

**Det nationale kvalitetsprojekt
om brug af tvang i psykiatrien
med anvendelse af
"Gennembrudsmetoden"**

- 2. bølge

Statusrapporter



Nationalt kvalitetsprojekt
– TVANG I PSYKIATRIEN

November 2007

Status rapporter

Det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien med anvendelse af "Gennembrudsmetoden"

- 2. bølge

Det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien med
anvendelse af "Gennembrudsmetoden"
- 2. bølge.

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

Henvendelse vedrørende projektet:
Afdelingsleder Britta Ravn: britta.ravn@stab.rm.dk
Projektleder Lea Nørgaard Bek: lea.bek@stab.rm.dk

Rapporten er udarbejdet af:
Center for Kvalitetsudvikling
Lea Nørgaard Bek, lea.bek@stab.rm.dk

Rapporten kan downloades på www.videnscentergennembrud.dk

Region Midtjylland
Center for Kvalitetsudvikling
Regionshuset Århus
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N
Tlf.: 87 28 50 03
Fax.: 87 28 49 40

ISBN-nr:978-87-92176-06-6

© Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
Uddrag, herunder figur, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse

Indholdsfortegnelse

Læsevejledning	7
Team Ålborg S6	9
Team Ålborg S8	19
Team Herning	33
Team Vejle	55
Team Esbjerg	69
Team Svendborg	79
Team Odense	91
Team Næstved	103
Team Geronto	123
Team Roskilde	137
Team Glostrup	153
Team Gentofte 3212	163
Team Gentofte 1510	173
Team Frederiksberg	183
Team R1	197
Team R7	209
Team L1	217
Team Risskov	229

Læsevejledning til statusrapporterne

Ved afslutning på projektperioden den 1. august 2007 har hvert af de deltagende team i 2. bølge af kvalitetsprojektet udarbejdet en afsluttende statusrapport. Formålet med statusrapporten er at samle hvert teams lokale resultater og proceserfaringer fra hele projektperioden.

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

Det nationale sekretariat udarbejdede en skabelon, for at skabe en ens struktur i statusrapporterne. Det må i den forbindelse understreges, at det ikke er formålet med statusrapporten, at teamene skal sammenlignes på tværs af hinanden, da teamenes lokale mål er forskellige. Endvidere har teamene haft forskellige rammer og vilkår i projektperioden. I statusrapporten er der således fokus på teams egen udvikling i projektperioden, da ingen team har haft identiske forløb.

De overordnede spørgsmål der søges besvaret i statusrapporten er:

- Hvilke mål har teamet arbejdet hen imod?
- Hvilke målinger er foretaget i relation til de opstillede mål?
- Hvilke resultater har teamet opnået?
- Hvilke forandringstiltag har teamet afprøvet og implementeret i projektperioden?
- Hvilke centrale erfaringer har teamet gjort undervejs i processen?
- Hvilke centrale erfaringer har teamet gjort sig i forhold til at arbejde med Gennembrudsmetoden?

- Hvad er planen for det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang?

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

Baggrundsoplysninger

Beskrivelse af teammedlemmer og kontakinformation. Desuden en kort beskrivelse af afsnittet, samt et kort resume af de opnåede resultater.

Målsætning, resultatmål og procesmål

For at sikre den røde tråd i forandringsarbejdet er der udarbejdet en række forskellige mål. *For det første* har hvert team formuleret deres egen lokale målsætning for deltagelse i projektet ud fra projektets overordnede målsætninger. Den lokale målsætning er gennemgående for hele projektperioden. *For det andet* har hvert team ud fra deres lokale målsætning formuleret mellem 1-4 resultatmål. Disse mål er numeriske og måles hver måned igennem projektperioden. *For det tredje* har hvert team formuleret mellem 2-5 procesmål. Disse mål er retningssgivende for processen og "et skridt på vejen" til at opnå de lokale resultatmål. Procesmålene kan ændre sig i løbet af projektperioden.

Målinger

I statusrapporten har hvert team lavet en beskrivelse af de forskellige målinger, der er foretaget i løbet af projektperioden. Målingerne relaterer sig til målene og er både kvantitativt og kvalitativt udformet. Alle målingerne (på nær patienttilfredshedsundersøgelsen) er foretaget af teamene selv. Det nationale sekretariat har bearbejdet tallene fra spørge-

skemaundersøgelsen om patienttilfredshed.

Teamene har anvendt run- og kontroldiagrammer (tidsserieanalyser) som grafisk præsentation af deres målinger, da der er tale om forandringsarbejde over tid. I run- og kontroldiagrammerne er henholdsvis median- og gennemsnitsværdien anvendt som centerlinie

Resultater

Hvert team har i statusrapporten beskrevet de væsentligste resultater, de har opnået i løbet af projektperioden. Resultaterne kan relatere sig til både lokale resultatmål og procesmål.

Iværksatte forandringstiltag

Hvert team har udarbejdet en oversigt og en beskrivelse af de forandringstiltag, de har iværksat i løbet af projektperioden.

Kommentarer til processen

I statusrapporten har hvert team givet en

beskrivelse af rammer og vilkår for arbejde i projektperioden. Såfremt der har været væsentlige ændringer i projektperioden mht. organisationen, personale og ressourcer er disse anført her.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

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

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang

Hvert team har beskrevet hvilke planer, der er lagt for det videre kvalitetsudviklingsarbejde. Såfremt der ikke foreligger konkrete planer har teamet anført, hvilke ønsker de har til det fremtidige arbejde.

Diagrammer og tabeller

Teamene har her præsenteret de diagrammer og tabeller, som de har vurderet bedst præsenterer processen og resultaterne.

Gennembrudsprojekt

Team S6 Aalborg



Statusrapport

STATUSRAPPORT	
Hospital og afdeling	Aalborg psykiatriske sygehus. Afsnit S6
Teammedlemmer	Aline Emerik Busch, Sygeplejerske. aebn@rn.dk Anni Kjeldal, Sosu assistent. anni.kjeldal@rn.dk Gitte Vejby, afdelingssygeplejerske. gitte.vejby@rn.dk Jens Ivar Larsen, Overlæge. jil@rn.dk
Beskrivelse af afsnittet	Afsnit S6 er et intensivt afsnit med plads til 12 patienter, alle med enestuer, der kan i perioder være overbelægning, og 2 sengestuer kan ændres, således at der vil kunne være 14 patienter. Patienterne på S6 er voksne sindslidende over 18 år med behov for særlig intensiv pleje og behandling. Der benyttes både medicinske og miljøterapeutiske behandlingsmetoder. Der arbejdes intensivt med skærmningsmetoden for at bruge så få tvangsforanstaltninger som muligt. Personalet er tværfagligt sammensat og består af sygeplejersker, social og sundheds assistenter, læger. Her udover er der tilknyttet ergoterapeut, socialrådgiver, psykolog og musikterapeut til afsnittet På hverdage vil der typisk være 5 personer i dagvagt, hertil kommer afdelingssygepl., 3 i aftenvagt og 2 i nattevagt. I weekender og på helligdage planlægges der med en normering, der hedder 3-3-2. I alle vagter kan der, hvis der f.eks. er behov for ekstra personale til skærmning og fast vagt indkaldes personale. Der er altid en ansvarshavende sygeplejerske i hver vagt. Der vil som hovedregel altid være overlæge og afsnitslæge i dagvagt og resterende døgn dækket af bagvagt og forvagt.
Resumé af resultater	Team Aalborg S6 har arbejdet inden for alle tre temaer: • Forebyggelse af formaliseret tvang • Formaliserede tvangsepisoder • Opfølgning på formaliserede tvangsepisoder Resultater og sidegevinster: Episoder med tvangstilbageholdelser er nedsat med 15 % Varigheden af tvangstilbageholdelser er øget med 20% Det er ikke lykket at indfri målet om, at der i 100% af tilfælde efter tvangsforanstaltninger afholdes eftersamtaler. 95% af personalet finder at tvangsforanstaltninger udføres på et højt fagligt niveau. Af sidegevinster har vi klart kunne høre på de pårørende, at de føler at personalets åbenhed og medinddragelse af dem som en aktiv del af patientens forløb har været positivt og de føler at tabu omkring tvang er nedbragt. Den generelle tilgang til tvang bliver drøftet på et højere fagligt niveau.

Målsætning, resultatmål og procesmål

Afsnits S6 vil i projektperioden arbejde med at forbedre informationen til patienterne i forbindelse med tvangsforanstaltninger således, at patienten i højere grad oplever kontinuitet og medinddragelse i patientforløbet.

Vi ønsker at se på den faglige kvalitet i formidlingen og derigennem også lægge vægt på værdier som rummelighed og omsorg.

Den faglige og organisatoriske kvalitet udvikles, ved øget fokus på kommunikation.

Vi forventer at den forbedrede information og medinddragelse vil medføre en reduktion i anvendelse af tvang, fordi der i langt højere grad lægges vægt på dialogen med patienten omkring brugen af tvang i psykiatrien.

Vi vil især lægge vægt på modtagelsen af patienten ved en tvangsindlæggelse, reducere stressorer og lægge vægt på mødet med patienten i indlæggelsessituationen.

Endvidere ønsker vi at lægge vægt på, at patienten til enhver tid bliver tilbudt information, samtale eller kontakt svarende til den tvangsforanstaltning vi udfører, med henblik på at skabe trygge rammer om en ellers svær situation

Resultatmål 1: Nedbringelse af tvangstilbageholdelser med 30 %

Procesmål 1:

80 % af indlagte patienter oplever, at indlæggelsesforløbet er præget af kontinuitet og forudsigelighed.

Procesmål 1A:

80 % af patienterne modtages af en kontaktperson, som følger patienten gennem hele indlæggelsen

Procesmål 1B:

100 % af alle patienter kan svare ja til at have modtaget en relevant information i forbindelse med en tvangsbehandling.

Procesmål 1C:

100 % af indlagte patienter modtager information om afsnittet, rettigheder, husorden og aktiviteter.

Procesmål 1D:

85 % af alle pårørende bliver tilbudt samtaler inden 14 dage.

Resultatmål 2: At 100 % af alle tilfælde med udførte tvangsforanstaltninger skal der tilbydes og afholdes eftersamtale.

Procesmål 2:

100 % af alle patienter der har været udsat for tvang tilbydes eftersamtale inden for 14 dage med udgangspunkt i udarbejdet folder og standard.

Resultatmål 3: At 95 % af personalet mener, at tvangsforanstaltninger bliver udført på et højt fagligt plan.

Procesmål 3:

95 % af udførte tvangsforanstaltninger efterfølges af fællesrefleksion i personalegruppen.

Procesmål 3A:

På 100 % af alle personalemøder er tvangsforanstaltninger på dagsordenen til refleksion og evaluering.

Målinger

Måling af reduktion af tvangstilbageholdelse.

Tvangsprotokoller indsendes til Det nationale sekretariat, som bearbejder data.

Måling af patienten oplevelse af kontinuitet og forudsigelighed.

Dette måles via spørgeskema udarbejdet i afsnittet.

Måling af antal patienter der bliver fulgt af samme kontaktperson fra indlæggelse til overflyttelse/udskrivelse.

Dette bliver målt via ugentlig dataindsamling og ført til excel diagram.

Måling af informationsniveau i forhold til tvang

Dette måles via spørgeskema udarbejdet i afsnit og patienttilfredshedsundersøgelsen indsendt til Det nationale sekretariat.

Måling af tilbudte samtaler til pårørende måles via dataindsamling hver 14 dag og ført i Excel diagram

Måling af tilbudte og afholdte samtaler efter tvang.

Dette måles ved stikprøve fra de sidste 35 indlagte patienter.

Måling af personale oplevet faglighed ved udførelse af tvang.

Dette måles ved spørgeskema.

Måling af afholdt refleksion iblandt personalet efter udførelse af tvang sker via dataindsamling ud fra refleksionsskema.

Refleksion og evaluering af generel tvang på personalemøde måles via dataindsamling fra referater

Resultater

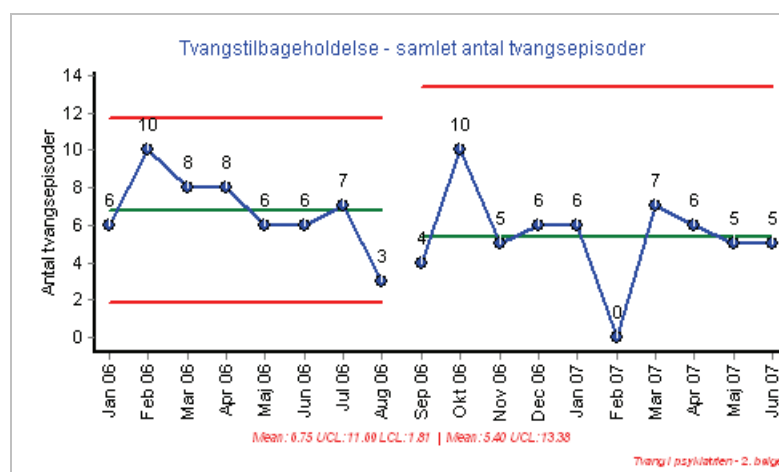
I alle målingerne er medianværdien anvendt som det primære parameter til at udtrykke forandringer. Medianen giver det bedste billede af den generelle tendens hvad enten der er tale om en forbedring eller forringelse af kvaliteten.

Baseline er fra januar-august 2006 og er således de datapunkter der bruges som udgangspunkt til sammenligning og konklusioner.

Vores udgangspunkt var at forsøge at nedsætte tvangstilbageholdelser med 30 %

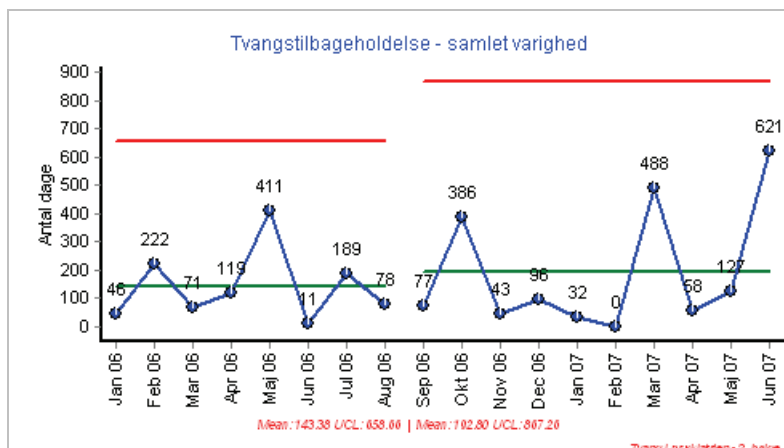
Som det fremgår af nedenstående diagram er vores mål ikke indfriet med en nedsættelse på 30 %.

Der er dog et fald på 15 %, hvilket vi finder glædeligt. Det er dog vigtigt at pointere, at vi ikke entydigt ser faldet på grundlag af gennembrudsprojektet, men også en naturlig variation, som afspejler sværhedsgraden af de forskellige sygdomsepisoder.



I diagram på næste side, fremgår det, at på trods af et fald i antal af episoder Er der en stigning af den samlede varighed af tvangstilbageholdelser på 20 % Denne stigning forklarer vi med naturlig variation af patienter og vi kan ud fra diagrammet konkludere, at den stigning der finder sted i første halvår af 2007 skyldes netop som ovenfor beskrevet en episode med sværere sygdomsforløb.

Det er klart, at vi fra projektet start havde en hypotese om, at vi med øget medinddragelse og information til patienterne kunne nedsætte tvangstilbageholdelser, og med ovenstående argument om svære sygdomsforløb kan vi se, at de tiltag vi har sat i værk også har haft betydning for faldet af episoder af tvangstilbageholdelser. Dette understøttes da også af patienttilfredshedsundersøgelsen



Resultater set ud fra patientens oplevelse af kontinuitet, forudsigelighed og medinddragelse kan vi udfra spørgeskemaundersøgelsen om patienttilfredshed konkludere følgende:

89 % af vores patienter finder at deres indlæggelse har været præget af kontinuitet og forudsigelighed, så her er vores mål indfriet.

70 % af vores patienter er blevet fulgt af samme kontaktperson fra indlæggelse til udskrivelse. Her nåede vi ikke målet som var 80 %.
Det er dog tydeligt at det er det tiltag der ifølge patienterne har haft stor indflydelse på deres indlæggelsesforløb.

Vi ønskede at 85 % af alle pårørende fik tilbudt en samtale, hvilket ikke har fundet sted. Vi har udarbejdet et rigtig godt pårørende materiale, som der forsat skal arbejdes videre på at implementere. Det kan være svært at formalisere disse samtaler, da de ofte opstår under eller efter et besøg, hvor de pårørende står med spørgsmål, afmagt osv. Det har vist sig som utroligt givende for både den pårørende, patienten og personalet når de finder sted, så det er absolut et af de områder, hvor vi skal holde godt fast og forsætte implementeringsarbejdet.

84 % af vores patienter var tilfreds med personalets kontakt med deres pårørende. 22 % af vores patienter ville gerne have haft at personalet havde taget kontakt til deres pårørende. Disse resultater fra patienttilfredshedsundersøgelsen understøtter vores undersøgelse og konklusion, at når vi har kontakten med de pårørende gør vi det godt og det udarbejdede materiale fungerer.

100 % af vores patienter modtager information om afsnittet, husorden, rettigheder mm. I form af en info mappe, som er standard ved indlæggelse.

Målet for at 95 % af personalet mener, at tvangen håndteres på en højt fagligt plan er nået.

Tvang er på dagsorden på alle personalemøder til refleksion og evaluering

87 % af vores patienter har følt at de kunne komme i kontakt med personale, når de havde brug for det.

89 % af vores patienter har følt at personalet har udvist hensyn og respekt.

69 % af vores patienter har været tilfreds med den indflydelse de havde på deres behandling

75 % af vores patienter synes, at de har fået den behandling de havde brug for.

59 % af vores patienter synes, at de fik de informationer om deres sygdom og behandling de havde brug for.

Ovenstående er en meget god ledetråd for hvad vi gerne ville opnå i projektperioden og viser fint, at de områder som vi har haft fokus på har der også fundet en positiv udvikling sted.

Det interessante er her, at se på den udvikling fra måned til måned der er sket under projektperioden, hvor der tydeligt ses en positiv udvikling i patienternes tilfredshed.

Generelt er der også sket en ændring i vores tilgang til patienterne og emnet tvang, da der er kommet en mærkbar åbenhed omkring dette emne,

Et andet positivt resultat er, at vi i projektperioden er kommet tættere på vores andet intensive afsnit S8, hvilket har medført at vi i perioden har sparret med hinanden, spredt vores tiltag til hinanden i det omfang det nu var brugbart. Det vil betyde at vores patienter trods forskellige optageområder (der er alligevel en del, som har indlæggelser af længere eller kortere varighed på begge afsnit) føler at der er en kontinuitet og ensretthed i deres indlæggelse, som der ikke har været der tidligere.

