2014 indgået partnerskaber med den enkelte region om at halvere omfanget af tvang. I partnerskabsaftalerne formuleres bl.a. målet om at halvere antallet af patienter, der bæltefikseres inden 2020.

Partnerskabsaftalerne indeholder beskrivelser af, hvordan indsatsen videreføres omkring nedbringelse af tvang. I de regionale selvevalueringer oplyses det, at erfaringerne fra projektet er indskrevet i aftalerne. Herunder, at en række af de tiltag der har været arbejdet med bliver gjort obligatoriske og skal implementeres på alle psykiatriske afdelinger, fx systematiske reviews efter bæltefiksering, plan for forebyggelse af konflikter ved indlæggelse/modtagelse af akutte patienter, systematisk patientinddragelse i mestringsanalyser og behandlingsplaner, systematisk anvendelse af data fra ledelsesinformationssystemer.

Det er ikke oplyst om der er et særskilt fokus, eller særlige indsatsområder på de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit i regionernes selvevaluering.

I flere regioner har implementeringsgruppens bidrag været helt centralt i forhold til udvikling af regionale politikker eller handleplaner omkring tvang og de fleste grupper har været aktivt involveret i udformningen af regionens Partnerskabsaftaler med ministeriet.

I nogle regioner fortsætter implementeringsgruppen efter projektafslutning med koordinering af indsatsen omkring nedbringelse af tvang i dette regi. I Region Midtjylland videreføres gruppen i udvidet form under betegnelsen Vidensgruppe. Alle regionens sengeafdelinger er nu repræsenteret i gruppen og formandskabet overtages af en fra afdelingsledelseskredsen. I Region Sjælland fortsætter og udvides implementeringsgruppen med en tovholder for hver af de seks afdelinger/ledelsesområder. Den regionale implementeringsgruppens medlemmer indgår fremover i et permanent udvalg vedr. nedbringelse af tvang med reference til kvalitetsrådet og med repræsentanter for hver afdeling og en brugerrepræsentant.

Tre af de deltagende afsnit fortsætter med indsatsen for at nedbringe anvendelsen af tvang i satspuljeprojektet om bæltefri afdelinger. Et af de deltagende afsnit deltager i projekt Sikker Psykiatri, hvor nedbringelse af fysisk tvang er et emne. I begge projekter er det hensigten at gøre brug af erfaringerne fra dette projekt.

6.5 Delkonklusion

Det er et af projektets formål at sikre spredning og fastholdelse af projektets tiltag og resultater. Det nationale projekt har via den decentrale organisering i regionale implementeringsgrupper været med til at skabe en øget koordinering af indsatsen omkring nedbringelse af tvang i regionerne. På forskellig vis har implementeringsgruppe formidlet tiltag og resultater, der har kunnet fastholdes og spredes i fx de udarbejdede partnerskabsaftaler og regionale handleplaner eller politikker.

Fremadrettet vil det være partnerskabsaftalerne, der kommer til at være det primære element i at fastholde og sprede projektets erfaringer og indsatser i regionerne. Regionernes selvevalueringer oplyser, at aftalerne omtaler projektet og indeholder konkrete initiativer fra projektforløbet.

Udover partnerskabsaftalen kan projektets initiativer og resultater også fastholdes og spredes i andre igangværende projekter omkring emnet fx satspuljeprojektet Bæltefrit afsnit og patientsikkerhedsprojektet Sikker Psykiatri.

7 Erfaringer fra projektet samlet set

I dette kapitel besvares evalueringsspørgsmålet: Hvad er erfaringerne med projektarbejdet samlet set?

Kapitlet opsummerer nogle af projektets vigtigste erfaringer baseret på en kvalitativ analyse og syntese af faktorer, som er fremhævet i deltagernes slutrapporter, de regionale selvevalueringer, spørgeskemaundersøgelser og ledelsesinterview.

I kapitel 4 og 5 har der været fokus på udviklingen af den patientoplevede, faglige og organisatoriske kvalitet, samt aktiviteter som et middel til forebyggelse af tvang. De væsentligste erfaringer nævnt i disse kapitler er, at aktiviteter og andre forebyggende tiltag må kombineres i en samlet indsats frem for at stå alene. Det kræver derfor en målrettet organisatorisk indsats at få etableret disse strukturer og optimeret arbejdsgange på afsnittene, så der kan arbejdes målrettet med forebyggelse af tvang på forskellige niveauer på samme tid. Men det har været mindst lige så vigtig at involvere, motivere og træne personalet i at tænke og handle anderledes, bryde vaner og rutiner, være undersøgende og reflekterende omkring tvang.

7.1 En ændret kultur?

Flere af de deltagende afsnits slutrapporter benytter betegnelsen "kulturændring" eller "holdningsændring" til at beskrive det samlede resultatet af den lokale projektindsats. Kulturbegrebet bruges til at karakterisere flere forhold:

- personalets tilgang til patienterne,
- personalets kommunikation med patienterne,
- måden personalet taler med hinanden om tvang,
- hvordan personale agerer i konfliktsituationer
- de øgede handlemuligheder, via aktiviteter og øgede kompetencer, deltagerne oplever at have fået gennem projektforløbet.

I spørgeskemaundersøgelsen er deltagerne fra projektafsnittene blevet bedt om at beskrive, hvad de synes, er det vigtigste de har opnået på afsnittet i projektperioden.

I den åbne svarkategori fremgår følgende vurderinger:

Eksempler på hvad deltagerne nævner i spørgeskema som det vigtigste opnået på afsnittet i 2013-2014
• Rummelig tilgang til patienterne • Der tales åbent om tvangen. Episoder kan drøftes. Mere fokus på etikken • Kulturændring • Holdningsændring i personalegruppen • Ændre personalets mentalitet omkring tvang • Holdningsændring i personalegruppen ifm. tvang • Fælles forståelse for tvang og hvordan det kan mindskes • Mere fokus på tvangsepisoder • Bedre rummelighed, mere kreative tanker • Kulturen i afdelingen • En ændret kultur • Øger fokus på nedbringelse af tvang • Målet at undgå tvang gennemsyrer kulturen • En generelt ændret tænkning omkring anvendelse af tvang • En bedre kultur ift. nedbringelse af tvang

Udsagnene peger på ændringer af både patient og behandlerrelationen, en øget tværfaglig forståelse og refleksion i personalegruppen, samt nye kompetencer. Alle faktorer, der vurderes som vigtige resultater.

Udsagnene underbygges i slutrapporterne fra de deltagende afsnit. Kulturændring og holdningsændring er beskrevet i resultatfeltet af mange projektdeltagere i deres rapporter. Det gælder for alle områderne af psykiatrien både børne- og ungdomspsykiatrien, almen voksenpsykiatri, retspsykiatri og gerontopsykiatrien. Eksempler fra to af områderne er:

> *"Generelt i personalegruppen, er der sket en holdningsændring gennem personaledage, undervisning og supervision kontinuerligt... Holdningsændringen viser sig ved den måde, som personalet agerer på, når vi skal modtage en ny patient, som beskrives med høj aggressionsniveau. Før projektet ville vi straks havde opstillet en masse regler og forbehold og grænsesættende aftaler, hvor vi nu i langt højere grad møder patienten, inddrager patientens perspektiver og sammen med patienten udarbejder en plan for behandlingen. Der opleves ikke længere en negativ for-forståelse, som sætter en stemning i personalegruppen, men der opleves, at personalet er roligere og planlægger bedre og oplever en tryghed i, at de nu har redskaber til at styre situationen"*
>
> (S1, Vordingborg, Region Sjælland)

> *"Vi er lykkedes med at implementere en kultur for at arbejde med børn og unge uden at anvende tvang... Det menneskesyn vi har til den unge indlagte pt., samt relationen mellem personale og den unge er med til at skabe tryghed og nærhed, så der skabes ligeværdighed i relationen. Kulturen i afdelingen er altafgørende for at nedbringe og forebygge tvang... bærer præg af kreativitet og at gøre noget anderledes."*
>
> (Esbjerg U1, Region Syddanmark)

Meget af kulturændringen forbindes med det øgede fokus på læring og forebyggelse af tvang. Dels at uddrage læring af den anvendte tvang, og anvende den viden aktivt i det forebyggende arbejde. Dels at turde afprøve nye alternativer og deeskalerende metoder for at aflede patienten og undgå tvangsanvendelse. Fokus på individuel pleje og behandling spiller også en central rolle, hvor der arbejdes systematisk med samarbejdsaftaler, mestringsstrategier og individuelle aktivitetsplaner i det forebyggende arbejde, som beskrevet i kapitel 4 og 5.

Kulturændringen forbindes også med kvaliteten af den anvendte tvang, og hvordan fx tænkningen og praksis omkring bæltefikseringer har ændret sig:

> *"Vi har i løbet af projektperioden oplevet, at vi har gennemgået en kulturændring... Vi har i personalegruppen oplevet og drøftet, at vi tænker anderledes om tvangsfikseringer nu, end vi gjorde tidligere. Når en patient bliver tvangsfikseret, tænker vi mere målrettet på, hvad der skal til, og hvad der kræves, for at patienten kan blive løsnet igen hurtigst muligt. Arbejdsgangen vedr. løsning fra bæltet er også blevet ændret således, at vi nu er mere opmærksomme på hurtigere at forsøge at løsne patienten gradvist fra tvangsfikseringen. På den måde får vi hurtigere et indblik i, hvordan patienten klarer sig uden bæltet – og dermed også hurtigere se, om patienten kan samarbejde, holde aftaler osv."*
>
> (P4 Risskov, Region Midtjylland)

Udover en ændret tilgang til at anvende tvang fremhæves også en ændret tilgang i forhold til at tænke læringsorienteret og i kontinuerlig kvalitetsudvikling. I slutrapporter og selvevalueringer nævnes tavlemøder og PDSA-cirkler som nogle af de redskaber, der har været understøttende for denne udvikling i projektet.

7.1.1 Gennembrudsmetoden som ramme for kvalitetsudvikling og ændret praksis

I satspuljeaftalen har der været krav om, at projektet har skullet gennemføres efter Gennembrudsmetoden jf. kapitel 2. Metoden har introduceret nogle redskaber, der har kunnet understøtte projektdeltagerne på afsnittene i, at skabe forandringer og monitorere på om forandringerne førte til forbedringer. De kontinuerlige små prøvehandlinger PDSA-cirkler og kreativ idégenerering på tavlemøder (LEAN-møder) fremhæves især af deltagerne i Region Hovedstaden, der har integreret projektet om nedbringelse af tvang, som en del af implementeringen af LEAN-metoden. Tavlemøder, PDSA-cirkler og tænkningen omkring at prøve nye tiltag af i lille skala har vundet indpas i det faglige og organisatoriske arbejde på mange af de deltagende afsnit i projektforløbet. Denne tilgang har også bidraget til tværfaglig videndeling, refleksion og implementering af ny praksis.