Iværksatte forandringstiltag

1. Pårørendearbejdet var påbegyndt længe før projektets start, men var gået i stå, hvorfor dette område var oplagt at arbejde med i projektet.
Inden for pårørendeområdet har vi fået lavet en ny pårørendefolder. Vi har pdsa testet gammelt materiale og ud af dette er der kommet nyt opdateret og brugbart materiale. Vi har haft fokus på dokumentation af pårørendesamtale, som dokumenteres i journal og sygeplejekardex
2. Eftersamtaler efter udført tvang.
Materiale vedr. udførelse af samtale og dokumentation af dette. Vi vil arbejde hen mod at få nøglepersoner på afsnittet til at varetage alle eftersamtaler, således at kvaliteten øges og sikres.
3. Informationsmateriale til patienterne er blevet til en infomappe, som er standard i alle kardex. Den udleveres og gennemgås af kontaktpersonen og dette noteres på tjekliste. Det er et af de tiltag, hvor vi hører fra patienterne, at det er vi gode til, for de føler sig vældig godt informeret omkring afsnittet og deres behandling. Dog er det sløjt med information om aktivitetsområdet, hvilket ikke kommer som nogen overraskelse, da dette er et af de tiltag, som vi først begynder at arbejde med i den nærmeste fremtid.
4. Kontaktperson følger patient fra modtagelse til udskrivelse. Her har vi indrettet os således, at når dagens arbejde planlægges ser på forskellige kriterier der skal opfyldes for den der modtager patienter. Eks. Kontaktpersonen skal i forvejen kun have 1-2 patienter. Er kontaktpersonen på arbejde de næste dage osv. Dette har haft en tydelig effekt hos patienterne, som på deres spørgeskemaer skriver at det betyder meget for dem, at de er trygge ved kontaktpersonen. Dette tiltag tillægger vi, at de fleste af vores patienter oplever indlæggelsesforløbet præget af kontinuitet og overskuelighed. Dette tiltag vurderer vi også, som havende en stor effekt på nedbringelse af tvangstilbageholdelserne, da dette tiltag har haft indflydelse på patientens tryghed, forløbets forudsigelighed og en sikring af informationskilder.
5. Refleksionsskema tages i brug til middags refleksion efter udført tvang. Dette har været et rigtigt godt forum at reflektere over en tvangsepisode. Det har givet anledning til mange gode drøftelser, som har sat fokus på hele situationen både, før, under og efter tvangsforanstaltningen. Det har været medvirkende til, at vi for hver tvang vi udøver strammer op om kvaliteten og udvikler den konflikthåndtering og de roller hver i sær påtager sig i disse situationer. Igennem refleksionen er vores dialog personalet imellem, med patienterne og de pårørende blevet mere åben og værdibaseret.
6. Medinddragelse. Her har vi arbejdet en del med behandlingsplanerne. Haft et fokus på, at der ud af eftersamtalerne skulle opstå en dialog med patienterne, som skulle bruges profylaktisk i forhold til eventuelle fremtidige tvangsforanstaltninger.

Kommentarer til processen

Vores projektgruppe startede ud med at have 6 medlemmer. Vi holdt et indledende møde. Hvor roller og individuelle kompetencer blev kortlagt, så projektgruppen fik den bedste start. Der blev aftalt at 4 af medlemmerne skulle deltage i styregruppemøder og læringsseminarer, men de resterende to medlemmer skulle arbejde mere intensivt med at informere og implementere projektet i personalegruppen. Vi fik afholdt 1 møde, hvor hele teamet var til stede. Herefter blev det til møder, hvor der deltog færre og færre medlemmer af gruppen. Dette pga. af en prioritering af afdelingsledelsen om, at vagtsammensætningen ikke kunne hænge sammen, hvis alle medlemmer af gruppen skulle mødes i det tidsomfang, som anbefalet fra sekretariatet. Dette betød, at det blev svært at opdatere hinanden og det blev besluttet at lave om i gruppeorganiseringen, hvilket i praksis betød, at teamet blev skåret ned til 4 personer og der blev valgt en ny kontaktperson/tovholder for teamet. Projektet fik tilført midler i form af en stilling svarende til 75 %. Det besluttet at et medlem blev taget ud af vagt, så denne kunne stå for alt administrativt i forbindelse med projektet. Det har vi efterfølgende evalueret på og kan konkludere, at det har haft både positive og negative følger. Det positive har været, at der har været en tolvholder der har haft styr på alle deadlines, alt det administrative og haft det store overblik. Det negative har været, at det har været en tung opgave at få det overblik spredt til resten af gruppen og der må vi konkludere, at vi ikke har været gode nok til at holde fast i den mødestruktur som sekretariatet anbefalede, da det ville have givet en endnu større brede på projektet.

Vi har desværre ikke haft så stor en lægedeltagelse som vi kunne have ønsket os, dette begrundes med stort arbejdspress og prioritering heraf. Det er klart, at det er problematisk når projektet handler om nedsættelse af tvang, men vi har forsøgt at få det lægelige perspektiv med så godt som muligt.

Vores samarbejde med vores styregruppe har forløbet godt og vi har på de møder haft stor glæde af, at vores andet intensive afsnit S8 også er med i projektet, da dette har givet anledning til spredning, erfaringsudveksling mm

Med de erfaringer vi har gjort os undervejs har vi konkluderet, at det er et meget ambitiøst projektforsøg, som har de mest optimale forhold, hvis det prioriteres højest og der ikke igangsættes andre projekter eller større ændringer sideløbende med. Dette er desværre sjældent muligt og vi må sige, at vi i vores afsnit har haft for mange nye tiltag at forholde os til. Det har, kunne mærkes på motivationen og overskuddet i personalegruppen. Vi har haft en del andre tiltag at forholde sig til og ikke mindst den nye psykiatri lov har fyldt meget. Fra teamets side var der mange positive aspekter i at den kom på det tidspunkt, da vi havde et godt overblik over hvilke tiltag der skulle igangsættes og der havde vi allerede udformet en del materiale om eftersamtaler, hvilket gjorde at vi kom godt fra start og ikke skulle til at sætte alt for mange af vores andre resultatomål på pause. Den nye psykiatrilov har dog ført så meget dokumentation og andre administrative opgaver med sig, at det har været svært for den store personalegruppe at kaperer de mange andre tiltag i projektet, hvilket har været medvirkende til den forsat svære implementering.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Det har været en spændende og lærerig proces på både godt og ondt. Vi synes især pdsa testen har været noget sej at få gennemført. Dette på trods af, at den egentlig fremstår som en ret enkel metode. Metoden har været tidskrævende i forhold til skrivearbejde, hvilket nok er en af grundene til, at personalet har fundet den en smule utilgængelig. Vi forsøgte derfor at gøre dem mere tilgængelige ved at fortrykke nogle af pdsa test, således at det overordnede formål altid stod klart. Dette lettede brugen en smule, men ikke tilstrækkeligt i forhold til de 100 pdsa tests, som sekretariatet anbefalede. Det skal nævnes, at når vi lavede pdsa testene, så virkede metoden rigtig godt og vi har fået lavet nogle rigtig gode og brugbare tests.

Vi havde virkelig sat vores lid til, at vi med pdsa testene og denne metode kunne lette implementeringsfasen og som den er beskrevet i metoden kommer mere glidende og naturlig i forlængelse af storskala testene. Implementeringen er dog stadig noget vi arbejder hårdt med, da det er svært at få gennemført i afsnittet.

Alt i alt har det været en positiv metode at bruge og det vil være hensigtsmæssigt at arbejde videre med metoden i det fortsatte kvalitetsudviklingsarbejde.

Forandringskataloget er ikke mindre end et super koncept. Det er et dejligt arbejdsredskab og en befriende metode, at den dybe tallerken ikke skal opfindes hundrede gange, men som blot skal rettes til i forhold til ens eget afsnit eller kan smides væk velvidende at der ikke af ens eget afsnit er brugt store ressourcer på dette. Det er et arbejdsredskab der passer rigtig godt til vores oftest travle dagligdag,

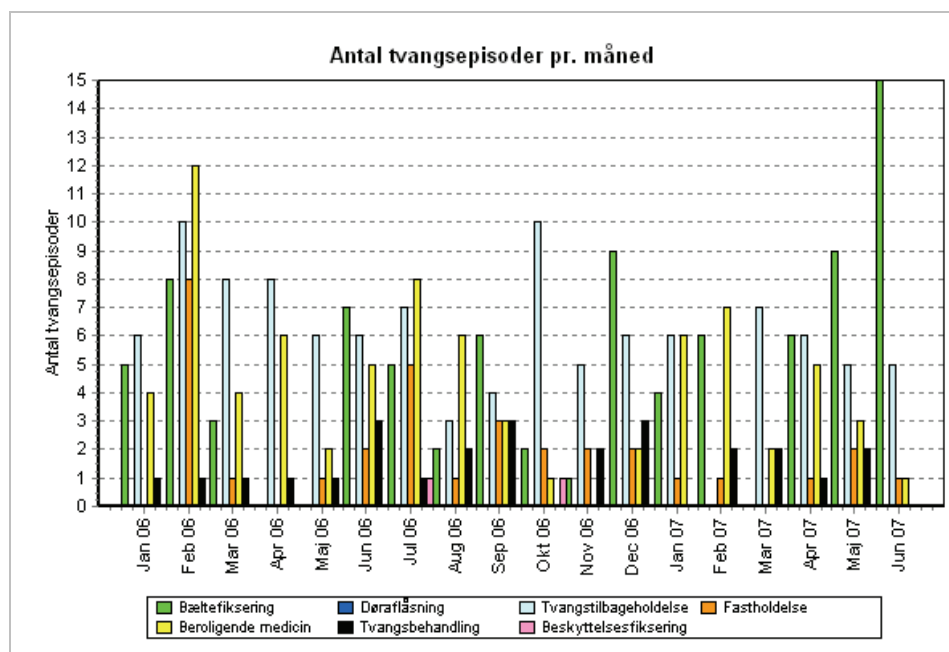
Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

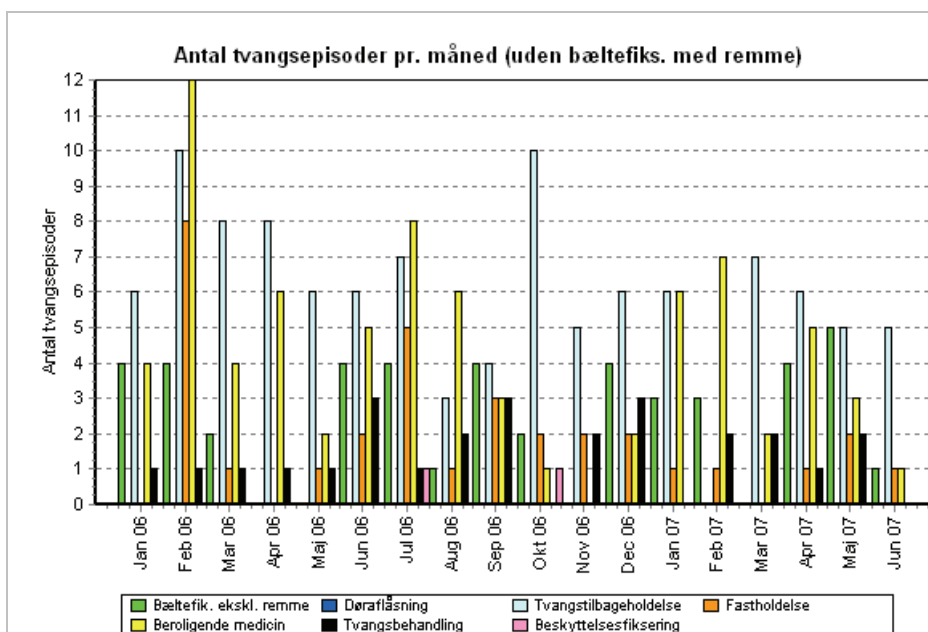
1. Implementeringsfasen af tiltag fra gennembrudsprojektet.
2. Aktivitets tiltag
3. Risikovurderinger
4. Musikterapi i forhold til patienter udsat for tvang og aggressionsforebyggende.
5. Fortsat registrering af den samlede udøvelse af tvang på afsnittet.

Diagrammer og tabeller

Udefra de nedenstående tabeller kan det konkluderes, at det i projektperioden er gået op og ned i forhold til antal tvangsepisoder og der er ikke en tydelig udvikling, som med sikkerhed kan tilskrives tiltag i projektet.

Det der dog skyder en i øjnene ved dette diagram er, at der i juni måned er en markant stigning i bæltefiksering, hvilket kan forklares med 2 patienter der er i et svært og længerevarende sygdomsforløb.





Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	7	10	4
Antal forløb med tvangsbehandling	8	11	7
Antal dage tvangsbehandling	221	387	236
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	32	39	59
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	28	35	34

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	34	31	26
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	44	35	29
Antal dage tvangstilbageholdelse	880	869	1326
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	26	28	51
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	20	25	46

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	12	11	13
Antal forløb med bæltefiksering	14	15	16
Antal timers bæltefiksering	191	428	285
Gns. antal timers fiksering pr. patient	16	39	22
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	14	29	18

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	21	13	14
Antal ordinationer af beroligende medicin	33	20	24
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	1.57	1.53	1.71

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	6	9	5
Antal fastholdelser	9	13	2
Gns. antal fastholdelser pr. patient	1.5	1.44	0.4

Beskyttelsesfiksering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været beskyttelsesfikseret	0	2	0
Antal beskyttelsesfikseringer	0	2	0
Gns. antal beskyttelsesfikseringer pr. patient	0	1	0

Gennembrudsprojekt

Team S8



Statusrapport

STATUSRAPPORT	
Hospital og afdeling	Aalborg Psykiatriske Sygehus Afdeling S Afsnit S8 Mølleparkvej 10 9000 Aalborg Tlf.: 96 31 13 08
Teammedlemmer	Overlæge, Ida Katstrup Afdelingssygeplejerske, Steen Balle Projektmedarbejder, Anne Lønne anne.loenne@rn.dk Projektsygeplejerske, Iben Hostrup iha@rn.dk
Beskrivelse af afsnittet	S8 er et lukket intensiv sengeafsnit med 12 sengepladser for voksne (over 18 år). Der er ca. 21 indlæggelser pr. måned i 2006/2007. Afsnittet modtager patienter fra 50% af afdelings Syds optagerområde som er Aalborg, Mariagerfjord, Rebild samt Vesthimmerland kommuner. I forbindelse med overgangen til afsnitsbudget er der pt. en normering på 22,4 plejepersonale, hvor halvdelen er sygeplejersker. Hertil kommer 1 overlæge og 1-2 skiftende reservelæger. Psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, socialrådgiver + diverse efter behov svarende mellem 0,2 til 0,3 pr. faggruppe.
Resumé af resultater	Team S8 Aalborg har igennem hele projektperioden arbejdet med alle tre temaer i forandringskataloget: Forebyggelse af formaliseret tvang, formaliserede tvangsepisoder og opfølgning på formaliserede tvangsepisoder. Resultater og sidegevinster: - Medianværdien af tvangstilbageholdelser er halveret. - Medianværdien af varigheden af tvangstilbageholdelser er halveret. - Afholdelse af audit/refleksion har været medvirkende til at afsnittets tvangstilbageholdelser er halveret. - Patienterne er 100 % medinddraget i udarbejdelsen af egen behandlingsplan og den lovmæssige tidsfrist overholdes med 100 % - Medarbejderne føler sig 100 % kompetente i forhold til pårørende samarbejdet - Patienters oplevelse af om personalet havde kontakt til de pårørende er 67 %. - Patienternes oplevelse af at have indflydelse på egne behandling er 73 %. - Teamet har bevidst medinddraget patienterne i projektet. Patienterne har været utrolig engagerede, samarbejdsvillige, positive og initiativrige. Dette har bevirket at samarbejdet mellem patienterne og plejepersonalet er blevet mere dynamisk og ligeværdigt.

Målsætning, resultatmål og procesmål

Afsnittets overordnede mål var, at nedbringe antallet og varigheden af tvangsforanstaltninger

En højere kvalitet i informationen forventes at føre til en ændring af relationen mellem personalet, patienterne og de pårørende i retning af større samarbejde, bedre behandlingsforløb og mindre tvang.

Resultatmål 1: Nedbringelse af antal/varighed af tvangstilbageholdelser med 50 % i forhold til baseline.

Procesmål:

- I 100 % af indlæggelsessamtaler med kontaktpersonen inddrages patientens eventuelle erfaringer med tidligere tvang.
- 20 gange om året bliver der om tirsdagen afholdt refleksion/ audit på 1-2 udvalgte tvangstilbageholdelser med deltagelse af 2 personer fra plejepersonalet og alt tilstedeværende tværfagligt personale.

Resultatmål 2:

- 80 % af alle patienter føler sig godt informeret om behandlingsforløbet.
- 80 % af alle patienter føler sig medinddraget i behandlingsforløbet.

Procesmål:

- 80 % af patienterne deltager i udformningen af deres behandlingsplan.
- 80 % af patienterne får behandlingsplanen udleveret inden overflytning/ udskrivning fra afsnit S8.

Resultatmål 3:

80 % af alle pårørende føler sig godt informeret og medinddraget omkring behandlingsforløbet.

Procesmål:

- 100 % af alle de pårørende vi har kontakt med får udleveret afsnit S8's pårørendefolder.
- 100 % af alle de pårørende vi har kontakt med får tilbud om at deltage i behandlingsplansmøder under forudsætning af patientens tilsagn.
- 100 % af personalet føler sig kompetente i situationer hvor de informer patienter og pårørende, i forhold til deres eget udgangspunkt oktober 2006 (eget udarbejdet skema/ måling, med udgangspunkt i vas.) (visuel analog skala).

Målinger

Måling af reduktion af antal og varighed af tvangstilbageholdelser.

Data er indtastet og bearbejdet i EpiData-programmet

Måling om patienterne føler sig godt informeret om behandlingsforløbet.

Spørgeskema fra det nationale sekretariat, spørgsmål nummer to, syv og sytten.

Måling om patienterne føler sig medinddraget i behandlingsforløbet.

Spørgeskema fra det nationale sekretariat, spørgsmål nummer ni og ti.

Måling om patienterne deltager i udformningen af deres behandlingsplan.

Optælling af udarbejdede behandlingsplaner og inddragelse af patienterne via lægejournaler.

Måling om patienterne får udleveret behandlingsplanen inden overflytning/ udskrivelse.

Optælling af udarbejdede/ udleverede behandlingsplaner.

Måling af om personalet føler sig kompetente i samarbejde med de pårørende.

Spørgeskema til personalet i form af vas skema.

Resultater

Vores første resultatmål var at nedbringe antal og varighed af tvangstilbageholdelser. Som kurven viser, er såvel antal som varighed blevet mindre, i foråret 2007 havde vi faktisk halveret antallet af tvangstilbageholdelser. Siden er enkelte langtidspatienter (meget kronisk syge), som har været langvarigt tilbageholdt i lukket afsnit, udskrevet eller overflyttet til åbent afsnit, hvilket har stor indflydelse på kurverne. Men selv om disse seneste tal ændrer billedet, er tendensen trods alt tydelig, at vores hensigt er lykkedes, med at nedbringe antal og varighed af tvangstilbageholdelser med 50 %.

Procesmålene, som vi mente skulle kunne føre til denne ønskede nedgang i anvendelse af tvangstilbageholdelse, nemlig medinddragelse af patienterne i udformningen af deres behandlingsplaner og refleksioner over de enkelte tvangstilbageholdelsessituationer, er det til gengæld lykkedes at gennemføre 100 %. Det har i sig selv givet andre "sidegevinster", som beskrives i næste afsnit om forandringstiltagene

Næste resultatmål drejede sig om patienternes oplevelse af at være medinddraget og informeret vedrørende deres behandlingsplan. Udover spørgeskemaundersøgelsen fra det nationale sekretariat, har vi de umiddelbare tilbagemeldinger fra patienterne (se næste afsnit). Der synes ikke at være tvivl om, at såvel patienter som plejepersonale og behandlere nu i løbet af projektperioden har fået en langt tydeligere oplevelse af, at der i det hele taget er en plan for hver enkelt patient. Det giver patienterne større tryghed. Det har medført langt mere dialog mellem kontaktpersonerne og patienterne. Det har desuden gjort det tydeligt for medarbejderne, at strukturen med adskillelse mellem de formaliserede møder – koordineringsmøde uden patientdeltagelse og behandlingsplanmøde med patientens deltagelse – er hensigtsmæssig og vigtig.

Vores procesmål til at opnå det ønskede resultat, har været at 80 % af patienterne skulle deltage i udformningen af deres behandlingsplan og 80 % skulle have udleveret kopi af den, hvis de ønskede det. Disse mål har vi reelt overskredet, idet begge mål er opfyldt næsten 100 %, og det viser jo entydigt hvilken succes, det har været.

Tredje resultatmål drejede sig om, at de pårørende skulle føle sig godt informeret og medinddraget omkring behandlingsforløbet. Vi har ikke lavet spørgeskemaer og dataindsamling vedr. dette resultatmål, men til et af de tre tilhørende procesmål, nemlig det vedr. personalets kompetence i forhold til pårørendekontakt, har vi løbende hver måned målt dette. Det har vist en tiltagende kompetence i projektperioden, således at personalets oplevelse af egen kompetence nu er 100 %.

Selv om vi ikke har foretaget dataindsamling, har der tydeligt i projektperioden været større fokus på at inddrage de pårørende, ligesom der har været øget opmærksomhed på kvaliteten i kontakten med de pårørende. De umiddelbare tilbagemeldinger fra pårørende har været generelt meget positive, så skønsomt mener vi at have opnået resultatmålet - at 80 % af de pårørende føler sig velinformeret og medinddraget.

Et andet af de tre procesmål var at 100 % af de pårørende, som vi fik kontakt med, fik tilbudt at deltage i behandlingsplanmødet, under forudsætning af patientens tilsagn. Dette procesmål mener vi at vi har opfyldt, men det har vist sig at det nok ikke ville have nogen statistisk værdi at måle det, eftersom det drejer sig om ganske få pårørende. Dels har de meget syge patienter, som udgør størsteparten af vores klientel, ofte ingen pårørende, dels er patienterne ofte så syge, at de ikke ønsker eller magter at deres pårørende deltager. Men i de tilfælde, hvor betingelserne har været opfyldt, har de pårørende deltaget, og har været meget glade for det.

Iværksatte forandringstiltag

Teamet har i det nedenstående trukket de vigtigste gennembrud frem fra projektperioden:

1. Brugen og lyden af nøgler.
2. Ugentlig audit/refleksion hver tirsdag er modtaget godt hos personalet.
3. Medinddragelse af patienter i forhold til deres behandlingsplaner.
4. Indføring af bæltefikseringsjournalen.
5. Øget medinddragelse af patienter.
6. Personalets kompetence i forhold til dialog med pårørende.
7. Information til patienter ved indlæggelse.
8. Revurdering af tvangstilbageholdelser.
9. Information til patienter og pårørende på afsnittet.
10. Brugen af musik til skærmet patienter.
11. Brugen af fysiskaktivitet.
12. Indføring af eftersamtaler.
13. Indlæggelsessamtaler.
14. Undervisning/ kompetenceudvikling af personalet.

Det nedenstående er en opsummering på de PDSA test, teamet og afsnittet har udarbejdet gennem projektperioden. Alle vores PDSA-test, er gået fra små - skala test til stor - skala test, hvorefter mange af testene er blevet implementeret i afsnittet. Nogle ganske få er blevet spredt ud til andre afsnit, efter de selv har været opsøgende og interesseret i at forandre deres praksis.

Ad 1) Teamet har arbejdet med brugen og lyden af **nøgler**. Det er nu implementeret i plejepersonale gruppen og hos de tværfaglige personaler, som har deres faste gang i afsnittet. Dette arbejde har medført at der ikke er nøgle lyd i afsnittet til stor glæde for patienterne, som ikke længere i så høj grad har oplevelsen af at være i fængsel. I den forbindelse er afsnittenes glasdør blevet monteret med en gummiliste, så den ikke klirrer, når vi lukker den.

Ad 2) Teamet har arbejdet med **Audit/ refleksion**. Udgangspunktet har været, at der i forbindelse med koordineringsmøde tages 20 vurderinger af tvangstilbageholdelser op årligt. Dette har været et led i teamets målsætning om at antal/ varighed af tvangstilbageholdelser skal nedbringes med 50 % i forhold til baseline. Teamet har udarbejdet en metode til afholdelse af audit/ refleksion, som er blevet implementeret i afsnittet. Det har bevirket, at vores unge læger tænker på en anden måde, når de skal revurdere en tvangstilbageholdelse.

Ad 3) Teamet – har under vores lægelige kapacitet arbejdet med Lovgivningen omkring **behandlingsplaner**, samt dokumentationen i journalen omkring behandlingsplaner. Dette har medført at de læger som arbejder fast i afsnittet er bekendt med lovgivningen og overholder den i forhold til udarbejdelsen af behandlingsplaner.

I afsnittet er der fra projektets start arbejdet på, at alle afsnittes patienter deltager i udfærdigelsen og revurderingerne af deres behandlingsplan. Der er indført faste rutiner, hvor en formaliseret **behandlingsplansamtale** aftales op til flere dage i forvejen. I samtalen deltager foruden patienten den faste kontaktperson, læge, evt. patientens pårørende eller andre netværkspersoner, som pt. ønsker at have med. I det omfang patienten magter det, formulerer han/hun f.eks. selv målet for indlæggelsen, ligesom pt. formulerer sine ønsker vedr. behandlingen, plejen, aktiviteter m.m. Lægen opridser hvad der vil komme til at stå i behandlingsplanen og hører om patienten er indforstået med dette, og patienten får at vide, at så snart planen er færdigskrevet, kan patienten få en kopi, hvis han/hun ønsker det, ellers ligger den tilgængelig for patienten hos kontaktpersonen (i cardex).

Patientens holdning til planen formuleres indgående, dvs. at det også i de tilfælde, hvor der er tale om tvangstilbageholdelse, altså hvor patienten på grund af den psykotiske tilstand hverken er enig i diagnose, indlæggelsens formål eller behandlingen, formuleres dette således at begrundelsen for tvangen står beskrevet for patienten. Erfaringen er, at patienten i den situation trods alt i et vist omfang føler sig respekteret – idet patientens holdning bliver hørt og journalført.

Forud for **behandlingsplansamtalen** er patientens situation drøftet på tværfagligt koordineringsmøde. Der er imidlertid stor opmærksomhed på, at dette ikke er det samme som at behandlingsplanen udformes i den forsamling. På koordineringsmødet fremkommer der ideer og forslag til hvad vi som fagpersoner i den senere samtale med patienten kan/vil foreslå, tilbyde, motivere for osv.

Proceduren med tydelig medinddragelse af patienten i selve udformningen/revurderingerne af behandlingsplanen, har skabt en stor tryghed hos patienterne. Det er blevet mere tydeligt for dem, at der i det hele taget er en plan for forløbet, og teamet mener også at det har stor betydning, at rammerne omkring denne procedure benævnes og tydeliggøres. Denne tryghed har igen medført, at patienter i stigende grad overgår til frivillig indlæggelse i stedet for en tvangstilbageholdelse.

Ad 4) Afsnit S6 og S8 har arbejdet med en bæltefikseringsjournal, hvilket har været en stor succes, der har højnet kvaliteten overfor den fikserede patient, hos plejepersonalet. Der arbejdes stadig med finpudsning af selve udformningen af skemaet, men personalet bruger det i fuldt omfang og med stor tilfredshed. Ud fra de tilbagemeldinger teamet har fået fra personalet, ses det tydeligt, at kvaliteten omkring helhedsplejen er væsentligt forbedret. Yderligere er tilbagemeldingen at kvaliteten ved rapportgivning er mere overskuelig, fyldestgørende og specifik i forhold til den enkelte patient.

Ad 5) Generelt har afsnittet **medinddraget patienterne** i mange af tiltagene og haft stor succes med dette. Det har været tydeligt at de har følt sig set, hørt og respekteret. Personalet er blevet bedre til at medinddrage patienterne i en ligeværdig dialog. Dette har medført en holdningsændring hos personalet. Personalet har i stigende grad medinddraget patienternes holdninger og ideer i de komplekse beslutningsprocesser på naturlig vis. Dialogen omkring medinddragelse af patienter og den øgede opmærksomhed på tvangen har også medført større åbenhed og dialog personalet imellem.

Ad 6) Fra projektets start ønskede teamet at arbejde med **personalets følelse af at være kompetent** i forhold til information til patienterne og deres pårørende. De tests teamet udarbejdede i starten, voldte nogle problemer, da vi havde svært ved at måle på det. I den forbindelse søgte teamet litteratur på området, og besluttede sig for at anvende en vas-skala til dokumentation og måling på dette område (visuel, analog skala). Det udarbejdede skema er udleveret til alt personale hver måned gennem projektperioden.

Ad 7) Teamet har ændret og færdiggjort afsnittets **velkomstmappe**. Mappen indeholder alt tænkeligt materiale som patienten kan få brug for under indlæggelsen i afsnit S8. Til dette arbejde har teamet medinddraget tre patienter samt alt tværfagligt personale.

Et stort ønske fra personalet og patienterne fra projektets start var at have et sted, hvor informationsmateriale kunne være synligt i afsnittet. Dette ønske har bevirket, at afsnittet har udviklet en **ny tavle**, hvor alt udarbejdet materiale har kunnet forblive, uden at blive ødelagt.

Ad 8) Da der har været enkelte episoder, hvor **revurdering af tvangstilbageholdelser** ikke er blevet foretaget til tiden, har teamet lavet en PDSA på plejepersonalets rutiner i denne forbindelse. Den test er nu slut, og resultatet er blevet, at kontakt personen skal opdatere vores interne tavle og kalender.

Ad 9) Der er blevet udarbejdet en **pårørendefolder**, i samarbejde med patienter og pårørende. Folderen er blevet implementeret i afsnittet. Folderen indeholder oplysninger om afsnittet, tavshedspligten, det at være pårørende og hvor de kan finde yderlige oplysninger og hjælp i og uden for sygehuset.

Ad 10) Brug af **musik** til skærmede patienter er struktureret via udarbejdede procedurer for patienter og plejepersonale. Det er sket i samarbejde mellem teamet og musikterapeut. Det har medført at personalet via musikken hos visse meget svært kronisk psykotiske patienter har kunnet "trække patienten ud" af den psykotiske tilstand for en stund, således at optrapning af psykotisk uro kunne mindskes eller helt afværges. På nuværende tidspunkt er brugen af musik et tilbud, som bruges af tre personaler. Dette skyldes at teamet og musikterapeuten ikke har haft mulighed for at undervise hele personalet, det håber vi på at kunne følge op på efter sommerferien.

Ad 11) Rum til **fysisk aktivitet**. Vi har gennem størstedelen af projektperioden arbejdet med brugen af fysisk aktivitet. Den viden og erfaring vi har fået der ved, har medført at afsnittet nu er med i et andet projekt omhandlende fysisk aktivitet til indlagte psykiske syge mennesker.

(Dette projekt er afsnittet dog siden blevet trukket ud af – uden teamets indflydelse.

Ændringen er begrundet i en længerevarende kritisk situation i det psykiske arbejdsmiljø på afsnittet (udbredt overbelastning). Forhåbentlig kan fysisk aktivitet senere atter blive et fokusområde, også selv om afsnittet ikke er deltager i et specifikt projekt).

Ad 12) Teamet og afsnittet har i samarbejde med afsnit S6 arbejdet med **eftersamtaler**.

Teamet tester stadig vores materiale og har endnu ikke afklaret hvem (faggruppe) der afholder hvilke eftersamtaler og hvornår.

Vi har erfaret, at det ikke er helt ukompliceret direkte at følge lovgivningens anvisninger, idet vore patienter ofte reagerer ganske negativt på tilbudet om eftersamtale, hvilket naturligvis ikke er lovens hensigt. Det hænger sandsynligvis sammen med at samtalen foregår for hurtigt (inden for et par døgn) efter den givne tvangsepisode, hvor pt. stadig er i noget nær den samme affektilstand eller svært psykotiske tilstand, som foranledigede tvangsindgrebet. Grunden til at samtalerne er blevet forsøgt gennemført så kort tid efter episoden, er at patienterne ofte flyttes ret hurtigt videre til andet afsnit.

Det er vigtigt at vi får afklaret hvor fokus i eftersamtalen skal være, herunder hvor væsentligt det er for patienten at det personale, som deltog i tvangsindgrebet også er det personale, som afholder eftersamtalen med patienten. Det vil formentlig være hensigtsmæssigt at vi udvikler et samarbejde med de afsnit, som patienterne flyttes til, således at personalet dér kan varetage opgaven vedrørende eftersamtaler på en måde så patientens tarv varetages bedst muligt, i de tilfælde, hvor man ikke har kunnet gennemføre samtalen i vores afsnit, fordi det kunne risikere at være mere traumatiserende end hjælpsomt for patienten.

Ad 13) **Indlæggelssamtale** med plejepersonalet arbejdes der stadig på, det vil sige at vi stadig små skala tester. Samtalen er på nuværende tidspunkt opdelt i fire delelementer. En række spørgsmål omhandlende patientens egen situation op til indlæggelsen, forventninger med indlæggelsen, egne erfaringer med eventuel brug af tvang og inspirationsliste omhandlende forebyggelse af aggressioner.

Ad 14) Teamet/ afsnittet har gennem hele perioden afholdt og planlagt **undervisning/kompetenceudvikling** for/af personalet. Eksempelvis i den nye psykiatrilov og i brugen af PN medicin.

Kommentarer til processen

I opstartsfasen havde vi i afsnittet mange refleksioner om vores holdninger, tilgang til patienter og pårørende, refleksioner over hvordan sammenhængen var og er mellem eksempelvis måden at tale til hinanden indbyrdes og måden at tale med patienterne. Vi var så småt begyndt at inddrage patienterne mere i deres eget behandlingsforløb, ligesom vi var i tiltagende grad opmærksomme på, hvordan medinddragelse af pårørende kunne bedre patienternes behandlingsforløb.

Det førte til nogle i første omgang ret omfattende forestillinger om, hvad vi kunne og skulle bruge dette projekt til. Ved hjælp af sekretariatet og første læringsseminar, fik vi afgrænset vores målsætning således at vi kunne arbejde med konkrete tiltag, som kunne opfylde hensigten: at bedre patientbehandlingen og nedbringe tvangsanvendelsen ved overordnet at holde os for øje, at patienterne hele tiden skal medinddrages i det der foregår omkring og med dem.

Ud fra vores tanker om, at holdning og facon internt i personale- og behandlergruppen og holdning til patienter og pårørende ikke er uafhængige af hinanden, men netop to sider af samme sag, har vi også arbejdet ud fra den målsætning der hedder, at hele personalegruppen skulle involveres i projektet.

Forløbet har vist os, at det har været muligt at realisere mange af vores tidligere tanker og ideer om god patientbehandling, netop ved hjælp af gennembrudsprojektets metoder. Det at bryde en stor og nærmest uhåndterlig ting som "holdningsændring" ned i mange delprojekter, har gjort det overskueligt, anvendeligt i den konkrete dagligdag, og man har umiddelbart kunnet se et resultat af de enkelte tiltag.

Det at teamet i projektperioden har arbejdet så vedholdende med at medinddrage patienterne (f.eks. som beskrevet andetsteds i rapporten i udformningen af behandlingsplanen og i flere konkrete PDSA-test) har smittet af på hele personalegruppen, også selv om de ikke har været så direkte involveret. Den større åbenhed og dialog mellem personale og patienter har også, uden at der er arbejdet helt specifikt på det, medført en større åbenhed og dialog internt i medarbejdergruppen.

Der har undervejs været såvel diverse vanskeligheder som muligheder for nye erfaringer, hvilket vi her kommenterer kronologisk:

Afsnittet afholdt en temadag i maj 2006, som var en inspirationsdag til det arbejde der ventede afsnittet det kommende år. Til temadagen var teamet fra afsnit N16 Brønderslev med, som var med i første bølge, de fortalte blandt andet om deres erfaringer angående tidsforbrug og teamarbejde. Deres erfaringer var medvirkende til at afsnit S8 fik bevilget en projektsygeplejerske stilling svarende til ca. 75 %. Det har været af uvurderlig betydning for projektet at der har været en tovholder, som har haft det store overblik og diverse kontakter internt og eksternt.

Teamet brugte ydermere afsnit N16's erfaringer i forhold til hurtigt at få styregruppen på plads og fastsatte de datoer, hvor teamet sammen med afsnit S6 skulle mødes med styregruppen gennem hele projektet. Derudover fik vi hurtigt organiseret os i teamet vi fik valgt en fast mødedag mandag fra kl. 10-12.

På teamets første møde fik vi lavet en stor overskuelig kalender med samtlige datoer både internt og eksternt for hele projektperioden. Der var fra start god struktur og rollefordeling i teamet hvilket resulterede i at vi var velforberedte ved første læringsseminar.