I Region Midtjylland fremhæves implementeringen af tavlemøder, som et redskab, der har været med til at udvikle og forbedre den organisatoriske og faglige kvalitet af tvang.

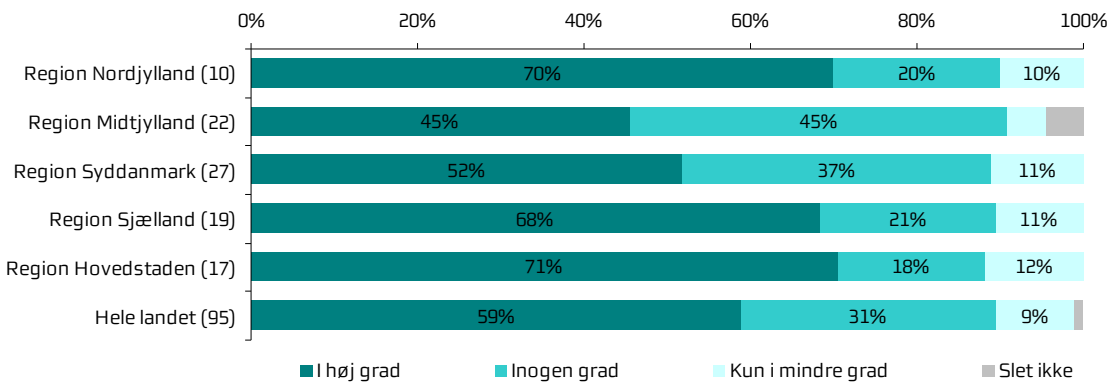
> *"Implementeringsgruppen har løbende drøftet betydningen af kultur og holdninger i forhold til tvang. Det er gruppens vurdering, at det vedvarende og styrkede fokus på tvang har rykket kultur og holdninger i forhold til tvang i projektperioden... på tavlemøderne kan medarbejdere komme med ideer til forbedring af kvalitet, og der iværksættes løbende prøvehandlinger på baggrund af møderne"*
>
> (P4 Risskov, Region Midtjylland)

På det gerontopsykiatriske afsnit i Region Sjælland fremhæves PDSA-tænkningen, som en "automatisk tænkning" i det daglige arbejde med at fokusere på nedbringelse af tvang.

> *"PDSA: Denne kvalitetscirkel er med til at gøre processen overskuelig og tilgængelig. Vi tænker automatisk i PDSA cirkler uden nødvendigvis at have dem nedskrevet. Opfølgning og justering i forhold til metoden foregår kontinuerligt på vores teammøder,"*
>
> (G2 Vordingborg, Region Sjælland)

Nedbringelse af tvang i psykiatrien forudsætter altså ændringer i personalets adfærd og deres holdninger til både tvang, men også til forandringer generelt. Derfor er personalets holdninger til ændringerne et vigtigt parameter for om det lykkes. Figur 7.1 viser, at et flertal af deltagerne oplever, at personalegruppens parathed har bidraget positivt til det lokale forbedringsarbejde. 59 % af deltagerne fra afsnittene svarer i spørgeskemaundersøgelsen svarer "i høj grad" til dette.

Figur 7.1: Personalegruppens parathed til at afprøve nye tiltag



Den positive vurdering af kollegernes bidrag genfindes i mange af de deltagende afsnits slutrapporter i afsnittet om hvilke faktorer, der har været med til at fremme det lokale projektarbejde.

> *"Personalegruppen har været meget omstillingsparat, de har taget godt i mod de nye tiltag. Der har været en lyst til faglig udvikling, og udfordre den vante sygepleje. Dette har givet stor faglig stolthed..."*
>
> (M01 PC Ballerup, Region Hovedstaden)

Det er dog ikke et entydigt billede. Der er i slutrapporterne såvel som i spørgeskemaerne tilkendegivelser af, at der fortsat er kolleger, der er skeptiske overfor den nye praksis og ikke selv aktivt deltager i nye aktivitetstilbud og andre nye tiltag.

Generelt er deltagerne i deres slutrapporter reflekterede og balancerede omkring både positive såvel som negative faktorer, der har påvirket deres projektarbejde og resultat. Nogle af de oplevede hæmmende faktorer i forhold til at nå målet om reduktion af tvang er vilkår, som personalet ikke oplever de har indflydelse på.

7.1.2 Patienternes vurdering sammenholdt med personalets vurdering

Det er ikke systematisk undersøgt om patienterne oplever, at der sker en "kulturændring" eller holdningsændring på de deltagende afsnit. Det kunne være interessant at undersøge nærmere. De gennemførte analyser af data fra LUP-psykiatriundersøgelserne fra 2012-2014 giver ikke belæg for at hævde at patienterne har oplevet en kulturændring fra peronalets side.

7.2 Faktorer, der af mange opfattes som vilkår i psykiatrien

I slutrapporterne er projektdeltagerne fra afsnittene blevet bedt om at beskrive, om der har været faktorer, der har været med til at hæmme deres projektarbejde. Dvs. faktorer, deltagerne vurderer har haft betydning for, om det lykkes at nedbringe anvendelsen af tvang. De identificerede faktorer beskrives ofte som nogle, der ligger udenfor personalets kontrolsfære.

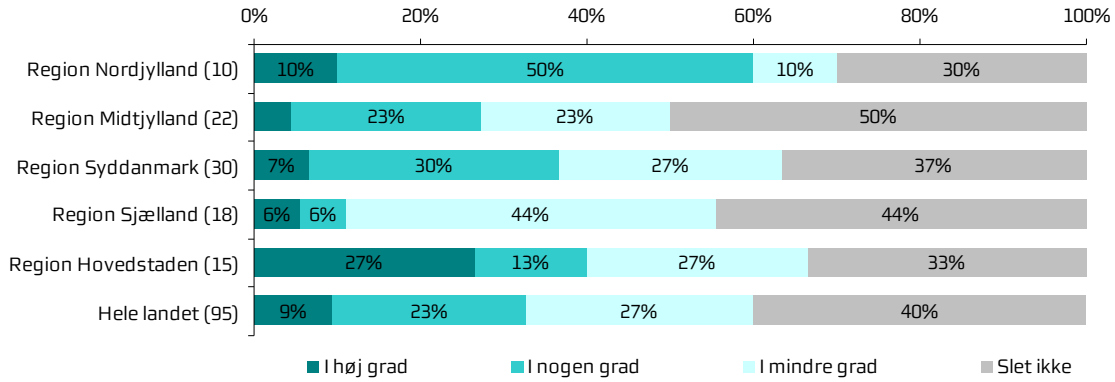
7.2.1 Enkelte patienter i konkrete farlige situationer

Mange deltagere i projektet har tilkendegivet, at konkrete patienter har en stor betydning for om det lykkes at nedbringe anvendelsen af tvang. Der er eksempler på, at en tredjedel af alle bæltefikseringer på et afsnit handler om én enkelt patient.

Anvendelse af tvang er blandt andet begrundet i hensynet til personalets sikkerhed og arbejdsmiljø. Udfordringen er at nedbringe anvendelsen af tvang uden at sætte personalets sikkerhed over styr. Konkrete episoder, hvor enkelte patienter har haft en meget truende og voldelig adfærd har flere steder været oplevet som en barriere for at nå målet om at nedbringe anvendelsen af tvang.

Denne vurdering understøttes af spørgeskemaundersøgelsen blandt projektdeltagerne hvor kun hver tredje deltager tilslutter sig udsagnet "Det er muligt og hensigtsmæssigt helt at afskaffe bæltefiksering på mit afsnit", mens 40 % svarer "slet ikke".

Figur 7.2: Det er muligt og hensigtsmæssigt helt at afskaffe bæltefiksering på mit afsnit



Kun 9 % af deltagerne vurderer, at det "i høj grad" er muligt og hensigtsmæssigt helt at afskaffe bæltefiksering på eget afsnit. Det kan sammenholdes med, at tre af de deltagende afsnit deltager i satspuljeprojektet "bæltefri afdeling", hvor det er det eksplicitte mål.

43 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen er "i høj grad" enige i udsagnet om, at "Nogle patienter er så farlige, at vi er nødt til at bæltefiksere dem". Kun 2 % er "slet ikke" enig i udsagnet.

I flere slutrapporter fremgår det, at det forebyggende arbejde omkring tvang kræver særlig opmærksomhed fx:

> *"Arbejdet med at undgå fikseringer har affødt farlige situationer, samt til tider givet mere uro i hele afsnittet... Vi oplever at miljøet er blevet mere råt, idet flere patienter er stofpåvirkede og dermed sværere at nå via relationsarbejde og miljøaktiviteter..."*
>
> (P1 AUH Risskov, Region Midtjylland)

Et afsnit beskriver, at det kan være svært at sprede god praksis til andre afsnit, fordi der kan mangle relevante kompetencer og parathed til at arbejde med indsatsen i det konkrete tilfælde:

> *" Voldsomme situationer i organisationen har medført, at det har været vanskeligt, at sprede erfaringerne fra S1 til de øvrige afsnit, spørgsmålet har rejst sig, om det kunne være rigtigt, at tvang, ved nedtrappende kommunikation og aktiviteter, skulle medføre at personalet oftere vil blive slået ned, fordi man skulle undgå tvangsforanstaltninger..."*
>
> (S1 Vordingborg, Region Sjælland)

Det ser altså ud til, at der til trods for beskrivelserne af en ændret tilgang og holdning til tvang, ikke nødvendigvis er sket en markant ændring i personalets opfattelse af, at fx bæltefikseringer helt kan afskaffes eller at det vil være hensigtsmæssigt. Denne vurdering understøttes af, at næsten halvdelen af projektdeltagerne fra afsnittene oplever, at nogle patienter er så farlige, at de må bæltefikseres. Det kan bl.a. være misbrug, som gør patienten utilregnelig, så vedkommende vurderes som farlig. Som nævnt i citaterne ovenfor, ser det ud til, at der er patienter, hvor personalet finder det vanskeligt at finde alternativer til tvang. Som del af den fremadrettede indsats kunne det være relevant at have et særligt fokus på denne gruppe af patienter, og hvordan der kan tilrettelægges en særlig målrettet indsats om tvangsundgåelse. En enkelt region (Midtjylland) nævner i selvevalueringen, at der er identificeret en patient, som står for ca. 19 % af bæltefikseringerne i regionen. På baggrund af analyser af tvangstallene, vil regionen som en del af partnerskabsaftalen iværksætte fire pilotprojekter målrettet udvalgte grupper af patienter.

Flere af projektdeltagerne forklarer den manglende reduktion af tvang med et spørgsmål om ressourcer og udfordringer i organisationen omkring vakante stillinger og omstruktureringer.

7.2.2 Normeringen, forholdet mellem opgaven og ressourcerne

Spørgsmålet om psykiatrien har de nødvendige ressourcer til at løse opgaven er et løbende tema, som også regeringens psykiatriudvalg drøftede.

Regeringens handleplan (maj 2014) anerkender, at en markant nedbringelse af tvang formentlig også forudsætter flere ressourcer.

Både i lederinterviewene, spørgeskemaundersøgelsen blandt deltagere, og i de deltagende afsnits slutrapporter gøres der opmærksom på tidspres og begrænsede ressourcer som en hæmmende faktor for indsatsen. Det har gjort det sværere for projektdeltagerne at mødes og har gjort det vanskeligere at få personalet til at tilbyde - og deltage i - patientaktiviteter og andre tvangsforebyggende tiltag. Flere af de deltagende afsnit har afskediget personale og gennemført besparelser i projektperioden. I slutrapporterne er der flere tilkendegivelser om, at aktivitetstilbud er blevet aflyst på grund af travlhed og akutte opgaver eller større omstruktureringer i organisationen:

> *"...svære tider ...med store omstruktureringer. Organisatoriske forandringer i regionen tager tid, men er ikke nødvendigvis en hæmsko på længere sigt..., men det tager ekstra ressourcer på kort sigt, og vi må så vente med at høste frugterne af vores indsats."*
>
> (Ø1 Roskilde, Region Sjælland)

De fleste af de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit har været præget af omstruktureringer. Det gælder både i Region Hovedstaden, Sjælland og ikke mindst Region Syddanmark. I slutrapporten beskriver BUP Odense, at afsnittet har gennemgået markante ændringer, der vurderes, som en af årsagerne til at tvangen ikke har kunnet reduceres i projektforløbet:

> *"Afsnittet har siden 2013 – og er fortsat i en stor forandringsproces ...omkring den nye opgave med stort modtage afsnit og nye årgange ...massive forandringer ...meget turbulent periode ..." fra 8 til 22 sengepladser. "Ledelsesskift på næsten samtlige poster", "massiv udskiftning i personalegruppen", "Massiv omstrukturering", "besparelser", "ombygninger", "nye fysiske rammer."*
>
> (BUP Odense, Region Syddanmark)

Lægerne er, som den faggruppe der ordinerer anvendelse af tvang, helt centrale aktører i projektet. Manglen på speciallæger i psykiatrien og travlhed med andre opgaver har gjort, at mange af de deltagende team ikke har haft en psykiater som medlem. Heller ikke i de fem regionale implementeringsgrupper har lægerne været repræsenteret. Dette nævnes i nogle slutrapporter som en barriere i det lokale forbedringsarbejde. Omvendt svarer halvdelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen at overlægen/overlægerne tilknyttet afsnit har bidraget positivt til det lokale forbedringsarbejde. 23 % svarer at der er sket "i høj grad".

Det er ikke et entydigt billede, der tegnes af sammenhængen mellem ressourcer og manglende resultater. Nogle afsnit er lykkes med at nedbringe tvang uden få tildelt flere ressourcer. Det er sket ved at prioritere tid og personaleressourcer på en anden måde.

"Vi har i forbindelse med deltagelse i projektet fået en fleksibel normering, således at vi i tilspidsede situationer, og hvis der er patienter på skærmet enhed, kan kaldes en ekstra medarbejder ind. Samt modsat, når der er rolige perioder kan nedjustere normeringen på afsnittet. Vi er af den opfattelse, at det er billigere at opnormere for at undgå tvangsforanstaltninger frem for, at der f.eks. ved en bæltefiksering skal sidde fast vagt 24/7"

(U1, Børn og Unge, Esbjerg. Region Syddanmark)

Denne evaluering har ikke systematisk undersøgt om deltagernes arbejdsvilkår har haft betydning for muligheden for at nedbringe anvendelsen af tvang. Der er således ikke foretaget analyser af ressourcer og kapacitet.

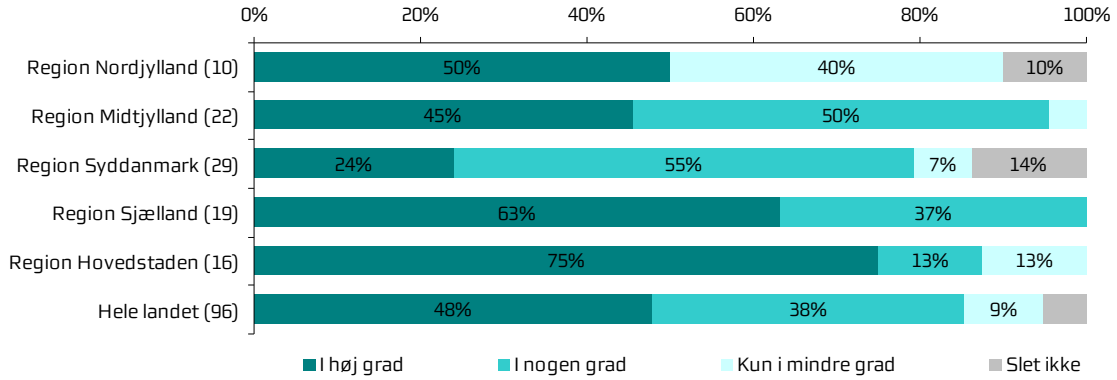
De ovennævnte faktorer hænger i en vis grad sammen med ledelsens rolle i forhold til at prioritere indsatsen om at nedbringe tvang.

7.3 Ledelsens engagement i indsatsen om nedbringelse af tvang

Ledelsens engagement i indsatsen omkring nedbringelse af tvang er bl.a. fremhævet som en af de helt centrale faktorer i Kevin Ann Huckshorns meget anvendte kernestrategier[33].I studiet påpeges det, at en meget synlig, pålidelig og effektiv ledelse ser ud til at være det vigtigste i en succesfuld reduktion af tvangsanvendelse.

Den vurdering giver projektets deltagere også udtryk for i spørgeskemaundersøgelsen. Figur 7.4 viser, at halvdelen af deltagerne vurderer at nærmeste leders aktive deltagelse "i høj grad" har fremmet det lokale forbedringsarbejde. 86 % svarer at den lokale leder har bidraget positivt.

Figur 7.3: Den lokale afsnitsleder/afdelingssygeplejerske har bidraget positivt til det lokale forbedringsarbejde



I Region Hovedstaden har afsnitslederen/funktionslederen været en del af det lokale projektteam. Af figur 7.4 fremgår det, at 75 % af deltagerne svarer "i høj grad" til om ledelsen har bidraget positivt. 20 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen er selv ledere, og har dermed vurderet deres eget bidrag til det lokale forbedringsarbejde. Men den positive vurdering af nærmeste leders betydning bekræftes af telefoninterviewene med den overordnede ledelse i regionerne.

33 Huckshorn, KA (2004): Reducing seclusion and restraint in mental helath settings: core strategies for prevention. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 42(9):22-33. Er også nævnt i rapporten fra regeringens psykiatriudvalg s. 242

I mange slutrapporter nævnes ledelse, som noget der har fremmet det lokale projektarbejde fx:

> *"Det har været en fordel, at afsnittets ledelse har været en del af teamsammensætningen, idet beslutningskompetencen har været til stede."*
>
> (G2 Vordingborg, Region Sjælland)

En afdelingsleder, der står bag udarbejdelsen af afsnittets slutrapport kommer med betragtninger om sin egen rolle i forhold til at stimulere en ændring af personalets holdning og praksis omkring tvang:

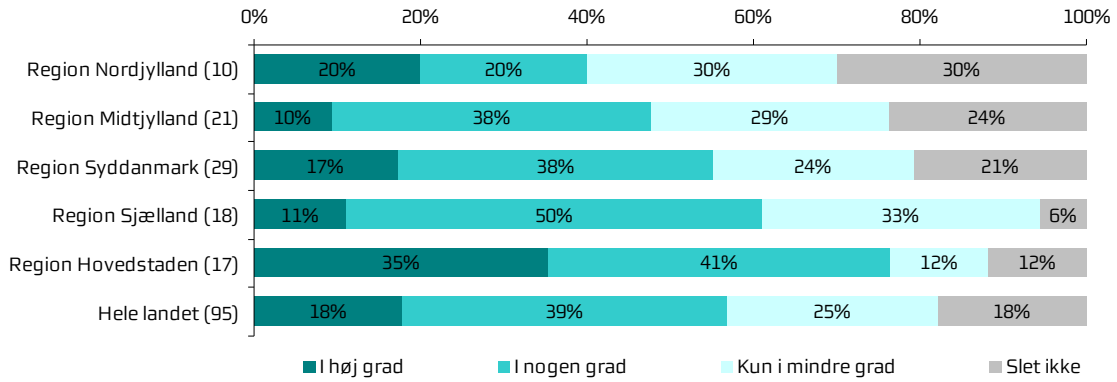
> *"Den ledelsesmæssige opbakning og fokus på at kompetenceudvikling af personalet er en nødvendighed, når man ændrer en kultur og forlanger, at personalet skal handle anderledes via konfliktnedtrappende kommunikation i stedet for at anvende de traditionelle tvangsforanstaltninger. Det er nødvendigt at lederen hele tiden er tilgængelig og står bag ved projektet, både når succeser skal spredes og når modellen til forandringer viser sig ikke, at være en forbedring og der skal justeres ind. Mottoet har været tillid og plads til afprøvning"*
>
> (S1, Vordingborg, Region Sjælland)

I selvevalueringen fra Region Sjælland nævner den regionale implementeringsgruppe ovenstående afsnit S1, som et afsnit, der har knækket tvangskurven i løbet af projektperioden:

> *"Når vi analyserer tiltagene på det pågældende afsnit kan alle Huckhorns 6 kernestrategier "vinges af" (1): 1. Ledelsesinvolvering og -opbakning, 2. Brug af data (bl.a. BVC), 3. Uddannelse af personale, 4. Anvendelse af diverse forebyggende redskaber, 5. Brugerinddragelse og 6. Debriefing af tvangsepisoder. Særlig markant for det pågældende afsnit har været ledelsens engagement gennem hele projektperioden"*
>
> (Selvevaluering, Region Sjælland)

I vurdering af afdelingens/centrets/klinikkens overordnede ledelse, er deltagerne knap så positive. Som det fremgår af figur 7.5 vurderer 18 % af deltagerne at den "i høj grad" har bidraget til det lokale forbedringsarbejde, men over halvdelen anerkender dog ledelsens bidrag. Dette vurderes at hænge sammen med den overordnede ledelses større perspektiv på den samlede mænge af forskellige projekter og initiativer, der arbejdes med i organisationen.