Der var meget nyt omkring IT, der skulle læres. Alt skriftligt arbejde som skulle sendes af sted, enten internt eller eksternt, var nyt. Det administrative arbejde har fyldt en stor del af projektsygeplejerskens arbejde hvor hun har fået en uvurderlig hjælp af IT afsnittet. Fra projektets start blev teamet bevilget en sekretær til at varetage indberetningerne til epidata. Der har desværre været en stor udskiftning i sekretærgruppen i projektforløbet hvilket har betydet at projektsygeplejersken fra S8 har brugt mange ressourcer på

oplæring af sekretærgruppen for til sidst alligevel at overtage indberetningen selv.

Teamet har i løbet af projektperioden gjort brug af de muligheder som projektet bygger på, det vil sige samarbejdede med diverse teams, brug af gennembrudsforum, stjålet med arme og ben samt indledt et tættere samarbejde med team S6. Den nye psykiatri-lov har medført at der har været nogle skalopgaver som har skærpet samarbejdet med afsnit s6 idet vi har fordelt disse opgaver mellem os.

Indimellem har teamet erfaret at det har været tidskrævende at komme i kontakt med sekretariatet i Århus. Det har ikke været muligt at opnå den kontakt med sekretariatet som fra teamets side var ønskeligt. Det gælder både per telefon og mail. I den forbindelse ville det være hensigtsmæssigt med en oversigt over hvem teamet kan kontakte i forhold til en opstået problemstilling. I forbindelse med dette ville det være en fordel hvis teamet havde et specifikt tidsrum, hvor teamet kunne tage kontakt til sekretariatet i Århus. Det skal dog siges, at de personer i sekretariatet som teamet har været i forbindelse med har været kompetente og fleksible i deres rådgivning til teamet. Samarbejdet blev betydelig forbedret efter nytår, hvor der kom en besked rundt til alle teams med nye telefon nr. og mail adresser.

Teamsamarbejdet har fungeret optimalt, teamet har haft en god arbejdsfordeling og rollefordeling igennem hele perioden. Fra midten af januar har afsnittet være præget af overbelægning, meget udadreagerende patienter, som følge der af flere sygemeldinger, tiltagende dårligt psykisk arbejdsmiljø og infrastruktur. Teamet har grundet ovenstående haft vanskeligheder med at holde mødeplanen internt i teamet og udarbejde PDSA test, i det omfang som teamet kunne have ønsket sig.

Teamets erfaring med at få personalet involveret i projektet, har medført at personalet har deltaget en til to personer af gangen, således at de hver især har kunnet overskue proceduren i PDSA test. Denne metode har medført at implementeringsfasen er forgået som en naturlig proces i forhold til afsnittets PDSA test.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Det mest givende ved at arbejde med metoden:

- Metoden er praksisnær, håndterbar og giver mulighed for nytænkning og kreativitet. Det er de små forandringer i arbejdet, der gør den store forskel. PDSA cirklerne gør det lettere og mere overskueligt at småskallateste, evaluere, justere og begynde forfra igen så de forandringstiltag der implementeres er rensat for fejl og mangler. Det har været vigtigt at dokumentere de gennemførte test for at kunne bevare overblikket over processen.
- En anden helt afgørende del af metoden er dokumentations- Og databehandlingsarbejde. Det, at blive tvunget til at dokumentere indsatsen, medfører automatisk en øget refleksion og opmærksomhed, som vejer tungt på den faglige vægtskål. Når dokumentationsarbejdet omsættes til målbare data har det en motiverende effekt. Hele pleje- og behandlergruppen kan direkte aflæse virkning og betydning af deres indsats i forhold til projektet.
- En tredje faktor, som har stor betydning for arbejdet, er netværksdelen. Det at mødes med andre som er optaget af de samme ting, på godt og ondt, er meget givende. Det er motiverende og inspirerende at høre om andres tiltag. At hente inspiration hos andre teams er givtigt, således at vi ikke alle skal opfinde den dybe tallerken. Vi er blevet bedre til at søge hjælp hos andre internt og eksternt. Netværksarbejdet gør det også muligt at sætte egen verden i perspektiv. Det styrker selvtrilliden, at man har noget at byde ind med, noget andre kan se muligheder i.

Det sværeste ved at arbejde med metoden:

- Plejegruppen har fra starten været interesseret i projektet men samtidig fornemmede teamet en vis frygt for forandring som kom bag på os. Projektets grundtanke skulle

præsenteres på forskellig vis afhængig af hvor hver enkelt personale var/er i forhold til udvikling og forandring.

- En anden faktor, der var svær, var at kombinere det praksisnære med det store administrative arbejde, som også var en del af projektet.

Samlede erfaringer med at arbejde med metoden:

- At være med i et nationalt projekt – at egne erfaringer og arbejde bliver sat i en større sammenhæng har været spændende og lærerigt.
- Metoden har været med til at øge samarbejdet mellem S6 og S8, to afsnit fra samme afdeling i Aalborg, som begge er med i 2. bølge. Fordelen ved dette samarbejde har været:
 - At vi har mødtes hver måned til styregruppemøder.
 - At vi har fordelt arbejdsopgaverne imellem os.
 - At vi inspirerer hinanden før, under og efter til læringsseminarerne.
 - At vi har udvekslet erfaringer.
- For det tredje har deltagelsen i projektet haft stor indflydelse på anvendelsen og kvaliteten af tvang i afsnittet, i og med at der kontinuerligt i hele perioden har været fokus på tvang i alle sammenhænge.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Som tidligere nævnt arbejdes der stadig med finpudsning af bæltefikseringsjournalen, det handler om at få rettet nogle få formuleringer til i forhold til læge tilsyn af patienten, således at det lovmæssige og afdelingsproceduren overholdes. Dette forventes færdiggjort umiddelbart efter sommerferien.

Teamet håber på at kunne genoptage brugen af fysiske aktiviteter og indretning af fysisk aktivitetsrum i afsnittet i løbet af det kommende år. I den periode under gennembrudsprojektet, hvor patienterne i afsnittet fik tilbud om fysisk aktivitet, har det vist sig, at være yderst effektivt. Patienterne giver udtryk for større selvtilfredshed, mindre uro, mindre angst og bedre døgnrytme. Udfordringen har været at finde udfoldelsesmuligheder her i afsnittet. Teamets erfaring viser, at de patienter som er indlagt her i den akutte og problematiske fase af deres sygdomsforløb, ikke kan deltage i fælles aktiviteter i for eksempel kondisalen. Dette skyldes at mange patienter har symptomer som autistisk kontaktforstyrrelse, social isolation, angst og udflydende grænser. Ofte har de brug for tryghed i genkendelige strukturerede rammer.

Teamet har yderligere erfaret gennem gennembrudsprojektet og samarbejdet med fysioterapien, at aktiviteter der forgår her i afsnittet har stor betydning for patienterne. Det er i den forbindelse at vi gerne vil lave stue 9 om til et aktivitetsrum, der både kommer til at indeholde fysiske og kreative aktiviteter.

Den form vi har arbejdet med vedrørende eftersamtaler, har ikke været den succes vi forventede. Dette skyldes formodentligt at samtalen foregår for hurtigt efter episoden. Derfor har vi påtænkt at etablere et samarbejde med de åbne afsnit så de eventuelt kan udføre samtalen på et senere tidspunkt. Vi har planer for dette samarbejde i løbet af efteråret.

Indlæggelsessamtaler er stadig et område vi arbejder ihærdigt på og vi forventer et brugbart resultat inden udgangen af året. Forventninger er et brugbart arbejdsredskab, som kan målrettet specifikt i forhold til hver enkelt patient, og til forebyggelse af tvang i afsnit S8, igennem et tæt samarbejde med patienten.

Her ved projektets afslutning er der stadig fokus på forsat at udvikle og teste forandrings tiltag i forlængelse af de allerede implementerede. Under tredje læringsseminar er vi blevet inspireret af nogle tiltag som vi overvejer at arbejde videre med: Mappe til tvangspapirer, aktivitetstjekliste, pårørendekontakt, mestringskema, risikovurdering og systematiske aktiviteter i forbindelse med bæltefiksering.

Diagrammer og tabeller

Afslutningsvis på statusrapporten har teamet valgt at fremhæve fire diagrammer fra epi-data, det er antal tvangstilbageholdelser og varighed af tvangstilbageholdelser samt "tvangstype pr. måned" og "tabeller". Teamet har valgt de to grafer omhandlende tvangstilbageholdelser udfra den vægtning, at afsnittets fokus fra starten har været nedbringelse af tvangstilbageholdelser. Som det fremgår af nedenstående grafer har vi næsten nået vores målsætning.

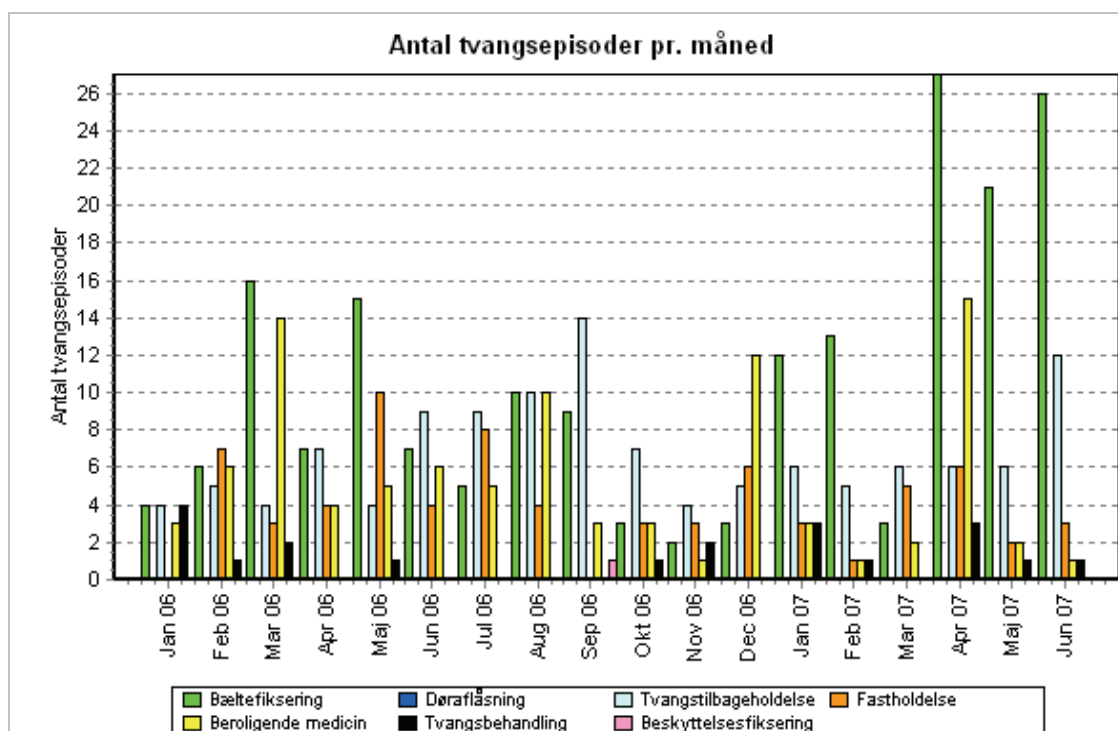
Antal tvangstype pr. måned og tabeller.

Der er ikke sket nogen dramatisk ændring i måleperioden, vurderet ud fra det samlede kurvebillede.

Det hænger blandt andet sammen med at udgangsniveauet ikke var så urimeligt højt endda. Vi havde i flere år arbejdet aktivt med at nedbringe antallet af bæltefikseringer (i et såkaldt skærmningsprojekt), hvilket generelt havde smittet positivt af på de øvrige tvangsindgreb.

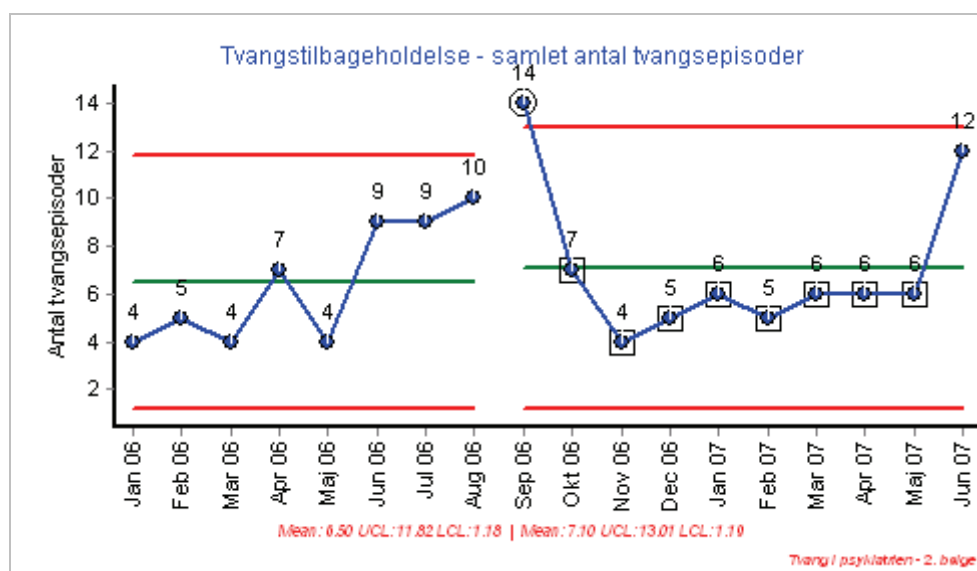
Når tallene er relativt små, har enkelte patienter i langvarige tvangsforløb, meget stor indflydelse på kurven, hvilket kan aflæses i den meget svingende kurve.

Den samme tendens mener vi at vi kunne se i tallene vedr. antal bæltefikseringer og varighed af disse – tendensen har været at vi har haft færre, men længere bæltefikseringer, som udtryk for, at i langt de fleste tilfælde, lykkes det personalet at afværge eller forebygge en bæltefiksering, men når den så trods alt bliver nødvendig, er det udtryk for at patienten er meget syg. I perioder har vi dobbeltindlagte /indlæggelser på somatiske afdelinger, hvor der ikke er de samme muligheder, som hvis patienten var indlagt i psykiatrisk regi, hvor personalet ville benytte sig af skærmning og intensiv psykiatrisk pleje. Vi har dermed ingen mulighed for at afgrænse tvangsforanstaltningerne.



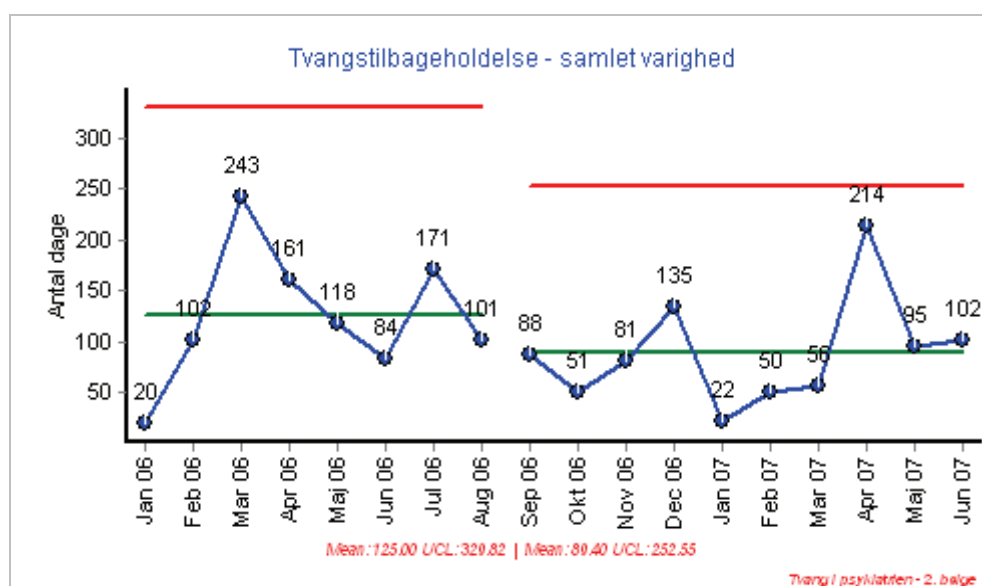
Tvangstilbageholdelse – samlet antal tvangsepisoder nr. Type 3-o2-antal-kontrol.png.

Fra oktober 2006 til maj 2007 har det samlede antal tvangstilbageholdelser ligget meget stabilt omkring 6. Denne stabilitet skyldes den måde vi inddrager patienterne på i deres egen behandlingsplan samt afholdelse af audit. I juni 2007 se vi en fordobling af antal, hvilket skyldes 7 indlæggelser med en varighed på under to døgn.



Tvangstilbageholdelse – samlet varighed.

I forhold til varigheden kan teamet se at antallet af dage er faldet med ca. 50 dage gennemsnitlig. Denne reduktion skyldes at lægerne og plejepersonalet i højere grad indgår i et ligeværdigt samarbejde med patienterne. Patienterne deltager aktivt i udarbejdelse af egen behandlingsplan og får derved medindflydelse på hele deres behandlingsforløb. Dette er en stor motivationsfaktor til at være frivilligt indlagt.



Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	8	3	6
Antal forløb med tvangsbehandling	8	3	9
Antal dage tvangsbehandling	184	94	105
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	23	31	18
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	23	31	12

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	29	36	34
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	33	49	41
Antal dage tvangstilbageholdelse	728	627	539
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	25	17	16
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	22	13	13

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	18	18	15
Antal forløb med bæltefiksering	37	25	58
Antal timers bæltefiksering	582	297	2296
Gns. antal timers fiksering pr. patient	32	16	153
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	16	12	40

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	18	16	8
Antal ordinationer af beroligende medicin	38	34	24
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	2.11	2.12	3

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	13	11	8
Antal fastholdelser	28	24	20
Gns. antal fastholdelser pr. patient	2.15	2.18	2.5

Beskyttelsesfiksering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været beskyttelsesfikseret	0	1	0
Antal beskyttelsesfikseringer	0	1	0
Gns. antal beskyttelsesfikseringer pr. patient	0	1	0

Gennembrudsprojekt

Team Herning



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Regionspsykiatrien Herning afsnit E3 Gl. Landevej 61 7400 Herning
Teammedlemmer	Sygeplejerske Randi Skousbøl, hecras@ringamt.dk, tlf. 99 27 24 03 1. reservelæge Nete Kran, hecnek@ringamt.dk, tlf. 99 27 24 29 Ergoterapeut Kirsten Vandborg kivan@ringamt.dk, tlf. 99 27 24 03 Udviklingskonsulent Kirsten Hansen Kirsten.Hansen@ps.rm.dk, tlf. 8728 4226
Beskrivelse af afsnittet	E3 har 12 enestuer og er et åbent voksenpsykiatrisk afsnit med mulighed for aflåsning af yderdør. Afsnittet er områdeopdelt og modtager patienter med alle diagnoser. Normering: 1 afdelingssygeplejerske, 1 assisterende afd. sygeplejerske, 10 sygeplejersker, 5,5 social- og sundhedsassistenter, 1 ergoterapeut, 1 fysioterapeut (15 timer), 1 socialrådgiver (15 timer), 0,5 sekretær, 0,5 overlæge, 1 1. reservelæge, 1-2 reservelæger. Regionspsykiatrien Herning arbejder systematisk med "mestringstanke-gangen"¹. Patientens bedste forsøg på at mestre sine sygdomssymptomer anerkendes, og opbygning af gode relationer og tilbud om individuelt tilpassede aktiviteter ud fra hver enkelt patients særlige forudsætninger er i fokus. Formålet er at styrke patientens evne til at bevare selvkontrol i akutte faser og til at opnå mest mulig kontrol og mestring i hverdagslivet.