Figur 7.4: Afdelingsledelsen/centerledelsen/klinikledelsen har bidraget til det lokale forbedringsarbejde



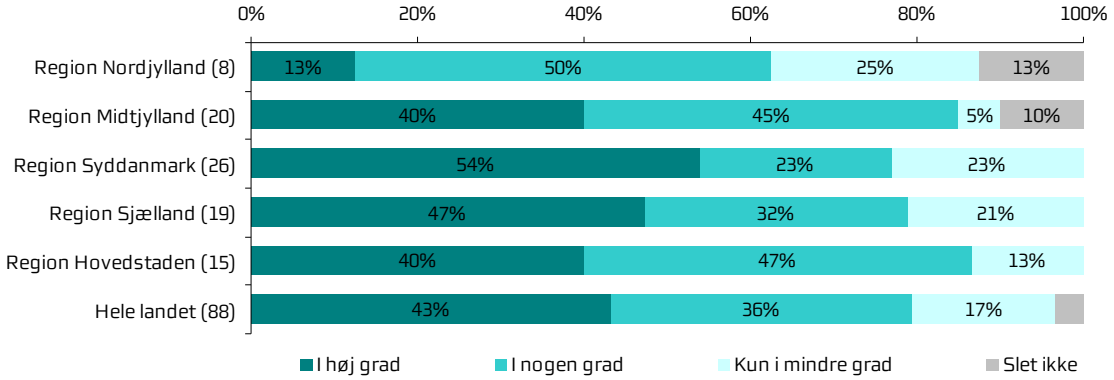
Ledelse fremhæves af projektdeltagerne som en faktor, der kan fremme indsatsen om nedbringelse af tvang positivt. Ligesom fravær af ledelse, mange ledelsesskift og andre ledelsesmæssige prioriteringer end projektet, på flere af de deltagende afsnit har gjort det lokale arbejde sværere.

En af de ledelsesprioriteringer, der har virket positivt i projektet, har været at give personalet mulighed for kompetenceudvikling og efteruddannelse.

7.3.1 Efteruddannelse og anden kompetenceudvikling

Mange af de deltagende afsnit har brugt satspuljemidler på kurser. Figur 7.3 viser at 43 % af deltagerne svarer, at kurser/efteruddannelse "i høj grad" har bidraget til det lokale forbedringsarbejde.

Figur 7.4: Kurser/efteruddannelse for plejepersonale



Slutrapporterne har også mange tilkendegivelser af, at kompetenceudvikling har bidraget til det lokale projektarbejde.

> *"Kompetenceudvikling er en nødvendighed, når man ændrer en kultur og forlanger at personalet skal handle anderledes … APG kurset for personalet på S1 har skabt en fælles forståelse for patienters reaktioner og mønstre og har udviklet en fælles faglig platform, hvor relationen til patienten er udgangspunktet… der er sket en holdningsændring gennem personaledage, undervisning og supervision…"*
>
> [S1 Vordingborg, Region Sjælland)

Flere af disse initiativer er beskrevet i kapitel 4 og 5 i afsnittene omkring udvikling af den faglige og organisatoriske kvalitet.

7.4 Delkonklusion

De væsentligste erfaringer fra projektet er, at aktiviteter og andre forebyggende tiltag må kombineres i en samlet indsats frem for at stå alene. Det kræver derfor en målrettet organisatorisk indsats at få etableret disse strukturer og optimeret arbejdsgange på afsnittene, så der kan arbejdes målrettet med forebyggelse af tvang på forskellige niveauer på samme tid.

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser projektdeltagerne i en åben svarkategori, at det vigtigste de har opnået på afsnittet i projektperioden er en "kulturændring" eller "holdningsændring" blandt personalet omkring anvendelsen af tvang. Kulturbegrebet bruges til at karakterisere personalets tilgang til patienterne, personalets kommunikation med patienterne, måden personalet taler med hinanden om tvang og hvordan personalet agerer i konfliktsituationer, samt de øgede handlemuligheder, de oplever at have fået gennem projektforløbet.

Udsagnene underbygges af slutrapporter fra mange af de deltagende afsnit, hvor kulturændring og holdningsændring er nævnt som et resultat. Dette gælder både børne- og ungdomspsykiatriske, voksenpsykiatriske, retspsykiatriske og gerontopsykiatriske afsnit.

Gennembrudsmetoden har som ramme for projektet været med til at introducere nogle redskaber, der har kunnet understøtte projektdeltagerne på afsnittene i at skabe forandringer og monitorere om forandringerne førte til forbedringer. Især de kontinuerlige små prøvehandlinger (PDSA-cirkler), samt kreativ idégenerering og faglig refleksion på tavlemøder fremhæves af deltagerne.

Evalueringen har ikke systematiske data om patienter har oplevet en "kulturændring" eller holdningsændring på de deltagende afsnit. Dette kunne have været interessant at undersøge nærmere. LUP-psykiatriundersøgelserne fra 2012-2014 indikerer ikke, at der er sket en væsentlig ændring af patienternes tilfredshed jf. kapitel 4.

Til trods for beskrivelserne af personalets ændrede tilgang og holdning til tvang, er der heller ikke nødvendigvis sket en markant ændring i personalets opfattelse af at bæltefikseringer helt kan afskaffes, eller at det vil være hensigtsmæssigt. Næsten halvdelen af projektdeltagerne fra afsnittene oplever således, at nogle patienter er så farlige, at de må bæltefikseres. Det ser ud til, at der er patienter, hvor personalet finder det vanskeligt at finde alternativer til tvang. Som del af den fremadrettede indsats kunne det være relevant at have et særligt fokus på de patienter, og hvordan der kan tilrettelægges en særlig målrettet indsats for hver af dem.

De deltagende afsnit, team og implementeringsgrupper har haft forskellige vilkår, fx fysiske rammer, forskellige patientgruppe, forskellig historie, personaleforhold og ledelse. En del projektdeltagere oplyser, at normering, ressourcefordeling og større organisatoriske ændringer vurderes at have været en barriere for indsatsen om at nedbringe tvang.

Det har ikke været en del af evalueringen at efterprøve deltagernes oplevelser af og tilkendegivelser om deres daglige arbejdsvilkårs betydning for muligheden for at nedbringe anvendelsen af tvang. Der er afsnit, der er lykkes med at nedbringe tvang uden at få tildelt flere ressourcer, men ved at organisere sig på nye måder med fx fleksibel normering.

Erfaringerne med de nævnte faktorer illustrerer betydningen af ledelse, der kan bidrage til at sikre og udvikle gode rammer for opgaveløsningen, relevante kompetencer, og andre ressourcer - *samt* sikre effektiv anvendelsen af de givne rammer og ressourcer. Især den lokale funktions/afsnitsledelse vurderes som en vigtig aktør, i forhold til at kunne bidrage til det lokale forbedringsarbejde omkring nedbringelse af tvang.

8 Konklusioner

I dette kapitel opsummeres projektets resultater og erfaringer og de seks evalueringsspørgsmål besvares.

8.1 Hvordan er projektet forløbet?

Projektet er overordnet set forløbet efter den oprindelige projektplan. Der har været en del udfordringer og småjusteringer undervejs.

Patienter og pårørende har været involveret på alle organisatoriske niveauer, men på forskellig vis. Det nationale brugerpanel har bidraget med patient- og pårørendeperspektiver på indsatsen – blandt andet ved at deltage i regionale læringsseminarer.

Det lokale projektarbejde har været drevet af de lokale projektteam – med støtte fra den lokale ledelse, projektnetværket, den regionale implementeringsgruppe og det nationale sekretariat.

En af de store udfordringer i projektet har været at gøre tvangsdata tilgængelige for de lokale projektteam og anvende data aktivt i det lokale forbedringsarbejde. Problemerne med at tilvejebringe og bruge afdelingsspecifikke tvangstal blev bl.a. søgt håndteret i en national arbejdsgruppe omkring SEI-databasen i Statens Seruminstitut.

De regionale implementeringsgrupper har taget flere initiativer, som har ikke var et krav for national deltagelse i projektet. Det kan ses som et tegn på, at den decentrale regionale organisering og projektledelse har fungeret efter hensigten. De har været med til at understøtte videndeling og spredning af god praksis i regionen samt skabe et regionalt ejerskab til projektet..

8.2 Hvilke resultater kan identificeres ift. nedbringelse af tvang?

På det voksenpsykiatriske område er der i anvendelsen af bæltefiksering og remme sket gennembrud, idet antallet er nedbragt med over 20 %. Medianen for antal bæltefikseringer er faldet med 26 % fra baseline til perioden efter baseline, og medianen for antallet tvangsepisoder med remme er faldet med 27 % i samme periode. Desuden er antallet af bæltefikserede patienter nedbragt med 11 %. Tallene tyder på, at færre patienter bæltefikseres over 48 timer. Samtidig er der sket en mindre stigning i antallet af fastholdelser (7 %) og tvangstilbageholdelser (7 %). På regionalt niveau er der i alle regioner sket et fald i antallet af bæltefikseringer og/eller i den samlede varighed af bæltefikseringerne, og i tre af regionerne kan det betegnes som et gennembrud.

På det børne- og ungdomspsykiatriske område konkluderes der på grund af datakvaliteten og organisatoriske ændringer ikke på tvangstallene på landsplan. Fem ud af seks børne- og ungdomspsykiatriske afsnit rapporterer fald i forhold til især bæltefikseringer, hvilket er beskrevet i afsnittenes slutrapporter.

8.3 Hvordan er det gået med at sikre, at kvaliteten af den anvendte tvang er højest muligt?

I LUP-psykiatriundersøgelsen svarer cirka halvdelen af de patienter, som har oplevet tvang, at det foregik på en ordentlig måde, mens hver tredje slet ikke syntes, at det foregik på en ordentlig måde. Patienter, der har oplevet tvang, har generelt en mere kritisk vurdering af deres ophold på psykiatrisk sengeafsnit end de patienter, som ikke har oplevet tvang. Der er ikke sket dokumenterbare forbedringer målt på andelen af positive svar på udvalgte spørgsmål i perioden 2012-2014.

En stor del af det deltagende personale svarer imidlertid, at projektet har forbedret kvaliteten af den anvendte tvang på de deltagende psykiatriske afsnit. Det ser især ud til at være kvaliteten af den forebyggende indsats overfor tvang, som opleves forbedret.

Kun enkelte projektteam rapporterer om konkrete dokumenterede kvalitetsforbedringer af den anvendte tvang. Men der er arbejdet med at forbedre opfølgningen (eftersamtaler og analyser af tvangsepisoder) gøre fysisk magtanvendelse mere skånsom. Enkelte afsnit observerer nu bæltefikserede patienter mere systematisk med en bæltejournal eller en særlig plejeplan. Enkelte oplyser, at de tilbyder fikserede patienter aktivitetsmuligheder.

Der er sket forbedringer i den organisatoriske kvalitet, men der er fortsat flere afsnit, der tilsyneladende ikke arbejder systematisk med at nedbringe anvendelsen af tvang ved hjælp af PDSA-cirkler og databaseret kvalitetsarbejde.

Kvaliteten af patientforløbene synes især at være blevet bedre ved, at patienter i højere grad tilbydes fysiske, sociale og sanseintegrerende aktiviteter, der kan hjælpe dem til at mestre deres egen kropslige uro og tanker og falde til ro – i nogle tilfælde uden brug af pn medicin.

8.4 Hvilke aktiviteter og indsatser er der blevet arbejdet med?

Det er i høj grad lykkes at iværksætte mange forskelligartede aktiviteter på de deltagende afsnit i løbet af projektperioden. Trods de mange aktivitetstilbud tegner der sig ikke et entydigt billede af, at aktiviteter kan stå alene i indsatsen omkring nedbringelse af tvang. Men via projektet er det dokumenteret, at aktivitetstilbud er et væsentligt element i en mangefacetteret indsats mod at forebygge tvangsanvendelse.

Samlet set er erfaringerne fra projektet, at tilbud om fysiske, sansestimulerende og sociale aktiviteter redskaber er vigtige i det forebyggende arbejde med at nedbringe tvang. Flere afsnit har oplevet, at sansestimulerende og sanseintegrerende tiltag kan fungere som et alternativ eller supplement til PN medicin og har god effekt i forhold til at dæmpe uro, angst og selvskadende adfærd. Erfaringerne fra projektet er generelt, at inddragelse af patienter i planlægningen, udførelsen og opsamling af sociale arrangementer og aktiviteter fører flere sociale aktiviteter med sig, arrangeret af patienterne selv. Både personale og patienter giver udtryk for, at det er vigtige tilbud at have på et psykiatrisk afsnit. Mange aktivitetstilbud kræver, at medarbejderne opholder sig meget i miljøet sammen med patienterne.

Den faglige kvalitet er blevet styrket for især det sygeplejefaglige personale i projektet. Flere har været på forskellige former for kurser i at tilbyde og anvende aktiviteter som en

del af behandlingsarbejdet. Desuden har forskellige organisatoriske elementer styrket den fællesfaglige refleksion og læring omkring anvendelse af aktiviteter, og hvordan tvang kan forebygges. Via øget kendskab til nye metoder og handlemuligheder giver projektdeltagerne udtryk for, at de har opnået en større sikkerhed og tryghed i at håndtere komplekse og konfliktende situationer, så tvang i højere grad kan forebygges.

8.5 Hvordan fastholdes og spredes resultaterne i regionerne?

Det er et af projektets formål at sikre spredning og fastholdelse af projektets tiltag og resultater. Det nationale projekt har via den decentrale organisering i regionale implementeringsgrupper været med til at skabe en øget koordinering af indsatsen omkring nedbringelse af tvang i regionerne. På forskellig vis har implementeringsgruppe formidlet tiltag og resultater, der har kunnet fastholdes og spredes i fx de udarbejdede partnerskabsaftaler og regionale handleplaner eller politikker.

Fremadrettet vil det være partnerskabsaftalerne, der kommer til at være det primære element i at fastholde og sprede projektets erfaringer og indsatser i regionerne. Regionernes selvevalueringer oplyser, at aftalerne omtaler projektet og indeholder konkrete initiativer fra projektforløbet.

8.6 Hvad er de samlede erfaringer fra projektet?

De væsentligste erfaringer fra projektet er, at aktiviteter og andre forebyggende tiltag må kombineres i en samlet indsats frem for at stå alene. Det kræver derfor en målrettet organisatorisk indsats at få etableret disse strukturer og optimeret arbejdsgange på afsnittene, så der kan arbejdes målrettet med forebyggelse af tvang på forskellige niveauer på samme tid. Men det har været mindst lige så vigtigt at motivere og træne personalet i at tænke og handle anderledes, bryde vaner og rutiner, være undersøgende og reflekterende omkring tvang.

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser projektdeltagerne i en åben svarkategori, at det vigtigste de har opnået på afsnittet i projektperioden er en "kulturændring" eller "holdningsændring" blandt personalet omkring anvendelsen af tvang. Kulturbegrebet bruges til at karakterisere personalets tilgang til patienterne, personalets kommunikation med patienterne, måden personalet taler med hinanden om tvang og hvordan personalet agerer i konfliktsituationer, samt de øgede handlemuligheder, de oplever at have fået gennem projektforløbet.

Udsagnene underbygges i slutrapporterne fra de deltagende afsnit, hvor kulturændring og holdningsændring er beskrevet i resultatfeltet. Dette gælder for alle områderne af psykiatrien både børne- og ungdomspsykiatrien, almen voksenpsykiatri, retspsykiatri og gerontopsykiatiren.

Gennembrudsmetoden har som ramme for projektet været med til at introducere nogle redskaber, der har kunnet understøtte projektdeltagerne på afsnittene i at skabe forandringer og monitorere på, om forandringerne førte til forbedringer. De kontinuerlige små prøvehandlinger - PDSA-cirkler, kreativ idégenerering samt faglig refleksion på tavlemøder fremhæves især af deltagerne.

Det er ikke systematisk undersøgt om patienterne oplever, at der sker en "kulturændring" eller holdningsændring på de deltagende afsnit. Analyserne af data fra LUP-psykiatriundersøgelserne fra 2012-2014 tyder ikke på det.

Til trods for beskrivelserne af en ændret tilgang og holdning til tvang, er der heller ikke nødvendigvis sket en markant ændring i personalets opfattelse af, at fx bæltefikseringer helt kan afskaffes eller at det vil være hensigtsmæssigt. Denne vurdering understøttes af, at næsten halvdelen af projektdeltagerne fra afsnittene oplever, at nogle patienter er så farlige, at de må bæltefikseres. Det ser ud til, at der er patienter, hvor personalet finder det vanskeligt at finde alternativer til tvang. Som del af den fremadrettede indsats kunne det være relevant at have et særligt fokus på denne gruppe af patienter, og hvordan der kan tilrettelægges en særlig målrettet indsats.

De deltagende afsnit, teams og implementeringsgrupper har haft forskellige vilkår, fx fysiske rammer, forskellige patientgruppe, forskellig historie, personaleforhold og ledelse. En del projektdeltagere oplyser, at normering, ressourcefordeling og større organisatoriske ændringer vurderes at have været en barriere for indsatsen om at nedbringe tvang.

Det har ikke været en del af evalueringen at efterprøve deltagernes oplevelser af og tilkendegivelser om deres daglige arbejdsvilkårs betydning for muligheden for at nedbringe anvendelsen af tvang. Der er afsnit, der er lykkes med at nedbringe tvang uden at få tildelt flere ressourcer, men ved at organisere sig på nye måder med fx fleksibel normering.

Erfaringerne med de nævnte faktorer illustrerer betydningen af ledelse, der kan bidrage til at sikre og udvikle gode rammer for opgaveløsningen, relevante kompetencer, og andre ressourcer - *og* sikre effektiv anvendelsen af de givne rammer og ressourcer. Især den lokale funktions/afsnitsledelse vurderes som en vigtig aktør, i forhold til at kunne bidrage til det lokale forbedringsarbejde omkring nedbringelse af tvang.

Referencer

De regionale implementeringsgruppers selvevalueringer og de deltagende afsnits slutrapporter (se særskilte regionsopdelte bilagsrapporter)

Bak, Jesper m.fl.(2011): "Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? - A Systematic Review". I: Perspectives in Psychiatric Care nr. 48, 2011, s. 83-94

Bak, Jesper: "*RTE - Guide til Review af Tvangsfikserings-Episoder*". Psykiatrisk Center Sct Hans, 16.12.2013, s. 1-13

Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (LBK nr 1729 af 02/12/2010)

Fixsen, D. et. al. (2005): "Implementation Research: A synthesis of the literature". Tampa, FL. National Implementation Research Network.

Huckshorn, KA (2004): "Reducing seclusion and restraint in mental helath settings: core strategies for prevention". J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 42(9):22-33.

Høgh, H og Gjørup, JB (2014): "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015 – midtvejsevaluering". CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Institute for Healthcare Improvement: "Breakthrough Series" og "A Framework for Spread". "Innovations series white papers" fra Institute for Healthcare Improvement.
Kan findes www.ihi.org

Langley et al: "The improvement Guide"., Jossey-Bass, USA. 1. udgave 1996. 2. udgave 2009

Marckmann, Bella og L.P.Rønnow (2010): "Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport". Udgivet af Sundhedsstyrelsen.

Regeringens udvalg om psykiatri: "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser", oktober 2013

Regeringen: "Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan", Maj 2014.

Øvretveit, J, et al: "Quality collaboratives: lessons from research" I Quality and Safety in Health Care, Vol 11 no. 7, 2002.

Øvretveit, J: ,"Improving Collaboratives. Lessons from Breakthrough Waves 1 & 2", Landstingsforbundet,, Sverige, 2002.