¹ Metodebeskrivelse i "Håndbog for relationsbehandling", "Relationsbehandling i psykiatrien-bind V", Jens E Hansen, Ejner Rønnow, Mestringsstrategigruppen i Herning, Lars Thorgaard, Hertervig Forlag, Norge, 2006.

STATUSRAPPORT

Tvangsanvendelsen er stærkt reduceret, og der er målt en høj grad af tilfredshed hos patienter og pårørende i projektperioden. Anvendelse af tvang i akutte situationer har ikke været projektets fokus, men den største reduktion af tvang er sket her som et utilsigtet resultat.

Varighed af tvangstilbageholdelser er **forøget** med **5 %**.
Varighed af tvangsmedicineringer er reduceret med **82 %**.
Varighed af døraflåsninger er reduceret med **37 %**.
Antal bæltefikseringer er reduceret med **89 %**.
Samlet varighed af bæltefikseringer er reduceret med **97 %**.
Anvendelse af beroligende medicin er reduceret med **100 %**.
Antal fastholdelser er reduceret med **43 %**.

Resumé af resultater

86% af alle patienter, der har oplevet tvang, vurderer, at tvangen er udøvet med respekt, og de vurderer alle, at bearbejdningen af tvangsforløbet er tilfredsstillende. Der er etableret samarbejde med **83%** af de pårørende, og disse pårørende er alle tilfredse med samarbejdet med personalet.

Medarbejdernes vurdering af, om afsnittets håndtering af tvang sker på et "højt fagligt" niveau og på en "respektfuld" måde, har været stigende, og personalets score er i maj 2007 på **8,3** (skala 1-10).

Den løbende vurdering af patientens aktuelle tilstand og dermed justering af behandlingen er forfinet via øget systematisering, og bearbejdningen af tvangsepisoder er systematiseret. Aktivitetstilbuddet er udvidet, samarbejdet med pårørende er intensiveret, og der er indført tiltag, hvor man aktivt opsøger viden om patienters og pårørendes oplevelse af behandlingen.

Målsætning, resultatmål og procesmål

Afsnit E3 ville i projektperioden arbejde med at forbedre praksis omkring anvendelsen af tvang med henblik på at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang, at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang og derved reducere brugen af tvang.

Vi ville primært fokusere på at forebygge tvangsmedicineringer og tvangstilbageholdelser, øge kvaliteten af den formaliserede tvang og forbedre opfølgningen på tvangsbehandlingen for patienter med en GAF²-score < 30³.

Patienter og pårørende til patienter, der havde været udsat for tvang, blev interviewet som forberedelse til projektet, og de sagde blandt andet:

Pårørende:

"Vi har aldrig nogen sinde syntes at det har været forkert at have x (patienten) i bælte..... for så har vi vidst, at så kunne hun ikke foretage sig noget i den tid".
" Nogle gange har jeg godt kunnet ønske, at der var én, der kom og sagde: "Ved du hvad, vi vil gerne lige snakke med dig, før du går ind."

Patienter:

"Den gang var det min mening, at jeg ikke skulle medicineres.....efter 2 måneder så forstod jeg godt, jeg skulle tage medicinen.....jeg følte det lige pludselig, som om jeg vågnede op."

"Kontaktperson var godt. Hvis man har noget hele døgnet rundt, kan man spørge. Jeg snakkede, nogle gange lavede vi Sudoku"

"Det er godt at blive aktiveret" - " fylde sin dag ud".

Udsagnene bekræftede vore tanker om, at tvang kan være nødvendig, men hvordan kunne vi opkvalificere og kvalitetssikre praksis omkring anvendelsen af tvang?

Kodeord for begge parter var kommunikation, information, medinddragelse, kontinuitet, aktivitet, tryghed og forudsigelighed, og vi opstillede følgende mål:

Resultatmål:

1. Varigheden af tvangstilbageholdelser og tvangsmedicineringer reduceres med 30 % i projektperioden sammenlignet med baseline⁴.
2. Den samlede anvendelse af tvang på afsnittet reduceres med 50% i projektperioden sammenlignet med baseline.
3. 80 % af alle patienter, der har oplevet tvang, vurderer, at brugen af tvang foregår respektfuldt.
4. 90 % af alle de tvangsbehandlede patienter vurderer, at bearbejdningen af en tvangsbehandling (et tvangsforløb) er tilfredsstillende.
5. Der etableres samarbejde med 80% af de pårørende.
6. 90 % af de pårørende er tilfreds med samarbejdet med personalet på afsnittet.
7. Alle medarbejdere vurderer, at afsnittets håndtering af tvang sker på et "højt fagligt" niveau og en "respektfuld måde".

² GAF – Global assesment of functioning scale er en skalaopbygget vurdering af symptomer og aktuelle funktionsniveau; denne vurdering foretages af personalet.

³ GAF-score<30 er udtryk for, at patienten har brug for en høj grad af beskyttelse og støtte i miljøbehandlingen.

⁴ Baseline er data fra en etårig sammenligningsperiode før projektstart: 01.07.2005 – 30.06.2006.

Procesmål :

- a. Alle tvangsbehandlede patienter tilbydes kontinuerlig psykoedukation vedr. tvangsanvendelsen
- b. Alle patienter tilbydes eftersamtale efter ophørt tvangsbehandling
- c. Der udarbejdes en guideline for rolle- og opgavefordeling ved tvangsmedicinering
- d. Ved alle skærmninger anvendes en guideline for skærmningspersonens roller og opgaver
- e. Der udarbejdes et fast aktivitetstilbud til patienter, som er skærmet til stuen
- f. Alle skærmede patienter og patienter i tvangsbehandling COPM-testes⁵
- g. Der udarbejdes en fast struktur for afsnittets konferencer med henblik på at kvalificere pleje- og behandlingsindsatsen, herunder brugen af tvang
- h. Der udarbejdes en vejledning for overflytning af patienter fra modtageafsnit
- i. Der udarbejdes en informationsfolder om E3, som gennemgås med patienten inden overflytning til afsnittet
- j. Alle pårørende tilbydes samarbejde med behandlerteamet
- k. Alle pårørende får udleveret en folder om pårørendesamarbejdet på afsnittet
- l. Alle medarbejdere på afsnittet informeres om og undervises i det strukturerede pårørendesamarbejde
- m. Alle medarbejdere på E3 undervises i kommunikation og konflikthåndtering med henblik på at bedre relationsbehandlingen
- n. Der etableres et auditeringssystem med fokus på anvendelsen af tvang
- o. Der gennemføres to dialogmøder⁶ i projektforsløbet med henblik på monitorering af den patientoplevede kvalitet

Målinger

Følgende målemetoder er benyttet ved opgørelse af resultatmål:

- Mål 1: Optælling og analyse af data vedr. formaliserede tvangsforanstaltninger via Epi-data⁷ i 12 mdr.
- Mål 2: Optælling og analyse af data vedr. formaliserede tvangsforanstaltninger via Epi-data i 12 mdr.
- Mål 3: Optælling af svar på standardspørgsmål ved eftersamtaler efter tvangsforanstaltninger i 3 mdr.
- Mål 4: Optælling af svar på standardspørgsmål ved eftersamtaler efter tvangsforanstaltninger i 3 mdr.
- Mål 5: Løbende registrering og optælling af kontakter med pårørende i 3 mdr.
- Mål 6: Pårørendes kvalitetsvurdering indhentet via besvarelse af spørgeskemaer ved udskrivelse eller ved telefonisk besvarelse ved opringning til udskrevne patienters pårørende; optælling af besvarelser i 2 mdr.
- Mål 7: Kontinuerlig månedlig undersøgelse blandt medarbejdere med scoring på 0-10 skala i 7 mdr.

⁵ Canadian Occupational Performance Model - COPM-test belyser, hvilke aktiviteter den enkelte selv finder det væsentligt at prioritere. Testen er udviklet i Canada og er en ergoterapeutisk undersøgelsesmetode.

⁶ Dialogmøde er en metode til at belyse patienters oplevelse af behandlingsforløb; Sygeplejersken 13-14/2006

⁷ Epidata er et database-program, som anvendes til bearbejdelse af data vedrørende tvang; beregningerne bygger på indberettede tal til Sundhedsstyrelsen.

Resultater

I dette afsnit beskrives først de kvantitative resultater, som er opnået for resultatmålene, og dernæst de kvalitative resultater, som er nået for procesmålene.

Resultatmål 1 og 2 er opgjort ved at sammenholde baseline-perioden fra 01.07.2005. – 30.06.2006 med projektperioden fra 01.07.2006 – 30.06.2007 og er beregnet ud fra de beskrevne målinger.

Som helhed er målopfyldelsen meget høj.

Resultatmål

1. **Mål:** Varighed af tvangstilbageholdelser og tvangsmedicineringer reduceres med **30 %**.

Resultat: Varighed af tvangstilbageholdelser er **forøget** med **5 %** i projektperioden. Varighed af tvangsmedicineringer er reduceret med **83 %** i projektperioden.
(Figur 1-3, side 6).

2. **Mål:** Den samlede anvendelse af tvang på afsnittet reduceres med **50 %**. Dette mål er formuleret meget bredt. Vi har valgt først at redegøre for ændringerne for hver enkelt type tvang. Dernæst har vi beregnet reduktionen i forhold til antal og i forhold til den samlede varighed af de anvendte tvangsforanstaltninger.

(Figur 4-9, side 7-8, figur 10-11, side 20).

Resultat: Antal døraflåsninger er **forøget** med **12 %**.

Varighed af døraflåsninger er reduceret med **37 %**.

Antal bæltefikseringer er reduceret med **89 %**.

Samlet varighed af bæltefikseringer er reduceret med **97 %**.

Anvendelse af beroligende medicin er reduceret i antal med **100 %**.

Antal fastholdelser er reduceret med **43 %**.

Det samlede antal tilfælde, hvor der er anvendt tvang, er reduceret med **45 %**.

Varighed af tvangstilbageholdelse, tvangsmedicinering, døraflåsning samt bæltefiksering er samlet reduceret med **53%**.

3. **Mål:** **80 %** af alle patienter, der har oplevet tvang, vurderer, at behandlingen foregår på en respektfuld måde.

Resultat: **86 %**

4. **Mål:** **90 %** af de tvangsbehandlede patienter vurderer, at bearbejdningen af en tvangsbehandling er tilfredsstillende.

Resultat: **100%**

5. **Mål:** Der etableres samarbejde med **80 %** af de pårørende.

Resultat: **83 %**

6. **Mål:** **90 %** af de interviewede pårørende er tilfredse med samarbejdet med personalet.

Resultat: **100 %**

7. **Mål:** Alle medarbejdere vurderer, at afsnittets håndtering af tvang sker på et "højt fagligt" niveau og en "respektfuld" måde.

Resultat: Personalets score (skala 1-10) er steget fra 6,3 i oktober 2006 til 8,3 i maj 2007 (figur 12).

Resultatmål 1: "Varighed af tvangstilbageholdelser og tvangsmedicinering reduceres med 30 %" belyses i figur 1 – 3:

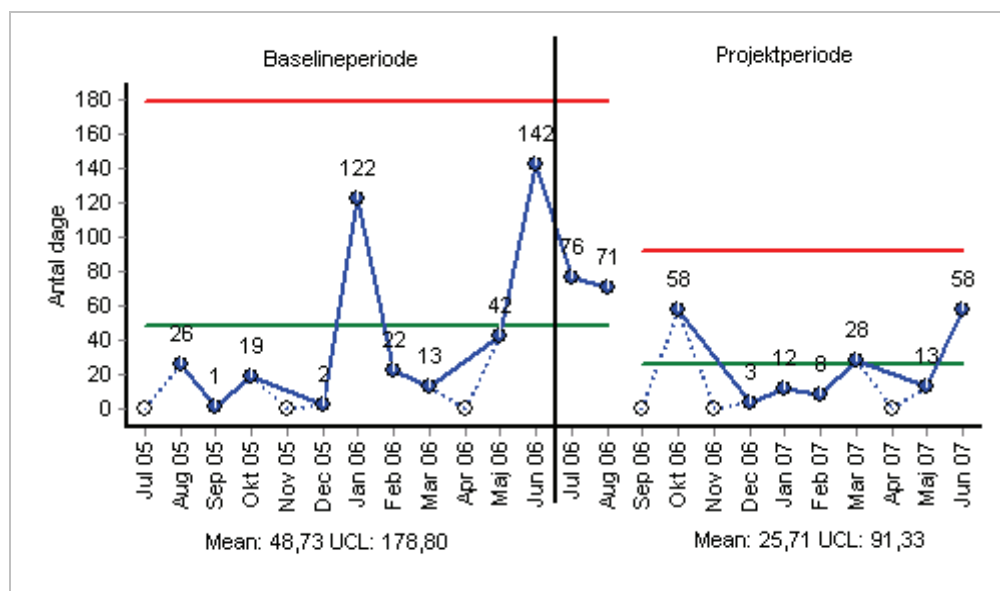
Figur 1

Tvangsmedicinering	Baselineperiode			Projektperiode		
	2. halvår 05	1. halvår 06	Sum	2. halvår 06	1. halvår 07	Sum
Antal tvangsmedicinerede patienter	1	3	4	1	1	2
Antal forløb m. tvangsmedicinering	1	4	5	1	1	2
Antal dage tvangsmedicinering	47	254	301	10	44	54
Gennemsnitligt antal dage tvangsmedicinering pr. patient	47	85	-	10	44	-
Gennemsnitligt antal dage tvangsmedicinering pr. forløb	47	64	-	10	44	-

Figur 2

Tvangstilbageholdelse	Baselineperiode			Projektperiode		
	2. halvår 05	1. halvår 06	Sum	2. halvår 06	1. halvår 07	Sum
Antal tvangstilbageholdte patienter	7	8	15	9	6	15
Antal forløb m. tvangstilbageholdelse	8	10	18	9	7	16
Antal dage tvangstilbageholdelse	112	585	697	572	157	729
Gennemsnitligt antal dage Tvangstilbageholdelse pr. patient	16	73	-	64	26	-
Gennemsnitligt antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	14	58	-	64	22	-

Figur 3: Tvangstilbageholdelse – gennemsnitlig varighed pr. tvangsbehandlet patient



Varighed af tvangsmedicinering er reduceret med **82 %**.

Varighed af tvangstilbageholdelse er **øget** med **5 %**, og dermed er denne del af målet ikke opfyldt.

Figur 3 viser, at der er meget stor variation i, hvor lang tid en tvangstilbageholdelse kan strække sig. De længste tilbageholdelser knytter sig til patienter, som har belastende

sygdomsforløb, ofte på baggrund af en skizofren lidelse. I gennemsnit er der årligt 2-3 af disse patienter indlagt på afsnittet.

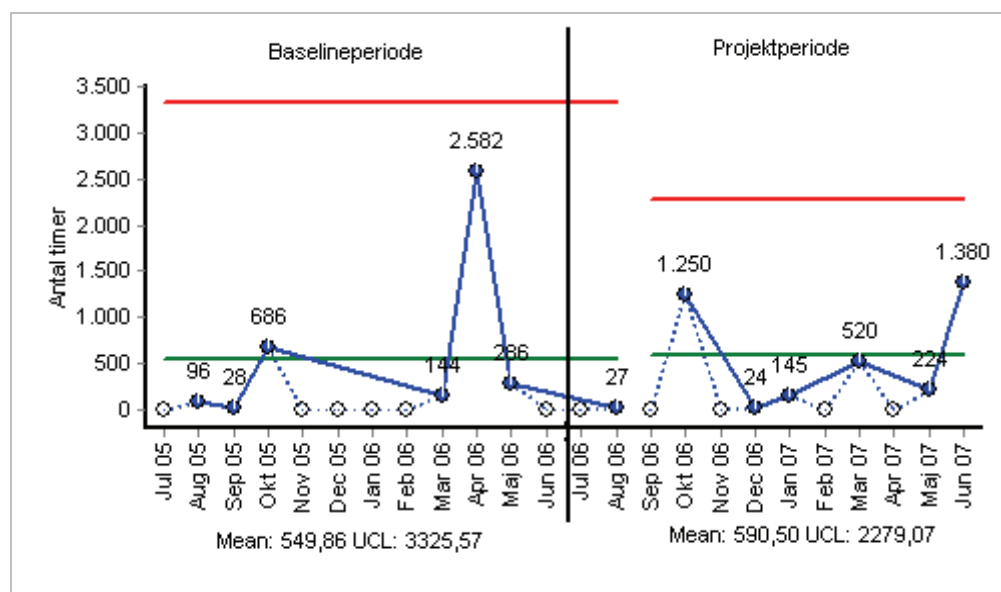
En enkelt patient kan derfor betyde meget store udsving i tvangsanvendelsen, og det vil fordre en betydeligt længere måleperiode at afklare, om en reduktion, som den ovenfor viste, er udtryk for tilfældig variation eller for en varig ændring

Resultatmål 2: "Den samlede anvendelse af tvang på afsnittet reduceres med 50 % " belyses i figurer 4 – 9

Figur 4:

Døraflåsning	Baselineperiode			Projektperiode		
	2. halvår 05	1. halvår 06	Sum	2. halvår 06	1. halvår 07	Sum
Antal patienter, som døren er låst for	3	5	8	3	6	9
Antal forløb med døraflåsning	3	5	8	3	7	10
Antal timers døraflåsning	811	5880	6691	1300	2935	4235
Gennemsnitligt antal timers døraflåsning pr. patient	270	1176	-	433	489	-
Gennemsnitligt antal timers døraflåsning pr. forløb	270	1176	-	433	419	-

Figur 5: Døraflåsning – gennemsnitlig varighed pr. tvangsbehandlet patient



Antal døraflåsninger er **øget** med **12 %**.