Bilag 1: De deltagende snit i "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015"

Opdateret januar 2015

Region	Enhed
Region Nordjylland	
4 projektteam 4 afsnit	S6 Aalborg, intensivt afsnit, Klinik Syd -12 senge
	S5 Aalborg, intensivt afsnit, Klinik Syd -16 senge
	N5 Brønderslev, intensivt lukket afsnit, Klinik Nord -10 senge
	N6 Brønderslev , intensivt afsnit, Klinik Nord -6 senge
Region Midtjylland	
7 projektteam 7 afsnit	M1 Viborg-Skive Intensivt afsnit -10 senge
	P4 Risskov, alment afsnit - 17 senge
	P1 Risskov, akut psykoseafsnit. – 17 senge
	P1 Holstebro, akut modtageafsnit – 29 senge
	R1 Retspsykiatrisk afsnit Viborg 5. etage - 10 senge
	E2 Randers akut/intensivt afsnit. - 14 senge
	M3 Risskov almen og gerontopsyk. afsnit - 17 senge
Region Syddanmark	
7 projektteam 8 afsnit	H4 Kolding lukket afsnit - 15 senge
	E31 og E32 Vejle, skærmet åbent/lukket afsnit - 39 senge
	P2 Svendborg, åbent/lukket - 20 senge
	41 Augustenborg, almenpsyk. - 15 senge
	D og E Esbjerg (tidligere E3), alment afsnit. 6- 11 senge
	Ungdomspsykiatrisk afsnit Esbjerg - 7 senge
	Børne- og Ungdomspsykiatrisk afsnit Odense – 22 senge
Region Sjælland	
6 projektteam 6 afsnit	Ø1 Roskilde, alment afsnit - 24 senge
	V1 Slagelse, akut modtageafsnit. - 12 senge
	S1 Vordingborg, højskærmet afsnit. - 10 senge
	G2 Vordingborg, gerontopsyk. - 14 senge
	P4 Nykøbing Sjælland, retspsyk. afsnut – 10 senge
	U1 Roskilde, Ungdomspsykiatrisk afsnit - 20 senge
Region Hovedstaden	
6 projektteam 8 afsnit	2121 Hillerød, PC Nordsjælland, akut modtageafsnit - 14 senge
	809 og 811 Hvidovre PC Hvidovre/ Brøndby, akut modtagerafsnit. 2x11 senge
	51.0/01-52.3 Bispebjerg, PC København /Bispebjerg Alment intensivt afsnit/alment afsnit – 10 senge
	M01 Ballerup, PC Ballerup akut modtageafsnit - 16 senge
	B104 BUC Bispebjerg, børne- og ungdomspsykiatrisk intensivt afsnit - 8 senge
	B204 + B205 BUC Glostrup, børne- og ungdomspsykiatrisk intensivt og akut afsnit - 8 og 10 senge

Bilag 2: Oversigt over datakilder anvendt i slutevalueringen

Datakilde	Data	Periode
Register over anvendelse af tvang i psykiatrien (SEI-databasen)	Data baseret på deltagende afsnits indberettede tvangs-episoder	2012-2014
Implementeringsgruppernes selvevalueringer	Regionernes organisering, mål, indsats, resultater, erfaringer og planer	2012-2014
Projektteamenes slutrapporter	Afsnittenes mål, implementerede tiltag, resultater og erfaringer og planer.	2012-2014
Landsdækkende undersøgelser af patient- og pårørendeoplevelser (LUP-psykiatri) 2012 - 2014	Udvalgte spørgsmåls svarfordelinger og kommentarer fra patienter baseret på spørgeskemaer udleveret af deltagende afsnit	2012-2014
Spørgeskemaundersøgelse blandt alle deltagere i de lokale projektteam	Spørgsmål vedrørende oplevet udvikling i tvang og kvaliteten heraf	2014
Spørgeskemaundersøgelse blandt alle medlemmer af de regionale implementeringsgrupper	Spørgsmål vedrørende oplevet udvikling i tvang og kvaliteten heraf	2014
Interviewundersøgelse blandt ledere	Interviews med ledere på tre niveauer fordelt på de fem regioner	2014
VIS.dk	Dokumenter, indlæg og nyhedsbreve fra regionerne	2013-2014

Bilag 3: Baggrund for SEI-data i slutevalueringen

Selv om CFK – Folkesundhed og kvalitetsudvikling har renset SEI-data i overensstemmelse Sundhedsstyrelsens vejledning, bør analyser på baggrund af SEI-data fortsat læses med visse præmisser og forbehold in mente. Nogle af de vigtige er oplistet nedenfor:

Regionerne havde deadline for aflevering af data til projektet d. 15. januar 2015, hvor den endelige opgørelse af 2014 tvangsdata burde have foreligget. Det forholder sig imidlertid sådan i praksis, at sekretærerne på afsnittene har 10 dage til at indberette tvangsepisoder til SSI. Samtidig opdateres E-sundhed kun en gang om ugen, hvorfor det ikke kunne forventes, at alle tal fra december 2014 ville være indberettet og tilgængelige for udtræk fra E-sundhed allerede den 15. januar 2015. Dette ville have den konsekvens, at det ville se ud som om, der var sket et markant fald i december 2014, som ikke ville være retvisende. Da denne problemstilling blev fremlagt projektsekretariatet på et relativt sent tidspunkt i processen, blev det besluttet på styregruppemøde i Sundhedsstyrelsen omkring Satspuljeprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015 d. 26. november 2014, at skæringsdatoen for projektet skulle være november 2014.

En udfordring med anvendelse af tvangsdata på afsnitsniveau er, at tvangsepisoder registreres på det afsnit, tvangen er påbegyndt. Dette, uanset om tvangen fortsætter på et andet afsnit. Omfanget af overflytninger med uafsluttede tvangsepisoder er ikke undersøgt. Problematikken betyder, at afsnit med akutmodtagelse kan være noteret for længere varighed af tvangsepisoderne, og at nogle af de afsnit som ikke har akutmodtagelse måske har haft flere tvangsepisoder, end det fremgår af data udtrukket på afsnitskode.

En anden udfordring er de såkaldte dobbeltindlæggelser, hvor patienten undervejs i indlæggelsen i psykiatrien ligeledes er indlagt på en somatisk afdeling. Tvangsepisoder, der er foregået under opholdet på den somatiske afdeling, indgår i den psykiatriske afdelings tvangsstatistik. Omfanget af denne problemstilling er ikke undersøgt, men kun en region har haft mulighed for at rense egne data for tvang, der er foregået på en somatisk afdeling.

Udtrækstidspunktet fra SEI-databasen er grundet databerigelse og fejlrettelser forskelligt for regionerne. Data fra Region Sjælland er trukket d. 22. januar 2015, Region Hovedstadens data er trukket d. 11. januar 2015 og data for de resterende regioner er trukket d. 3. februar 2015.

I Kapitel 3 nævnes, at CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har renset SEI-data i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning.[34] I praksis betyder det, at data er renset på følgende måde:

- Registreringer med manglende ophørsdato er slettet. Dette gælder ikke tvangsmedicinering, hvor ophørsdato (og klokkeslæt) er sat til iværksættelsesdato (og klokkeslæt).

34 "Registerdeklaration, Register over anvendelse af tvang i psykiatrien", opdateret januar 2015: http://www.ssi.dk/—/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Registre/Tvang%20i%20psyiatrien/Registerdeklaration_Tvang%20i%20%20Psykiatrien.ashx

- Dobbeltindberetning i form af identiske CPR-numre, sygehusafdelingskode, afsnitskode, tvangstype og iværksættelsesdato (og klokkeslæt) er slettet. Indberetningen med den længste varighed (og ophørsdato) er som udgangspunkt bibeholdt.

- Dobbeltindberetninger i form af identiske CPR-numre, sygehusafdelingskode, afsnitskode, tvangstype og overlappende datoer (og klokkeslæt) er kollapset til én indberetning med henholdsvis tidligste og seneste iværksættelsesdato (og klokkeslæt) og ophørsdato (og klokkeslæt), hvorefter varigheden er beregnet. Dobbeltindberetninger af fiksering med remme, hvor der indberettes fiksering af hver arm/ben i stedet én samlet fiksering fra første rem sættes til sidste rem løsnes er således håndteret som en delmængde i ovenstående.

- Fastholden indberettet samtidigt med anden fysisk magtanvendelse er slettet. Det vil sige identiske CPR numre, sygehusafdelingskode, afsnitskode, indlæggelsesdato og iværksættelsesdato (og klokkeslæt).

Bilag 4: Metoder anvendt til indsamling af oplevet kvalitet

I dette bilag gennemgås udvalgte metodiske overvejelser som et supplement til de metodiske beskrivelser vedrørende oplevet kvalitet, der er nævnt i de enkelte afsnit. Bilaget indeholder bemærkninger til henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen blandt medlemmer af de deltagende projektteam, spørgeskemaundersøgelsen blandt de regionale implementeringsgrupper, interviewundersøgelsen blandt deltagende ledere samt de anvendte data fra LUP-psykiatri.

Indhold:

- Tabel vedrørende datagrundlag for LUP-Psykiatri 2012 og 2013
- Spørgeskema til medlemmer af projektteam
- Spørgeskema til regionale implementeringsgrupper
- Spørgeguide til interviews med ledere

Spørgeskemaundersøgelsen blandt medlemmer af projektteam

Der blev i perioden 1.-15. december 2014 gennemført en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt de 161 medlemmer af projektteam. Der blev opnået en acceptabel svarprocent på 64 %. Udfyldelsen er foregået anonymt.

Tabellen nedenfor viser, at svarprocenten varierer fra 52 % - 77 % på tværs af regionerne.

Region	Antal	Svarprocent
Region Hovedstaden	19	59 %
Region Sjælland	20	63 %
Region Syddanmark	30	77 %
Region Midtjylland	23	56 %
Region Nordjylland	11	52 %
Landsplan i alt	**103**	**64 %**

Opdelt på psykiatriske specialeområder ses det i nedenstående tabel, at 76 % af svarene er afgivet af personale i voksenpsykiatrien.

Region	Antal	Procent
Voksenpsykiatri	81	76 %
Børn- og ungepsykiatri	17	16 %
Andet	9	9 %
I alt	**107**	**100 %**

Respondenterne, der har besvaret spørgeskemaet, er fordelt på følgende faggrupper.

Faggruppe	Antal	Procent
Sygeplejerske	44	46 %
Terapeut	15	16 %
SOSU-assistent	27	28 %
Pædagog	4	4 %

Læge	4	4 %
Psykolog	1	1 %
I alt	**95**	**100 %**

Respondenterne er blevet spurgt til nedenstående fem emner, og spørgsmålene har været en kombination af lukkede og åbne spørgsmål.

1. Projektdeltagernes vurdering af dagligdagen på afsnittet på nuværende tidspunkt (inden for de sidste par måneder)
2. Projektdeltagernes vurdering af deres lokale forbedringsindsats i perioden 2013-3014
3. Projektdeltagernes erfaringsbaserede viden om nedbringelse af tvang
4. Hvad har haft positiv betydning for det lokale forbedringsarbejde
5. Forventninger til det videre forløb

Spørgeskemaundersøgelsen blandt implementeringsgrupperne

I perioden 1.-15. december 2014 blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt de 32 medlemmer af de fem regionale implementeringsgrupper. Undersøgelsen havde en tilfredsstillende svarprocent på 66 %.

Tabellen nedenfor viser, at svarprocenten varierer fra 44 %-100 % på tværs af regionerne.

Region	Antal	Svarprocent
Region Hovedstaden	6	55 %
Region Sjælland	2	100 %
Region Syddanmark	3	75 %
Region Midtjylland	6	100 %
Region Nordjylland	4	44 %
Landsplan i alt	**21**	**66 %**

Respondenterne, der har besvaret spørgeskemaet, er fordelt på følgende faggrupper.

Faggruppe	Antal	Procent
Leder på et afsnit	2	10 %
Vejleder for team	3	14 %
Ansat i den regionale psykiatristab	4	19 %
Bruger-/pårørende-repræsentant	1	5 %
Sygeplejerske	5	24 %
Terapeut	1	5 %
Læge	0	0 %
Psykolog	0	0 %
Andet	5	24 %
I alt	**21**	**100 %**

Respondenterne er blevet spurgt til implementeringsgruppens indsats, organiseringen heraf og resultatet af indsatsen. De er desuden blevet bedt om at beskrive deres positive

og kritiske erfaringer i forhold til indsatsen med at nedbringe anvendelsen af tvang. Spørgsmålene har været en kombination af lukkede og åbne spørgsmål.

Interviewundersøgelsen blandt deltagende ledere

I forbindelse med denne slutevaluering er der foretaget telefoninterviews med ledelsesrepræsentanter fra forskellige niveauer i organisationer, tilknyttet projektet. De forskellige ledelsesniveauer er repræsenteret ved henholdsvis afsnitsledelse, center-/afdelingsledelse samt psykiatriledelse. Formålet med interviewene har været dels at indsamle viden omkring, hvordan ledelsen har bidraget til og deltaget i projektforløbet; dels at få kortlagt hvilke strategiske tiltag eller handleplaner projektarbejdet har bidraget til på regionsniveau.

Det nationale sekretariat har for hver region forsøgt at gennemføre interviews med en leder fra hvert af de tre ledelsesniveauer, det vil sige i alt 15 interviews. Der er gennemført interviews med henholdsvis fem psykiatriledere og fem afsnitsledere, imens det alene var muligt at gennemføre tre interviews med afdelings-/centerledere inden for de givne rammer. Grundet anonymitet sker afrapporteringen på overordnet niveau, dette sker dog ikke på bekostning af nuancer og forskelligheder i svar og holdninger.

Udvælgelsen af interviewpersoner er foregået i to trin. Først blev der valgt fem psykiatriske afsnit, hvorfra der skulle udvælges ledere til interviews. Dette foregik via lodtrækning ud fra et neutralitetsprincip. Herefter blev ledere fra hvert af de tre ledelsesniveauer, som er tilknyttet de udvalgte projektafsnit identificeret.

Datagrundlag for LUP-Psykiatri 2012 - 2014

Nedenstående tabel viser datagrundlaget for den patientoplevede kvalitet, beskrevet i rapportens afsnit 4.1. I relation til sammenligning på tværs af årene er der den udfordring, at det ikke er præcist de samme afsnit, som indgår i LUP-opgørelsen hvert år. Årsagen er primært organisatoriske ændringer i projektperioden. Afsnittet omkring den patientoplevede kvalitet bør derfor læses med forbehold for den indflydelse organisatoriske ændringer og ændringer i patientmålgrupper kan have på LUP-resultaterne på tværs af årene.

Deltagende afsnit landsplan	2012	2013	2014
Augustenborg, 41	-	13	6
Bispebjerg - Akut afsnit 52.01	16	-	5
Brønderslev, N6	-	29	10
Brønderslev, N5	-	-	9
Brønderslev N15 og N16	32	-	-
Esbjerg E3	22	10	-
E Esbjerg	-	-	25
Hillerød, 2121	19	17	29
Holstebro, P1, 7. og 9. etage	34	28	37
Hvidovre, 809 og 811	21	21	8
Kolding H4	10	-	-
Randers, E2	22	25	15
Risskov, M3	8	9	5
Risskov, P1	15	19	19
Risskov, P4	5	10	24
Roskilde, Ø1	22	19	41
Slagelse, V1	5	9	-
Svendborg, P2	13	14	11
Vejle E31 og E32	30	37	32
Viborg, 1. etage	28	29	38
Viborg, 3. etage	-	-	9
Vordingborg, G2	12	8	10
Aalborg S5/S6/S8	24	14	20
52.0 - Akut afsnit	-	-	28
52.0 1- Akut afsnit	-	-	24
Total	338	311	409

Spørgeskema til medlemmer af de deltagende afsnits projektteam

Det nationale gennembrudsprojekt om nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-15

Spørgeskemaet besvares online senest den 10. december.

Formålet med spørgeskemaet er at bidrage til slutevalueringen af gennembrudsprojektet ved at inddrage de enkelte deltageres erfaringsbaserede viden.

Skemaet indeholder spørgsmål om din oplevelse og vurdering af den aktuelle situation, den lokale indsats, jeres resultater og erfaringer, samt betydningen af udvalgte faktorer.

Lidt om det deltagende afsnit

Hvilken region er afsnit en del af?

- ☐ Region Hovedstaden
- ☐ Region Sjælland
- ☐ Region Syddanmark
- ☐ Region Midtjylland
- ☐ Region Nordjylland

Er afsnittet en del af...

- ☐ Voksenpsykiatrien
- ☐ Børn og ungepsykiatrien
- ☐ Regionens akutte modtagefunktion

Din vurdering af dagligdagen på afsnittet på nuværende tidspunkt

I hvor høj synes du at følgende udsagn passer på dit afsnit?
(Svarkategorierne er: i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke, ej relevant, ved ikke)

1. Afsnittet har hver dag aktivitetstilbud til patienterne
2. Alle patienter har hver dag mulighed for fysisk aktivitet (motion)
3. Alle indlagte patienter deltager dagligt i aktivitetstilbud
4. Plejepersonalet deltager i aktiviteter med patienter på afsnittet
5. Aktivitetstilbud indgår som en fast del af patientens behandlingsplan

6. Personalet taler med patienterne om patienternes erfaringer med aktiviteter
7. Personalet taler med patienter om patienternes med at mestre uro, angst og vrede
8. Personalet spørger systematisk pårørende for at inddrage deres viden om patienten
9. Patienterne inddrages aktivt i planlægning af eget behandlingsforløb, når patientens tilstand gør det muligt

10. Hele personalegruppen er involveret i at tilbyde og gennemføre aktiviteter for patienterne
11. Personalet har de relevante kompetencer til at kunne deeskalere konflikter
12. Personalet har de relevante kompetencer til at kunne tilbyde patienterne målrettede aktiviteter
13. Afsnittets fysiske rammer giver patienterne mulighed for at kunne trække sig tilbage ved behov

Din vurdering af jeres lokale forbedringsindsats (i perioden 2013-2014)

I hvor høj synes du at følgende udsagn passer på dit afsnit?
(Svarkategorierne er: i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke, ej relevant, ved ikke)

1. Personalet har aktivt deltaget i at afprøve og implementere flere aktivitetstilbud til patienter på afsnittet
2. Mine kolleger har aktivt deltaget i arbejdet med nedbringe anvendelsen af tvang
3. Den daglige kliniske ledelse (fx afdelingssygeplejersken) har deltaget aktivt i arbejdet med at nedbringe anvendelsen af tvang
4. Den overordnede ledelse (fx ledende overlæge, oversygeplejerske og/eller klinikchef) har deltaget i analysen af konkrete bæltefikseringsepisoder.
5. Eftersamtaler bruges systematisk til at få inspiration til at reducere og sikre kvaliteten af den anvendte tvang
6. Vi har i 2013-2014 løbende afprøvet nye tiltag for at finde ud af hvordan vi bedst kan reducere anvendelsen af tvang
7. Vi har i 2013-2014 implementeret nye procedurer og metoder for at forebygge anvendelsen af tvang
8. Alle medarbejdere har let adgang til afsnittets tvangstal
9. Vi har haft glæde af, at projektet er organiseret med en regional implementeringsgruppe

Eventuelle uddybende kommentarer: [åben svarmulighed]

Hvad synes du er de mest succesfulde tiltag I har afprøvet på dit afsnit (i 2013-2014)?
[åben svarmulighed]
1.
2.
3.

Hvad synes du er det vigtigste I har opnået på afsnittet (i perioden 2013-2014)?
[åben svarmulighed]

Din erfaringsbaserede viden om nedbringelse af tvang

Nedbringelse af tvang i psykiatrien er ikke et område med stærk videnskabelig evidens.
De næste spørgsmål handler derfor om hvad du synes, at der nu er belæg for at oplyse andre om, hvordan man kan nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien.

I hvor grad er du - baseret på praktiske erfaringer på det deltagende afsnit i perioden 2013-2014 - enig i følgende udsagn?
(Svarkategorierne er: i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke, ej relevant, ved ikke)

1. Fysisk aktivitet har ofte en positiv effekt og kan med fordel indgå i patienters individuelle mestringsstrategier
2. Ball stick massage har ofte en positiv effekt og kan med fordel tilbydes nogle urolige patienter på afsnittet
3. Andre former for sansestimulation (fx is, sensitstol, kugledyner og -veste) har ofte en positiv effekt og kan med fordel tilbydes urolige patienter på afsnittet
4. Aktivitetstilbud kan reducere konfliktniveauet og uro på afsnittet i dagligdagen
5. Aktivitetstilbud kan i nogle tilfælde erstatte beroligende pn medicin
6. Aktivitetstilbud kan forebygge tvangsepisoder

7. Individuelle mestringsplaner baseret på analyse i samarbejde med patienten kan forebygge anvendelsen af tvang
8. Personalets kommunikation med patienterne (fx deeskalering) kan forebygge tvangsepisoder
9. Det er muligt at undgå bæltefiksering af selvskadende patienter
10. Det er muligt at undgå bæltefiksering af patienter med agiteret adfærd
11. Nogle patienter er så farlige, at vi er nødt til at bæltefiksere dem
12. Nogle bæltefikseringer kan ikke forebygges med kommunikation og målrettede aktiviteter
13. På mit afsnit er der i perioden 2013-2014 eksempler på, at målrettede aktivitetstilbud sandsynligvis har forebygget, at konkrete patienter er blevet bæltefikseret
14. Kvaliteten af den anvendte tvang på afsnittet er blevet bedre i perioden 2013-2014

Her kan du skrive, hvis du umiddelbart har et bud på en (anden) vigtig læresætning baseret på erfaringer fra jeres afsnit [åben svarmulighed]

Hvad har haft positiv betydning for det lokale forbedringsarbejde?
Der kan være mange grunde til at det lykkes at opnå forbedringer og resultater.
Herunder er nævnt 25 forskellige faktorer, som måske har haft positiv betydning for jeres indsats og resultater.