Varighed af døraflåsninger er reduceret med **37 %**

Figur 5 viser - som figur 3 om tvangstilbageholdelse - hvor udtalt variation, der er mellem de enkelte forløb. Patientens funktionsniveau og symptomernes sværhedsgrad afspejles bl.a. i varigheden af en døraflåsning, og nedenstående er eksempler på, hvor stor forskel der kan være fra forløb til forløb.

I dette projekt registreres tvangsanvendelsen i den måned, hvor tvangen ophører, og gennemsnittet på 2582 timer i april 2006 er udtryk for to døraflåsninger, som tilsammen har varet 5880 timer: et forløb på 180 døgn fra 18.10.05 – 26.04.06 og et forløb på 34 døgn fra 28.02.- 03.04.06.

I december 2006 ses et gennemsnit på 24 timer, hvilket viser månedens eneste døraflåsning, som strakte sig over ét døgn.

Afsnit E3 er et åbent afsnit, og døraflåsning registreres i henhold til psykiatriloven altid som en tvangsforanstaltning, men en aflåsning kan ske efter aftale med og undertiden efter ønske fra en patient, som ønsker behandling, men som trods sit ønske kan have vanskeligt ved at forblive på afsnittet, hvis døren er åben. I disse tilfælde kan patienten efter ønske få døren låst op igen.

En sådan frivillig døraflåsning registreres som en tvangsforanstaltning, men da patienten ikke dermed er tvangstilbageholdt, forløber graferne for tvangstilbageholdelse og døraflåsning ikke parallelt, hvilket man umiddelbart kunne have forventet

Figur 6:

Beroligende medicin	Baselineperiode			Projektperiode		
	2. halvår 05	1. halvår 06	Sum	2. halvår 06	1. halvår 07	Sum
Antal patienter, som har fået ordineret beroligende medicin	1	1	2	0	0	0
Antal ordinationer af beroligende medicin	5	1	6	0	0	0
Gennemsnitligt antal ordinationer pr. patient	5	1	-	0	0	-

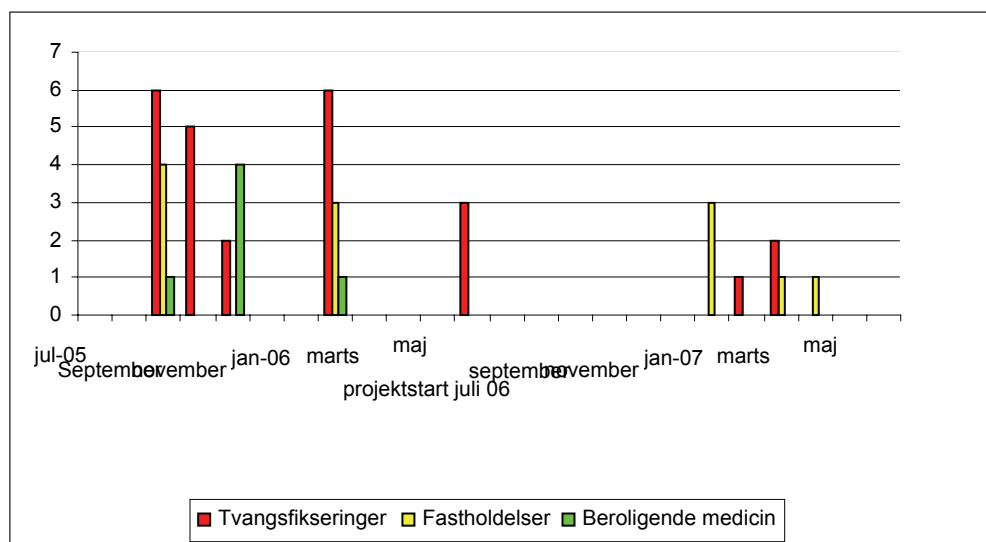
Figur 7:

Fastholdelse	Baselineperiode			Projektperiode		
	2. halvår 05	1. halvår 06	Sum	2. halvår 06	1. halvår 07	Sum
Antal patienter, som er fastholdt	1	1	2	0	2	2
Antal fastholdelser	4	3	7	0	4	4
Gennemsnitligt antal fastholdelser pr. patient	4	3	-	0	2	-

Figur 8

Bæltefiksering	Baselineperiode			Projektperiode		
	2. halvår 05	1. halvår 06	Sum	2. halvår 06	1. halvår 07	Sum
Antal bæltefikserede patienter	2	3	5	0	2	2
Antal forløb med bæltefiksering	10	8	18	0	2	2
Antal timers bæltefiksering	1255	182	1437	0	45	45
Gennemsnitligt antal timers fiksering pr. patient	628	61	-	0	23	-
Gennemsnitligt antal timers fiksering pr. forløb	126	23	-	0	23	-

Figur 9: Antal tvangsfikseringer, fastholdelser og ordinationer af beroligende medicin



Anvendelse af beroligende medicin er reduceret med **100 %**

Antal fastholdelser er reduceret med **43 %**

Antal bæltefikseringer er reduceret med **89 %**

Samlet varighed af bæltefikseringer er reduceret med **97 %**

Beskyttelsesfiksering har ikke været anvendt.

Når en patient oplever voldsom angst og uro, som medfører tab af selvkontrol, kan det føre til anvendelse af tvangsformer som fastholdelse, bæltefiksering og beroligende medicin, som alle relaterer sig til en akut situation.

Den mest markante reduktion i projektførløbet er sket i anvendelsen af tvang i forbindelse med akutte situationer, hvilket ikke har været et udpeget fokus for indsatsen. Dette utilsigtede resultat kan formentlig tilskrives en kombination af arbejdet med de aktuelle procesmål og effekt af praksisændringer fra tidligere udviklingsprojekter.

Resultatmål 2: "Den samlede anvendelse af tvang reduceres med 50 %" er ved projektets start formuleret meget bredt. I det foregående har vi redegjort for ændringerne for hver enkelt type tvang.

Ud fra den beskrevne meget voldsomme tilfældige variation finder vi, at antallet af tvangsepisoder isoleret set giver et upræcist billede af tvangsanvendelsens tyngde, men trods det er det naturligvis væsentligt, at antallet er reduceret.

I baselineperioden blev der i alt anvendt tvang i 62 tilfælde, og i projektperioden var der 34 tvangsepisoder. Dette svarer til en reduktion i det samlede antal tvangsepisoder på **45 %**.

Varighed af tvangstilbageholdelse, tvangsmedicinering, døraflåsning samt bæltefiksering er i projektperioden samlet reduceret med **53 %**.

I det følgende beskrives arbejdet med procesmålene, som danner baggrund for ovenstående resultater.

Procesmål

Vore 15 procesmål præsenteres i fire temaer:

- Miljøterapi og relationsbehandling
- Aktivitet
- Pårørendesamarbejde
- Kvalitet af tvang

Mange indsatser slynger sig sammen i den kvalitetsudvikling, som vi er en del af, og som vi bygger videre på. Det akutte modtageafsnit på Psykiatrisk Afdeling Herning deltog i 2004 - 05 i "Det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien med anvendelse af "Gennembrudsmetoden"", siden kaldet "1. bølge af gennembrudsprojektet". Metoder og redskaber herfra retter sig mod pleje og behandling i den akutte periode, og selvkontrolskema, eftersamtale efter tvangsfiksering og guidelines for aktiviteter er integreret efter 1. bølge. Sideløbende har vi de seneste tre år arbejdet med mestring og relationsbehandling, og her i projektet har vi meget bevidst valgt at bruge tankegang og værdier fra mestringsprojektet⁸ i vekselvirkning med erfaringer fra 1. bølge.

Udgangspunktet for arbejdet med alle procesmålene er PDSA-metoden⁹:

- P Plan: Hvilken forandring ønsker vi at opnå ud fra nuværende praksis?
- D Do: Prøv det af på ganske få situationer (småskalatest).
- S Study: Evaluér på de tilbagemeldinger og oplevelser, som tilkendes.
- A Act: Har tiltaget været virksomt eller skønnes det brugbart, da rettes materialet eventuelt til og prøves af med flere deltagere (storskalatest).

Nogle procesmål (E, L, M) beskriver enkeltstående tiltag eksempelvis i form af undervisning, og her har PDSA-metoden ikke været anvendt fuldt ud, men der er arbejdet med disse procesmål ud fra samme tankegang.

Miljøterapi og relationsbehandling

Omdrejningspunktet er etablering af så god en relation som muligt til hver individuel patient for derved at støtte det bedst mulige behandlingsresultat og den bedst mulige prognose.

De patienter, som er afsnittets kernegruppe, har lange sygdoms- og indlæggelsesforløb, hvor tilstanden er meget varierende, og den enkeltes funktionsniveau og evne til at opretholde kontakt til andre kan svinge betydeligt fra dag til dag.

Det er en væsentlig opgave for personalet at skabe bæredygtig kontakt til den enkelte og at støtte den enkelte patients erkendelse af muligheder og begrænsninger ud fra det aktuelle funktionsniveau og symptom billede. Dette stiller krav om nuancerede faglige og personlige kompetencer indenfor områderne kommunikation, samarbejde, konflikthåndtering og psykodynamiske metoder.

Patienterne har ofte svære symptomer og kan have meget basale vanskeligheder, eksempelvis manglende evne til at varetage personlig hygiejne. Det fordrer udstrakt empati og forståelse at støtte patienterne og at stimulere dem til at deltage i afsnittets miljøterapi, hvilket er en væsentlig del af den målrettede behandling.

Alle tvangsbehandlede patienter tilbydes kontinuerlig psykoedukation vedrørende tvangsanvendelsen

Hvis en patient, der har været udsat for tvangsanvendelse, skal undgå, at dette gentager sig, kan det tænkes, at en undervisende tilgang fra personalet kan medvirke til, at patienten bedre forstår, hvad der udløste tvangsanvendelsen, og dermed bedre kan foregribe fornyet tvang. Derfor er kontinuerlig psykoedukation vedrørende tvang et område, som personalet har ønsket at udvikle, men denne proces er stadig søgende. Udviklingsmulighederne er bl.a. drøftet på en fælles temadag.

Vi ser to forskellige aspekter, hvor vi både ønsker at arbejde med planlagt undervisning og med at inddrage undervisningselementet ved at gribe chancen, når den er der i det daglige samvær med patienten. Vi har skærpet opmærksomheden på, hvordan vi allerede nu tilrettelægger indsatsen i relationsbehandlingen, så aktivitet og samtale får et undervisende element ud fra patientens aktuelle funktionsniveau.

For patienter, som hører stemmer, har vi i afsnittet fokus på metoder, som kan hjælpe til at opnå mere kontrol i forhold til at høre stemmer, og her er det undervisende og erkendelsesfremmende element vigtigt. Patienterne får lettere ved at tale om deres oplevelser, og dermed kan vi i fællesskab udforske metoder til at mestre svære situationer, så angst eller angst for kontroltab mindskes.

Ovennævnte erfaringer kan inspirere til vores fortsatte arbejde med undervisning

vedrørende tvangsanvendelse; vi ønsker bl.a. at formulere skriftligt materiale som inspiration til den enkelte medarbejder og eventuelt udvikle guidelines.

Der udarbejdes en fast struktur for afsnittets konferencer med henblik på at kvalificere pleje- og behandlingsindsatsen, herunder brugen af tvang

Det første forslag til ændret konferencestruktur viste sig for omfattende og blev revurderet. Det indebar blandt andet fordybelse i patientens livshistorie samt systematisk brug af GAF-score. Praksis viste, at brugen af GAF-score blev gennemført, og denne er nu integreret som fast procedure.

Tilrettelæggelse af behandlingen sker som hidtil ud fra patientens aktuelle funktionsniveau og symptombillede, men en mere systematisk brug af GAF-scoring har medvirket til, at nye observationer fra samvær med patienten hurtigere munder ud i en ændret faglig vurdering af patientens tilstand. En "fornemmelse" af forandring kommer til udtryk som en ændret GAF-scoring, og scoringen gør det muligt at følge patientens udvikling mere præcist. Dermed kan behandlingen hurtigere og mere målrettet gradueres og ændres i forhold til de miljøterapeutiske principper (den norske model)¹⁰. Den systematiske brug af GAF-scoring betyder samtidig, at tvangsforanstaltninger hurtigere søges ophævet, fordi scoringen kvalificerer den faglige vurdering af patientens aktuelle tilstand.

På konferencen har vi desuden løbende fokus på både de instinktive og de bevidste mestringsstrategier, patienten tager i brug. Formålet er at forstå og at støtte patienten i at begynde at komme sig.

Der udarbejdes en vejledning for overflytning af patienter fra modtageafsnit med henblik på at skabe tryghed for patienten, undgå opstartskonflikter og sikre kontinuitet i pleje- og behandlingsforløbet

PDSA-forløbet var specielt ved dette procesmål.

Planlægningsfasen var omfattende, langstrakt og udfordrende, og det krævede flere møder og mange meningsudvekslinger at nå frem til en vejledning for overflytning, som virkede brugbar for begge de involverede afsnit. De to afsnit har forskellige kulturer, hvilket blev tydeliggjort gennem processen, og udvekslingen af synspunkter bevægede sig frem og tilbage. En opdeling i vejledningen i informationer, som "skal", "bør" og "kan" gives ved overflytning, krævede megen debat, og et andet diskussionstema drejede sig om betydningen af og graden af patientens tilstedeværelse, mens informationerne blev givet.

Da vejledningen omsider var udformet, skete der det overraskende, at der foregik en lynhurtig småskalatest, og vejledningen fungerede så godt, at den spontant blev taget i brug ved overflytning til andre afsnit, samtidig med at testningen fortsatte.

Vejledningen har især vist sig nyttig for nyere personale og i tidspressede situationer, hvor det er lettere at prioritere det væsentligste, når man har skriftligt materiale at støtte sig til, men også rutineret personale fra begge involverede afsnit har fundet det gavnligt at have en klar vejledning at støtte sig til. Vejledningen har fået positiv respons gennem samtlige evalueringer.

Før projektstart skete det jævnligt, at en overflytning af en patient fra modtageafsnittet førte konflikter med sig. Adgangsforholdene til den fælles lukkede have er forskellige for de to afsnit, og derfor fik patienter med begrænset udgang let en oplevelse af at komme til en mere restriktiv afdeling. I forhold til rygere er kombinationen af den lokale rygepolitik og begrænset udgang et latent konfliktpotentiale. Efter ibrugtagelsen af vejledningen har der ikke været konflikter ved overflytninger.

Det forbedrede samarbejde mellem afsnittene i forbindelse med overflytninger betyder for patienten en højere grad af kontinuitet og tryghed i behandlingen.

Der udarbejdes en informationsfolder om E3 som gennemgås med patienten inden overflytning til afsnittet

Informationsfolderen til patienter er udviklet, testet og anvendes ved overflytning fra modtageafsnittet.

Skriftligt materiale gør det lettere for patienterne at få indtryk af hverdagens struktur ved overflytning mellem afsnit og at opnå og fastholde overblik over hverdagen på det

nye afsnit, hvor dagsprogram og muligheder i miljøet kan være anderledes. Mere viden og dermed større forudsigelighed modvirker angst og uro, og forebygger dermed konflikter ved overflytning.

Alle medarbejdere på E3 undervises i kommunikation og konflikthåndtering med henblik på at bedre relationsbehandlingen

Alle medarbejdere på E3 har modtaget undervisning samlet på en hel temadag. Dette betød drøftelse af værdier, teoretisk viden og egne erfaringer. Samtidig fik vi en fælles, skærpet opmærksomhed på, hvad vi ønsker at vide mere om og at udvikle, og hvor vi føler os godt rustet til at give god behandling.

Der udarbejdes en guideline for skærmningspersonens rolle og opgaver under hensyntagen til den faglige kompetence

Når en patient skal skærmes, indkaldes der ofte eksterne medarbejdere, og vi har derfor valgt at udforme guidelines målrettet henholdsvis interne og eksterne medarbejdere. Udgangspunktet er principper for god relationsbehandling og intensiv sygepleje. Disse guidelines er under udvikling og vil senere blive testet.

Vi forventer, at patienterne derved vil opleve en større grad af tryghed og forudsigelighed i den intensive behandling, som skærmning udgør.

Aktivitet

I relationsbehandlingen er vi meget bevidste om at anvende aktiviteter, som hjælper til mestring af svære symptomer, eksempelvis ved at aflede fra eller dæmpe angst, uro eller aggression.

Aktiviteter kan samtidig understøtte, at der skabes kontakt til patienter, som har vanskeligt ved at udtrykke sig verbalt, og at patienter, som har et lavt funktionsniveau og har svært ved at være i relation til andre, kan opnå mulighed for at tilknytte sig personalet og afsnittet gennem kendt og meningsfuld aktivitet.

Brug af aktiviteter kan medvirke til at skabe et individualiseret tilbud og til at give tiden mening, og vi ønskede at have et bredt og varieret udvalg af relevante og moderne aktivitetstilbud indenfor rækkevidde på afsnittet.

Der udarbejdes et fast aktivitetstilbud til patienter, som er skærmet til stuen

Ringkøbing Amt tildelte i efteråret 2006 midler til indkøb af moderne aktiviteter, og såvel patienter som personale blev rådspurgt om indkøb. Der er indkøbt musik, ghettoblaster, MP3 afspiller, fjernsyn med DVD afspiller, film, PC'er, Playstation 2, computerspil, diverse puslespil og ballstick-bolde. Vi har anskaffet en transportabel vogn, så adgangen til aktivitetsmaterialerne lettes, og der er udarbejdet vejledninger for de enkelte aktiviteter til støtte for plejepersonalet.

Fortrolighed med aktiviteter er en forudsætning for naturligt at tilbyde dem, og alle medarbejdere har haft materialerne i hænderne på en fælles temadag, hvor fysioterapeuten desuden underviste samtlige medarbejdere i anvendelse af redskaber og aktiviteter, der øger og forbedrer kropsfornemmelsen og derigennem medvirker til at reducere angst og uro.

Disse aktivitetstilbud er alle støttende for og målrettet til patienter, der skærmes til stuen, og som en udvidelse tilbydes de ligeledes til alle patienter med GAF-score < 30.

Alle skærmede patienter og patienter i tvangsbehandling COPM-testes

Formålet med COPM-materialet er, at det tydeliggøres, hvilke aktiviteter den enkelte lægger vægt på at kunne gennemføre i hverdagen, således at der kan ske en individuel tilpasning af de aktiviteter, der tilbydes, og således, at patienten ikke tilbydes aktiviteter ud fra en standardbetragtning.

I COPM-testen er tanken, at patienten ved tal scorer på hvert enkelt aktivitetsproblem efter sin egen prioritering, men dette viste sig at være særdeles vanskeligt og krævende og dermed uanvendeligt for patienter, som er svært syge. Testen bruges i stedet i revideret form som udgangspunkt for valg af aktivitet og for planlægning af relevant behandling ud fra patientens egen oplevelse af, hvad der er meningsfuldt.

For den enkelte patient betyder meningsfulde aktiviteter, som er gennemførlige, at det bliver lettere at håndtere hverdagen. Individuelt tilpassede aktiviteter kan samtidig medvirke til, at den enkelte hurtigere bliver bevidst om, hvad der kan være virksomt, når svære symptomer skal kontrolleres.

Pårørendesamarbejde

På afsnittet findes der overordnede politikker for pårørendesamarbejde. Disse er værdibaserede og angiver ikke som sådan en standard for, hvordan den enkelte medarbejder griber kontakten til den pårørende an.

Opstarts-interviewene med pårørende, som var en del af forberedelsen til projektet, bekræftede, at den gode kontakt til pårørende er vigtig. For medarbejderne satte alene dét at høre de pårørende fortælle en god proces i gang.

Styrkelse af pårørendesamarbejdet har taget udgangspunkt i de refleksioner, personalegruppen sammen har haft ud fra de indledende interviews og egne erfaringer med samarbejde.

Det er vigtigt, at de pårørende støttes af hensyn til deres egen trivsel, og samtidig er de pårørendes opbakning til patientens deltagelse i behandlingen væsentlig.

Pårørende, som har forståelse for og viden om behandlingen, kan være med til at støtte og skabe tryghed for den svært syge patient, så patienten hurtigere bliver i stand til at opnå tilknytning til behandlerne. Dermed kan behandlingen hurtigere iværksættes og tilrettelægges i samarbejde med patienten.

Alle pårørende tilbydes samarbejde med behandlerteamet

Personalet har i projektperioden taget initiativ til kontakt med de pårørende på en meget mere udfarende måde end tidligere og har undervejs omtalt sig selv som "pågående" eller "påtrængende". De pårørende tilkendegiver imidlertid tilfredshed med kontakten, og i tidligere pårørendetilfredshedsundersøgelser har det været et tilbagevendende ønske fra pårørende, at personalet tager initiativ til kontakt. Trods personalets oplevelse af at trænge sig på overfor nogle pårørende, er der derfor grund til at antage, at det er rigtigt at være initiativrig, opsøgende og vedholdende for at etablere godt samarbejde med de pårørende.

Til støtte for processen har et par medarbejdere haft en særlig opgave i at registrere og fastholde dette mål i dagligdagen, og projektførelsen har medført en generel, øget opmærksomhed på vigtigheden af at skabe kontakt til de pårørende.

De pårørende giver udtryk for, at de føler sig godt modtaget i afsnittet, og at deres behov bliver imødekommet.

Alle pårørende får udleveret en folder om pårørendesamarbejdet på afsnittet

Denne folder er udarbejdet og taget i brug.

Udlevering af folderen giver anledning til at skabe kontakt til de pårørende, og hensigten er at lægge op til dialog og samarbejde så tidligt som muligt.

Folderen opleves som et godt udgangspunkt for at afstemme gensidige forventninger, og den giver naturlig anledning til at drøfte det kommende samarbejde mellem patient, pårørende og personale.

Det vides fra tidligere undersøgelser¹¹, at inddragelse af og samarbejde med de pårørende giver en bedre prognose for patienten.

Alle medarbejdere på afsnittet informeres om og undervises i det strukturerede pårørendesamarbejde

Hvad har betydning og værdi for den pårørende i samarbejdet, og hvordan kvalificerer vi personalegruppen? Disse spørgsmål arbejdes der fortsat med, og inspiration hentes fra en guideline om god kommunikation med patienten, som er udsprunget af dialogmødet (beskrives senere), fra de forberedende interviews med pårørende og fra egne praksiserfaringer. Pårørendesamarbejde har bl.a. været et tema på en fælles undervisningsdag for afsnittets samlede personale, og der arbejdes på en guideline om kommunikation og godt samarbejde med de pårørende. Samtidig er der fokus på relevant undervisningsmateriale og på introduktion til nyansatte og studerende.

Kvalitet af tvang

Vi ønsker at iværksætte behandling i samarbejde med og i gensidig forståelse med vore patienter, men det kan være nødvendigt at anvende tvang i behandlingen af svært syge, som ikke har erkendelse af egen situation, eller som ikke kan varetage egne basale behov.

Det har været givende at høre patienter fortælle om den tvang, de har været udsat for, og om, hvordan de i efterforløbet ofte har kunnet se det som en hjælp, at personalet tog over og turde tage ansvar. Nogle patienter har kunnet fortælle, hvor angste de var for, at vi ville gøre dem ondt, og nogle troede endog, at vi ville slå dem ihjel, når vi tilbød medicin. Dette gjorde et stærkt indtryk.

Alle patienter tilbydes eftersamtale efter endt tvangbehandling

Med udgangspunkt i erfaringer og materiale fra 1. bølge har vi fra projektstart haft fokus på at afholde samtale efter alle former for tvang, hvilket er blevet et lovkrav i løbet af projektperioden. Vi ser det som en meningsfuld samtale, som også har element af erkendelsesarbejde, mestring og undervisning. Patienterne finder det meningsfuldt at kunne bearbejde det skete, og samtalen giver mulighed for at sætte fokus på eventuelle advarselssignaler op til tvangsepisoden med henblik på at undgå lignende situationer fremover.

Der er arbejdet med indhold og systematik, og der er udviklet én guideline, som anvendes efter alle typer tvangsanvendelse.

Der udarbejdes en guideline for rolle- og opgavefordeling ved tvangsmedicinering

Behovet for klarhed over rolle- og opgavefordeling blev tydeliggjort ved en af vore indledende øvelser - "walk-through-øvelsen": Medarbejderne havde roller som patient og personale i en iscenesat tvangsmedicinering, som blev optaget på video, gennemset og drøftet i fællesskab.

Der er udarbejdet en guideline, som er en huskeliste over de spørgsmål, der skal overvejes inden en given tvangsmedicinering. Den testes stadig i små-skala, og dette forandringsarbejde vil fortsætte efter projektperioden.

En veldefineret rolle- og opgavefordeling skal medvirke til at gøre tvangsforanstaltningen mindst mulig overgribende og voldsom.

Der etableres et auditeringssystem med fokus på anvendelsen af tvang

Dette procesmål nåede aldrig længere i PDSA-cirklen end til planlægningsfasen, som til gengæld både var omfattende og lærerig.

"P – plan": Tidligt i forløbet var der fastsat en dato, nedsat en tværfaglig auditgruppe, og det var besluttet, at 15 journaler skulle indgå. Der ville være et overlap til en anden audit, og begge audits kunne med deltagelse af en ekstern uddannelseslektor indgå som et uddannelseselement for en yngre læge. På papiret en udmærket plan med mange forskellige aspekter inkorporeret.

De seneste 15 forløb med tvangsanvendelse blev valgt, anonymiseringen blev påbegyndt og viste sig uventet tidrøvende, og de første alvorlige betænkeligheder indtrådte.

De 15 (påkrævet antal for repræsentativitet) journaler var for overvældende, og vi planlagde en audit af 3 journaler med klassiske problemstillinger, i alt ca. 150 sider. Der var mange prioriteringsdrøftelser, og sluttelig viste den påkrævede overlægedeltagelse sig i praksis umulig, og audit blev aflyst.

"D – do" blev således ikke aktuelt.

"S – study": Set i bakspejlet var planlægningen af den overordnede struktur for processen upåklagelig, men det springende punkt var, at der ikke samtidig var taget stilling til, hvilke specifikke spørgsmål audit skulle besvare. Dette betød, at den konkrete forberedelsesproces manglede fokus, og at mængden af journalmateriale var overvældende, fordi der ikke var indlagt et afgrænsende perspektiv.

"A – act": Audit ud fra præmisserne kunne ikke gennemføres i projektet, men metoden er stadig relevant til målrettet evaluering og dermed sikring af fortsat udvikling og kvalificering af tvanganvendelsen.

Der gennemføres to dialogmøder i projektforsløbet med henblik på monitorering af den patientoplevede kvalitet af tvang

Vi har i projektforsloeden haft ét dialogmøde, som beskrives uddybende under "Iværksatte forandringstiltag" (side 16). Mange medarbejdere deltog, og det var fantastisk givende. Vi finder, at det er en særdeles velegnet metode til at skabe viden om vores indsats og om muligheder for at kvalificere den yderligere.

Tidsmæssigt viste det sig umuligt at planlægge og gennemføre mere end ét dialogmøde i projektforsloeden, men det påtænkte andet dialogmøde vil blive gennemført efter projektforsloeden.

Sammenfatning

Vores ønske før projektforsloeden var, at behandlingsindsatsen skulle udvikles og forfines yderligere, og dette er lykkedes.

Afsnittet gik ind i gennembrudsprojektet ud fra en motivation om at etablere et bedre samarbejde med og styrke relationerne til de meget syge patienter, som ikke har erkendelse af deres egen situation. Udgangspunktet var et pågående arbejde med at styrke patienters evne til mestring og opretholdelse af selvkontrol på baggrund af tidligere gennemførte kvalitetsudviklingsprojekter.

Patienter med GAF-score < 30 har været projektforsloeden særlige målgruppe. Det vil sige patienter i en tilstand, hvor de har brug for en høj grad af støtte og beskyttelse i miljøbehandlingen, og hvor deres evne til at skabe relation til andre og til at tilknytte sig er svag eller manglende.

En forbedret behandlingsindsats, der kan hjælpe disse patienter, vil også være gavnlig for patienter med et bedre funktionsniveau, og derfor er der primært arbejdet med generelle forbedringer.

Der er udarbejdet og ibrugtaget nyt informationsmateriale til patienter, og procedurer ved overflytning fra modtageafsnittet er opkvalificeret, således at indlæggelsesforsløbet kan starte på bedre vilkår og være mere overskueligt og mindre angstskabende for patienten.

Anvendelse af GAF-scoringer på en mere systematisk og konstant måde betyder en kvalificering af den løbende faglige vurdering af patientens aktuelle funktionsniveau og dermed en mere nuanceret og præcis vedvarende justering af behandlingsindsatsen. Der er udviklet et moderne tilbud om aktivitet til patienter, der er skærmet til stuen, og dette tilbud er udvidet, så det derudover gives til alle patienter med GAF-score < 30.

Der er udviklet og ibrugtaget nyt informationsmateriale til pårørende, og kontakten med de pårørende er intensiveret, således at personalet hurtigt tager initiativ til kontakt og samarbejde med pårørende til alle patienter. Der er målt på pårørendesamarbejdet i en 3 måneders periode, hvor der var etableret samarbejde med 83% af de pårørende, og disse var alle tilfredse med samarbejdet med personalet.

Der er gennemført tiltag som dialogmøde og telefoninterviews, hvor man aktivt opsøger viden om udskrevne patienters og om pårørendes oplevelse af behandlingen.

Bearbejdningen af tvangsepisoder er systematiseret. I en tre måneders periode er der målt på tilfredshed, hvor 86% af de patienter, der havde oplevet tvang, vurderede, at tvangen var udøvet med respekt, og de vurderede alle, at bearbejdningen af tvangsbehandlingen var tilfredsstillende.

Som udgangspunkt var afsnittets anvendelse af tvang præget af meget stor tilfældig variation og dermed meget svingende hyppighed, hvilket fortsat har været tilfældet. Anvendelsen af døraflåsning og tvangstilbageholdelse har været stort set uændret i forhold til tidligere. Begge disse tvangsformer har til formål, at patienten forbliver i afsnittet og dermed fortsat kan tilbydes behandling og støtte.

Alle andre tvangstyper er stærkt reduceret i projektforsloeden.

Tvang i akutte situationer, det vil sige anvendelse af ufrivillig beroligende medicin,

fastholdelse og bæltefiksering, har ikke været projektets fokus, men den største reduktion er som et utilsigtet resultat sket her. Der er sket reduktion i brugen af disse tvangsformer på 43 - 100 %.

Varigheden af tvangsmedicinering er reduceret med 82% i projektperioden, men en del af denne reduktion må opfattes som tilfældig variation.

Det er vores vurdering, at reduktionen i brugen af akutte tvangsforanstaltninger og tvangsmedicinering er et udtryk for, at det - som ønsket - er lykkedes at styrke relationerne til og samarbejdet med de meget syge patienter og dermed at støtte patienterne i at mestre angst og fastholde kontrol over deres egen situation. På baggrund af forløbet forventer vi, at der er tale om en væsentlig, varig reduktion af ovennævnte tvangstyper.

Sammenfattende er vores vurdering ud fra projektforløbet, at der næppe er belæg for fremover at forvente en reduktion i antal af patienter, som tvangstilbageholdes, og måske heller ikke for at forvente en afkortning af varigheden. Nogle af de patienter, som er afsnittets målgruppe, har sygdomsforløb, som gør, at de efter udskrivelse ophører med behandling, hvilket over tid fører til fornyet indlæggelse, som patienten ikke er enig i, og hvor genetableringen af en relation og en relevant behandling tager tid.

Projektets forløb kan indikere, at det kan lykkes at bedre relationen og dermed samarbejdet med disse patienter, mens de er indlagt, men det er næppe realistisk at forvente, at et bedre samarbejde vil medføre, at patienterne dermed vil ændre deres sædvanlige adfærd, når de udskrives.

Medarbejderne har gennem 7 måneder løbende vurderet, om afsnittets håndtering af tvang sker på et "højt fagligt" niveau og på en "respektfuld" måde, og deres vurdering har været jævnt stigende.

Iværksatte forandringstiltag

Nedenstående tiltag er testet og anvendes nu på afsnittet:

- Guideline til brug for personalet ved overflytning af patienter fra modtageafsnit til andet sengeafsnit
- Velkomstfolder til alle nye patienter i afsnittet
- Folder til pårørende til indlagte patienter
- Vogn med diverse aktivitetsmaterialer
- Guideline for eftersamtale, som bruges ved alle former for tvang
- Fast konferencestruktur med særligt fokus på løbende kvalificering af indsatsen

Følgende forandringstiltag er fortsat under forberedelse eller testning:

- Guideline til brug for personalet ved tvangsmedicinering.
- Guideline til skærmningspersoner
- Guideline til pårørendesamarbejde

Et enkeltstående tiltag i forløbet har været specielt udbytterigt:

- Dialogmøde

I december 2006 afholdt vi et dialogmøde¹², som kan ses som en kvalitativ interviewmetode på linje med fokusgruppeinterview. Udskrevne patienter inviteres som gæster, og en udefrakommende interviewer (facilitator) er ansvarlig for forløbet, hvor medarbejderne er tilhørere, mens interviewsamtalen foregår. Efterfølgende får medarbejderne mulighed for at bidrage med tanker og følelser, som interviewet har sat i gang.

Senere følges der op ved, at personalet holder opsamlingsmøde og drøfter, hvad der skal iværksættes som konsekvens af dialogmødet.

En gruppe tidligere patienter var inviteret, og to patienter deltog. De havde begge været udsat for tvang under deres indlæggelse. Ulla Sundgaard var inviteret som facilitator. Intentionen med mødet var at lære mere om, hvordan det opleves fra brugersiden at være patient i afsnittet og yderligere at have været udsat for tvang. Dagen var utrolig udbytterig, og vi fik kritik på, hvad der opleves godt, og hvad der opleves dårligt.

Dialogmødet medførte fire konkrete tiltag, som supplerer procesmålene:

- Afsnittets husregler blev opdateret. Indlagte patienter blev inddraget i dette arbejde, hvilket stemmer overens med kravene i den nye psykiatrilov.
- Afdelingsledelsen blev inddraget i og medvirkede til revision af vor vejledning i brug af tolkebistand. Vi fik yderligere fokus på vigtigheden af regelmæssigt at bestille tolk til patienter med anden etnisk baggrund.
- Det blev besluttet, at lægen udleverer eller sender journaludskrift af de aftaler, som er indgået i forbindelse med udskrivelse.
- Der blev nedsat en arbejdsgruppe, som har udformet materiale, som omhandler værdier for god og respektfuld kommunikation.

Fremover vil dialogmøde indgå på afdelingen som en metode, som systematisk kan anvendes for at opnå ny viden om patienters og pårørendes oplevelser af behandlingen.

Kommentarer til processen

En del af teamets erfaringer er generelle erfaringer, som vil gælde ethvert projektarbejde eller kvalitetsudviklingsforløb, uanset om det foregår efter gennembrudsmetoden.

Teamet har igennem projektførelsen gjort personlige erfaringer, som bekræfter kendt viden om, at

- udviklingsarbejde tager tid
- struktur og organisering er vigtig, når man arbejder med forandringstiltag i praksis
- ledelsesmæssig opbakning er en forudsætning for at skabe varige ændringer
- kollegial opbakning og vilje til medejerskab og forandring er ligeledes nødvendig

I hele projektperioden har vi været 4 teamdeltagere, der har afholdt ugentlige 2 timers teammøder på et fast tidspunkt. Vi er mødt stabilt frem, hvilket har været vigtigt for teamets effektivitet.

Midtvejs i projektperioden blev en af teamdeltagerne skiftet ud, og det tog tid og kræfter at omdefinere roller og arbejdsfordeling med den nye team-konstellation.

Som projektet foreslår, har vi haft en styregruppe bestående af ledelsesrepræsentanter (administrerende overlæge, oversygeplejerske, afsnittets overlæge, afdelingssygeplejerske og ledende ergoterapeut), og teamet har sammen med styregruppen holdt månedlige møder.

Ledelsens engagement har været vigtigt for processens forløb.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Gennembrudsmetodens iboende krav

Deltagelse i et projekt efter Gennembrudsmetoden indebærer en særlig kombination af arbejde indadtil på eget afsnit og udadtil i forhold til projektdeltagere fra andre enheder og i forhold til projektets overordnede krav.

Som teamdeltager skal man generere kvalitetsudvikling indadtil i sin organisation på samme tid som man er forpligtet til at indgå i en lang række udadgående aktiviteter i form af dataindsamling, rapportering, vidensformidling, undervisning, deltagelse i læringsseminarer, netværksmøder og telefonkonferencer

Dette dobbelte krav er på samme tid metodens styrke og akilleshæl.

Den ydre proces bevæger sig uopsætteligt videre, uanset hvad der sker i den indre proces.

Det er en stadig balancegang at sige til og fra, og man befinder sig som teamdeltager i et konstant opgavepres og på en prioriteringsmæssig knivsæg, hvor der er et tresidet pres mellem ydre projektkrav, indre projektkrav og sædvanlige arbejdsopgaver.

Tidsforbrug

Det officielt angivne tidsforbrug, som kræves for at deltage, er meget langt fra, hvad der reelt skal til.

Ved projektstart kan det være vanskeligt at overskue hvor meget arbejde, der indeholdes i de enkelte forandringstiltag, og man kunne i teorien nøjes med at vælge ganske få tiltag for at sikre, at det er til at overkomme, men da oplægget samtidig er, at der skal ske et "gennembrud", det vil sige en markant kvalitetsforbedring, er denne mulighed ikke reel.

Sammenhængen er enkel: En stor forbedring kræver en stor indsats, en lille indsats giver en lille forbedring.

Den officielle udmelding er, at der skal afsættes minimum 2 timer ugentlig pr. teamdeltager, hvilket for dette team svarer til 8 timer ugentlig.

Det reelle og påkrævede gennemsnitlige timeforbrug for teamet har været 50-60 timer ugentlig, fordelt meget forskelligartet mellem de fire teamdeltagere, alt efter hvad deres arbejdsmæssige funktioner og opgaver har muliggjort.

En indvending kan være, at teamet har valgt at arbejde med for mange mål, men selv ved en kraftig reduktion af målene ville det nødvendige, gennemsnitlige tidsforbrug for hvert teammedlem være flere gange større end de udmeldte 2 timer ugentlig.

Man kan tale om en meget betydelig tidsmæssig underbudgettering i den officielle præsentation af gennembrudsmetoden.

Store anlægsarbejder og byggerier kommer ofte i gang med udgangspunkt i urealistiske budgetter, hvor der er systematisk underbudgettering, og som teamdeltager er den sammenligning nærliggende.

Den manglende sammenhæng mellem det officielt udmeldte ressourcebehov og det reelt påkrævede lander nemlig som den enkelte teamdeltagers individuelle problem, som i heldigste fald kan løses via lokal officiel eller uofficiel ledelsesmæssig velvilje til, at et teammedlem bruger det fornødne antal timer.

I nogle tilfælde er normering, arbejdstilrettelæggelse eller holdning imidlertid sådan, at den mulighed ikke er til stede, og så er det op til den enkelte medarbejder at afgøre, om han skal bruge sin fritid på at skabe kvalitetsudvikling på sin arbejdsplads.

Ovennævnte betragtninger skal ikke ses som en kritik af gennembrudsmetoden, som har mange spændende og inspirerende elementer, men som en efterlysning af en tidsmæssig taksering, som svarer til, hvad det reelt kræver at arbejde med og opnå resultater ved brug af metoden.

Forberedelsespakke

Opstartsopgaverne før første læringsseminar var særdeles gavnlige og gav en slags kick-start til processen.

De forberedende interviews med patienter og pårørende gav aktuelle historier og erfaringer at tage fat i, og dette har i høj grad haft betydning for vores arbejde.

Det gav teamets hidtidige praksiserfaringer en ny dimension at gennemføre vores walk-through-øvelse med indlevelse i roller som patient og personale i en planlagt tvangsmedicinering, som blev filmet. Øvelsen medvirkede til at skabe fælles opmærksomhed om det kommende kvalitetsudviklingsforløb for alle medarbejdere i afsnittet og til en ekstra nuancering af de mål, der senere blev opstillet for projektet.

Forandringskatalog

Forandringskataloget har været et meget vigtigt fundament for projektet. Det har givet stor inspiration af have katalogets mange forslag at arbejde ud fra, og det er en stor hjælp at kunne bygge på en lang række mulige kvalitetsudviklingstiltag. Et tiltag, som allerede er beskrevet og fagligt underbygget, kan iværksættes uden en lang forberedelsesproces og dermed hurtigt realiseres.

PDSA - metoden

Krumtappen i det daglige arbejde efter gennembrudsmetoden er PDSA metoden, som er en generel metode til kvalitetsudvikling. For os i teamet var det nyt at tage

udgangspunkt i PDSA-testning, men det viste sig hurtigt at være en metode, som vi kom på god fod med.

Straks man har sit tema for ønsket forandring eller kvalificering af en praksis, kan man teste på små-skala-niveau. Modellen, hvor man laver en enkel, ukompliceret testning inden der udvides til en større skala, er overkommelig og funktionsduelig.

De, der deltager i denne test, har et godt udgangspunkt for medindflydelse og dermed ejerskab til det forandringsarbejde, der er i gang. Når såvel patienter som personale har denne indflydelse, er der mulighed for at udvikle virksomme og meningsfulde tiltag.

Læringsseminarer, netværk, vidensudveksling på tværs og "Gennembrudsforum"

Mulighed for at hente inspiration fra andres arbejde har løftet lokale initiativer, og der har været mange muligheder for at bygge videre på erfaringer fra andre. I praksis har det dog knebet med tid til at udnytte disse muligheder fuldt ud.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde er flersporet:

Spredning og implementering af relevante tiltag i hele afdelingen

Sammen med styregruppen er det besluttet, at det første skridt i forberedelsen af spredning til de andre afsnit er, at projektets resultater præsenteres og drøftes i det tværfaglige ledelsesforum ved først givne lejlighed. Derefter vil spredningen ske ud fra de ledelsesmæssige beslutninger, der træffes.

På Psykiatrisk Afdeling Herning har vi i forvejen en gruppe af nøglepersoner, som er involverede i udviklingsarbejde.

Denne gruppe er tværfagligt sammensat og har til opgave at støtte brug og implementering af de metoder, som tidligere projekter anbefaler (mestrings- og 1. gennembrudsprojekt). To teamdeltagere er med i denne gruppe, som danner et godt og veletableret fundament for den kommende spredning af tiltag fra dette projekt.

Fortsættelse af intern udviklingsproces i afsnit E3

Kvalitetsudviklingsarbejdet internt i E3 har flere dimensioner

- Fastholdelse af hidtil opnåede resultater
- Fortsat arbejde med og udvikling af igangværende tiltag
- Udvikling af andre relevante indsatsområder

Det er meget væsentligt at prioritere og at fokusere på, at de opnåede resultater fastholdes.

Udvikling og fastholdelse af god kvalitet fordrer som tidligere nævnt, at arbejdsvilkårene gør det muligt at prioritere kvalitetsarbejdet, og det har - også som nævnt - været vigtigt for teamets effektivitet, at der har været afsat og prioriteret fast ugentlig møde- og arbejdstid for teamet.

To teamdeltagere får fremover to timer ugentlig reserveret til at være omdrejningspunkt for det fortsatte kvalitetsarbejde, så det bliver muligt at fastholde igangsatte tiltag, introducere nye tiltag og styre udviklingen af disse

PDSA-metoden vil blive anvendt i det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde.

Fremover vil der som i projektforløbet periodisk ske registrering og evaluering af aktiviteter.

Det kan eksempelvis dreje sig om

- Fornyset registrering af pårørendekontakt
- Opfølgende undersøgelse på pårørendes tilfredshed via telefoninterviews
- Undersøgelse af patienttilfredshed med udgangspunkt i spørgsmål fra tilfredshedsundersøgelse
- Regelmæssig opfølgning på personalets vurdering af kvaliteten af udøvet tvang

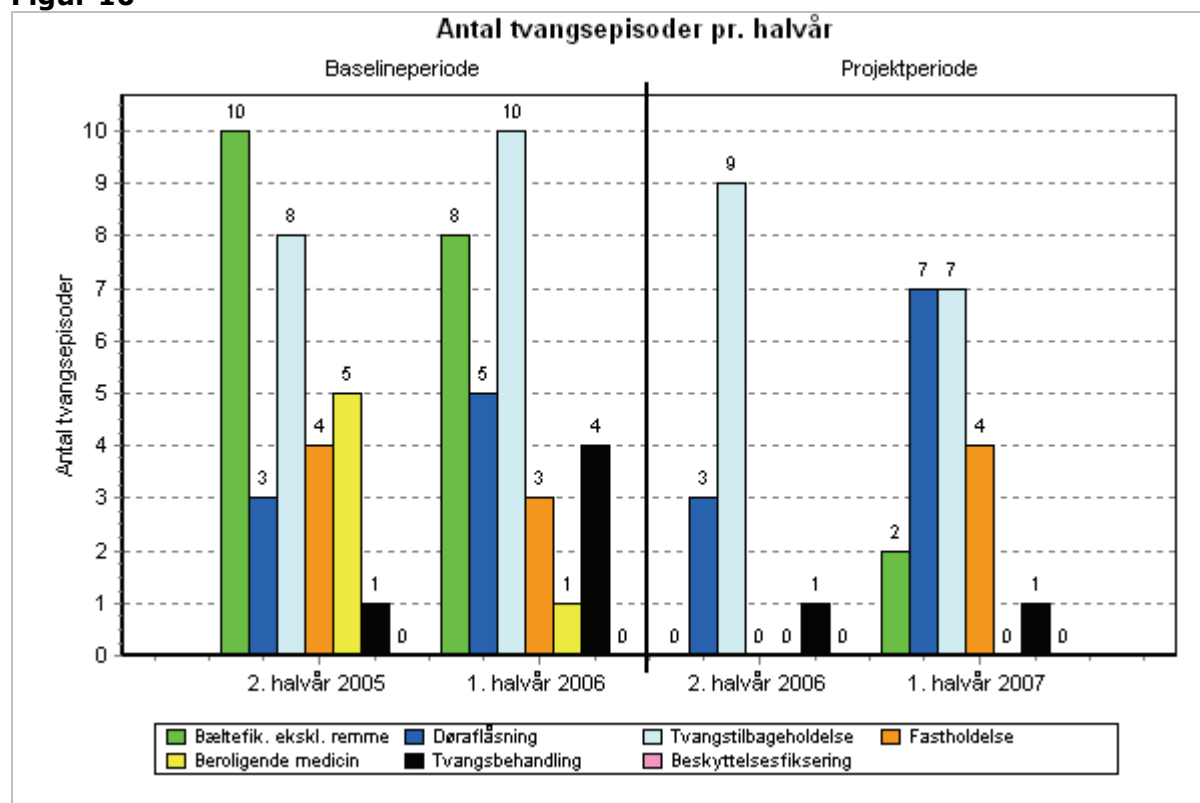
Projektforløbet har medført mange inspirerende faglige diskussioner, og ud over de igangværende tiltag er der mange idéer til nye kvalitetsudviklingsindsatser:

- Revurdering af afsnittets miljøterapi
- Revision af skriftligt materiale på patienternes stuer
- Opdatering af internt, fagligt informationsmateriale til nye medarbejdere
- Dialogmøde fælles for patienter og pårørende om relevante temaer

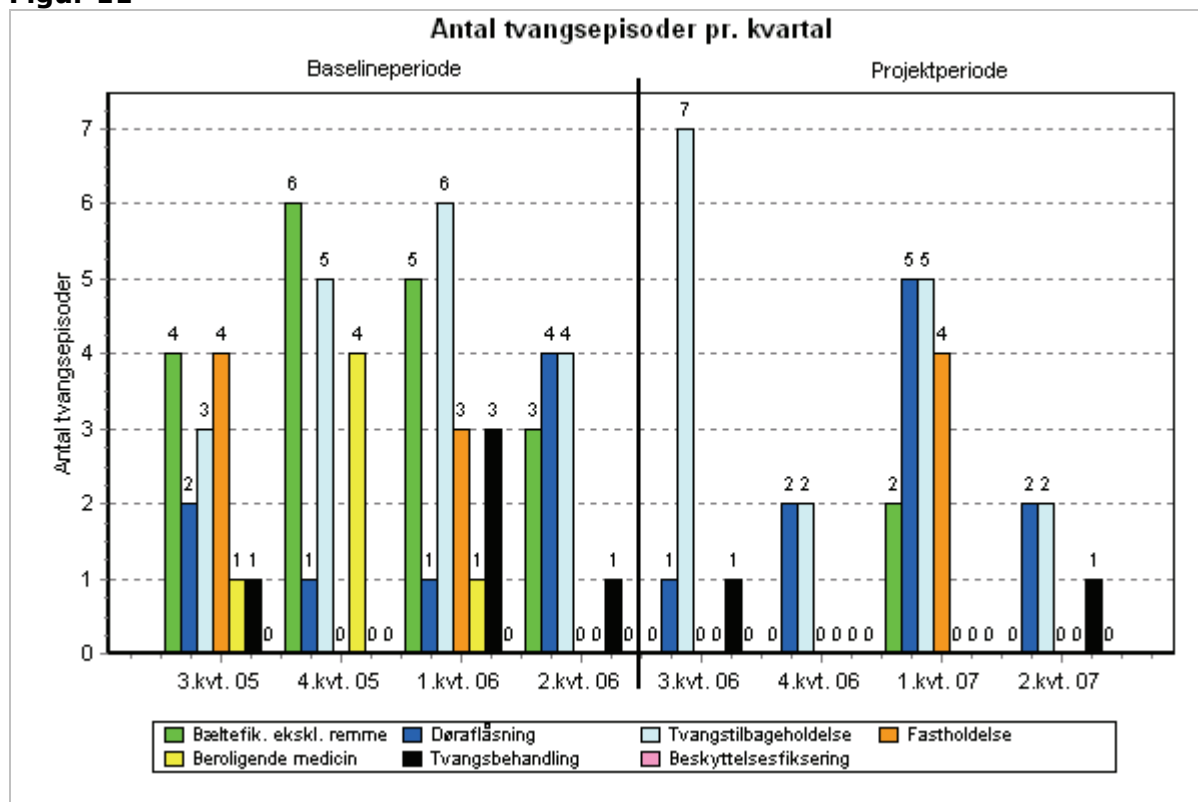
Projektforløbets resultater, teamets og det samlede personales erfaringer fra processen og de fremtidige ugentlige timeressourcer til arbejdet giver basis for at fortsætte en vedvarende, stabil kvalitetsudvikling på de indsatsområder, der udvælges.

Diagrammer og tabeller

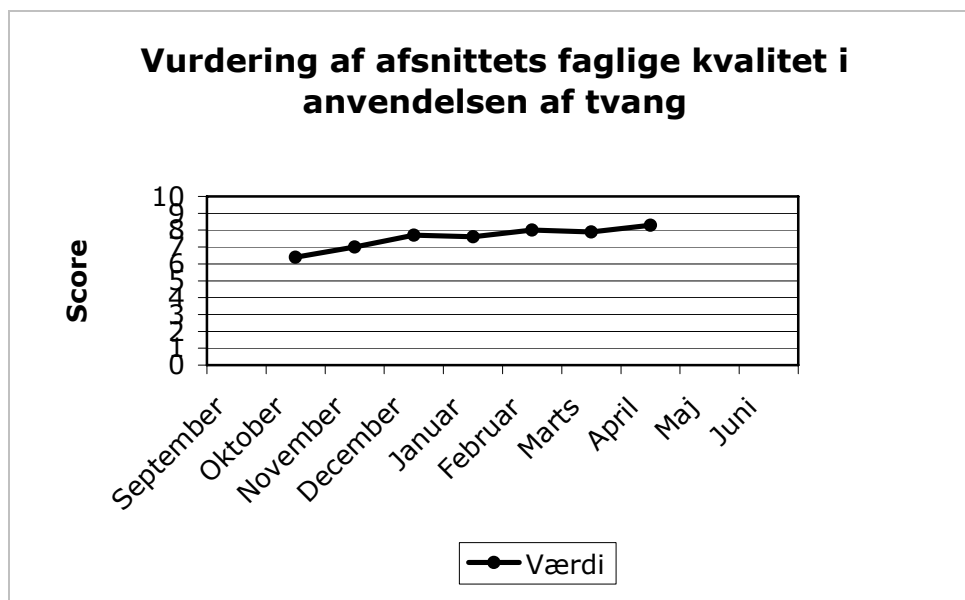
Figur 10



Figur 11



Figur 12: "Personalebarometer" – september 2006 – juni 2007



Den enkelte medarbejder scorer ud fra sin subjektive vurdering, som altid vil kunne anfægtes, men ved at gentage målingen, er det muligt at registrere ændringer over tid.

Gennembrudsprojekt

Team Vejle



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Psykiatricenter Vest, Skærmet afsnit E310 Vejle Sygehus Kabbeltøft 25 7100 Vejle 79 40 58 61/79 40 58 62
Teammedlemmer	Joan Damgaard, joan.damgaard@vgs.regionsyddanmark.dk Birgitte Jørgensen, birgitte.c.joergensen@vgs.regionsyddanmark.dk Victoria Acosta, victoria.acoste@vgs.regionsyddanmark.dk Jette Alnor, jette.alnor@vgs.regionsyddanmark.dk og Karen Ottosen karen.ottosen.rasmussen@vgs.regionsyddanmark.dk
Beskrivelse af afsnittet	Skærmet afsnit i Vejle har 10 sengepladser og er etableret 27. marts 2006 i en voksenpsykiatrisk afdeling med i alt 40 sengepladser. Afdelingen har desuden et ambulatorium med 80 dagpladser, en akut modtagefunktion i dagtimerne på hverdage og akut- og distriktpspsykiatriske sygeplejersker. Afsnittets normering er 3 læger og ca. 18 fuldtidsstillinger (plejepersonale). Der er mulighed for bistand fra socialrådgiver og fysioterapeut. Næsten alle patienter indlægges akut. Afsnittet modtager patienter med behov for akut, intensiv psykiatrisk pleje og behandling. Desuden modtager afsnittet retslige patienter i surrogatfængsling og patienter indlagt i henhold til dom.
Resumé af resultater	Team Vejle har arbejdet med alle 3 temaer i forandringskataloget – forebyggelse af formaliseret tvang, formaliserede tvangsepisoder og opfølgning på formaliserede tvangsepisoder. I forhold til vores målsætninger kan vi konkludere ¹ : • Som det fremgår af søjlerne i figur 1, er antallet af tvangsforanstaltninger i projektperioden steget. Dette hænger ikke sammen med vores oprindelige målsætning. Til gengæld har vi opnået en bedre kvalitet i den formaliserede tvang, hvilket kommer til udtryk i hurtigere indgriben, kortere bæltefikseringer, hyppigere kontakt og mere medinddragelse af patienterne i deres forløb. I projektperioden har vi ikke oplevet voldsepisoder, hvilket har haft stor betydning for personalets arbejdsmiljø. • Vi har nået målsætningen om, at 50 % af patienter, der har været udsat for tvang, vurderer "ja" til at eftersamtalen har givet en større viden om eller forståelse for den oplevede tvang (figur 4). Generelt er det personalets vurdering, at kvaliteten af udøvet tvang, er steget. Det fremgår ikke tydeligt af søjlerne i figur 5. Det skyldes dels, at vores materiale er begrænset, dels at der har været en tilbøjelighed til at prioritere defusing efter komplicerede forløb. I ukomplicerede situationer har personalet formentlig vurderet kvaliteten højt