I hvor høj grad oplever du, at følgende har bidraget til jeres lokale forbedringsarbejde?
1. De formulerede mål for indsatsen
2. Idékataloget om nedbringelse af tvang i psykiatrien
3. De tre regionale læringsseminarer
4. Små-skala-afprøvninger af nye tiltag (pdsa-cirkler)
5. Adgang til afsnittets egne tvangstal
6. Udarbejdelsen af månedsrapporter
7. Det nationale sekretariatets tilbagemeldinger på månedsrapporter
8. Analyser af konkrete tvangsepisoder
9. Projektteamets møder og det interne samarbejde
10. Tavlemøder på afsnittet
11. Personalemøder
12. Temadag for personalet
13. Kurser / efteruddannelse for plejepersonalet
14. Samtaler med patienter
15. Samtaler med pårørende
16. Personalegruppens parathed til at afprøve nye tiltag
17. En "ildsjæl" blandt medarbejderne på afsnittet
18. En fysioterapeut eller anden person med særlige kompetencer vedrørende aktivitet
19. Vejledning fra den regionale implementeringsgruppe / den regionale projektleder
20. Den lokale afsnitsleder / afdelingssygeplejersken
21. Overlægen/overlægerne, der er tilknyttet afsnittet
22. Afdelingsledelsen/centerledelsen/klinikledelsen
23. VIS.dk – projektets internetbaserede videndelingsplatform
24. Webinars
25. Artikler/faglitteratur

Hvilke tre faktorer har efter din vurdering bidraget mest til, at I har opnået resultater?
[åben svarmulighed]
1.
2.
3.

Har I/du oplevet udfordringer/problemer, der har vanskeliggjort jeres lokale bestræbelser på at nedbringe brugen af tvang?

- ☐ Ja, i høj grad
- ☐ Ja, i nogen grad
- ☐ Nej, kun i mindre grad
- ☐ Nej, slet ikke
- ☐ Ved ikke

Hvis ja, skriv hvilke: [åben svarmulighed]

Dine forventninger til det videre forløb
(Svarkategorierne er: i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke, ej relevant, ved ikke)

1. Jeg tror, at de tiltag, som vi har afprøvet med succes i 2013 og 2014, er daglig praksis i 2015
2. Jeg tror, at mit afsnit kan fastholde de resultater vi allerede har opnået
3. Jeg tror, at mit afsnit kan halvere antallet af bæltefikseringer inden 2020
4. Jeg tror, at mit afsnit kan halvere antallet af patienter, som bæltefikseres på mit afsnit inden 2020.
5. Jeg tror, det er muligt og hensigtsmæssigt helt at afskaffe bæltefiksering på mit afsnit

Lidt om dig

Er du ...

- ☐ Sygeplejerske
- ☐ Terapeut
- ☐ SOSU-assistent
- ☐ Pædagog
- ☐ Læge
- ☐ Psykolog
- ☐ Andet

- ☐ En del af afsnittets personalegruppe
- ☐ Leder på afsnittet
- ☐ Andet

Har du været en del af teamet i hele projektperioden?

- ☐ Ja
- ☐ Nej: Oplys den periode du har været en del af teamet: fra ___ 201_ til ___ 201_

Tak for hjælpen!

Spørgeskema til medlemmer af de regionale implementeringsgrupper

Det nationale gennembrudsprojekt "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015"

Formålet med denne spørgeskemaundersøgelse er at bidrage til den samlede slutevaluering af gennembrudsprojektet "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015" med personlige erfaringer og vurderinger fra de nøglepersoner, som de fem regioner har udpeget til bidrage til implementeringsarbejdet.

Din besvarelse er anonym. Svarene vil ikke blive analyseret og rapporteret på individniveau.

Dine skriftlige svar og uddybende kommentarer vil dog kunne blive brugt som anonyme citater i evalueringsrapporten.

Spørgeskemaet besvares online senest den 15. december 2014.

Baggrundsoplysninger

Hvilken regions implementeringsgruppe er du en del af?

- ☐ Region Hovedstaden
- ☐ Region Sjælland
- ☐ Region Syddanmark
- ☐ Region Midtjylland
- ☐ Region Nordjylland

Om implementeringsgruppen

Hvor enig er du i følgende udsagn:
(svarkategorier: i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke, ved ikke, ikke relevant)

Om implementeringsgruppens indsats

1. Implementeringsgruppen har vejledt de deltagende team i at bruge gennembrudsmetoden
2. Implementeringsgruppen har vejledt teamene i at anvende tvangsdata
3. Implementeringsgruppen har vejledt teamene i at afprøve tiltag inden implementering (pdsa)
4. Implementeringsgruppen har givet teamene feedback på deres månedsrapporter
5. Implementeringsgruppen har vejledt de deltagende team/afsnit i at implementere og fastholde ny og bedre praksis
6. Implementeringsgruppen har bidraget til spredning af god praksis
7. Implementeringsgruppen har bidraget til at kompetenceudvikle det kliniske personale
8. Implementeringsgruppen har løbende holdt møder med den regionale psykiatriledelse

Om implementeringsgruppen som organisering af indsatsen

9. Implementeringsgruppens opgave er klart defineret
10. Implementeringsgruppens sammensætning passede til gruppens opgave
11. Vi fik i implementeringsgruppen aftalt en god arbejdsdeling
12. Min egen rolle og opgave i gruppen var klar for mig og de andre
13. Implementeringsgruppen havde gode vilkår for at løse opgaven
14. Implementeringsgruppen har haft et godt samarbejde med de relevante ledere

Uddybende kommentarer: [åben svarmulighed]

Resultater af indsatsen

Hvad synes du er de vigtigste resultater af indsatsen i jeres region? [åben svarmulighed]

Hvor enig er du i følgende udsagn:
(svarkategorier: i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke, ved ikke, ikke relevant)

1. I min region er der konkrete eksempler på, at aktivitetstilbud har forebygget anvendelsen af bæltefikseringer (i perioden 2013 og 2014)
2. I min region er der konkrete eksempler på, at aktivitetstilbud har forebygget anden form for tvang (i perioden 2013 og 2014)
3. Jeg vurderer, at kvaliteten af den anvendte tvang på de deltagende afsnit i min region er blevet bedre (i perioden 2013-2014)

Eventuelt uddybende kommentarer: [åben svarmulighed]

Positive og kritiske erfaringer

Hvad oplever du især har bidraget positivt til at opnå resultater i din region?
[åben svarmulighed]

1.
2.
3.

Hvad oplever du især har vanskeliggjort indsatsen med at nedbringe anvendelsen af tvang?
[åben svarmulighed]

1.
2.
3.

Hvis du bliver spurgt, vil du så anbefale at etablere en regional implementeringsgruppe i et kommende nationalt projekt i psykiatrien?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Uddybende kommentar: [åben svarmulighed]

Lidt om dig
Er du ...

- ☐ Leder på et af de deltagende afsnit
- ☐ Medlem af et af de deltagende team
- ☐ Vejleder for deltagende team
- ☐ Ansat på en psykiatrisk afdeling
- ☐ Ansat i den regionale psykiatristab

- ☐ Bruger-/pårørende-repræsentant
- ☐ Sygeplejerske
- ☐ Terapeut
- ☐ Læge
- ☐ Psykolog

- ☐ Andet

Har du ...

- ☐ Daglig kontakt med patienter og pårørende
- ☐ Klinisk erfaring fra psykiatrien
- ☐ Erfaring som bruger eller pårørende
- ☐ Været en del af implementeringsgruppen i hele projektperioden

Tak for dine svar!

Spørgeguide til interviews med ledere

1. **Hvad er dit navn og din nuværende stillingsbetegnelse?**
   Hvor mange år har du arbejdet i din nuværende stilling?

2. **Hvad har din rolle været i forbindelse med gennembrudsprojektet?**

3. **Hvordan har I på ledelsesniveau bidraget til, at projektet har haft de bedste vilkår for succes?**
   Fx tildelt ekstra tid, ressourcer eller økonomi til projektarbejdet og de deltagende afsnit, sikret personalets faglige vilkår og mulighed for faglig refleksion omkring nedbringelse af tvang?

4. **Hvad er de vigtigste erfaringer set fra dit ledelsesperspektiv, som gennembrudsprojektet har bidraget med, og hvordan er disse anvendt i praksis?**
   Fx lavet nye uddannelsestilbud, kurser, temadage eller retningslinjer som følge af projektdeltagelsen?

5. **Hvordan har du oplevet, at de forskellige ledelsesniveauer har haft fokus på at nedbringe anvendelsen af tvang?**
   Har der fx været afholdt møder på tværs af ledelsesniveau med særligt fokus på nedbringelse af tvang?

6. **Hvad er, ud fra din mening, jeres vigtigste opgave som ledelse i forhold til at støtte og sikre det fortsatte arbejde med at nedbringe anvendelsen af tvang? Hvordan bliver dette efterlevet?**
   Fx afholdelse af ledelsesmøder med fokus på tvang som særligt indsatsområde i regionen, koble projektaktivitet til andre projekter i regionen

7. **Hvilke faktorer har fra dit ledelsesperspektiv været med til henholdsvis at fremme og hæmme indsatsen mod at nedbringe anvendelsen af tvang?**

8. **Hvordan har I ud fra et ledelsesperspektiv arbejdet med at styrke og understøtte inddragelsen af patienter og pårørende i forhold til at forebygge tvang og fremme patientens recoveryproces?**
   Har I fx udarbejdet særlige retningslinjer for patient- og pårørendeinddragelse i behandlingsforløbet på henholdsvis afsnits- og regionsniveau?

9. **Oplever I, at tvangsdata anvendes aktivt på de enkelte afsnit i forhold til at nedbringe anvendelsen af tvang?**
   Understøtter I som ledelse fx analyser af tvangsdata på afsnitsniveau med henblik på at kvalificere og fokusere arbejdet med at nedbringe anvendelsen af tvang? Afsættes der ressourcer fx i form af personale, tid til dataanalyse som et særligt indsatsområde?

10. **Hvilke strategiske beslutninger og politikker er udarbejdet regionalt i forhold til at sikre kontinuerligt og fremadrettet arbejde med nedbringelse af tvang?**
    Er projektet fx nævnt i partnerskabsaftalen?

11. **Hvilke tiltag er udarbejdet for at sikre, at resultaterne hos de deltagende afsnit spredes til resten af regionen?**
    Er der fx udformet en regional handleplan for spredning af resultater? Er der afsat midler i form af økonomi, tid til spredningsarbejdet?

tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk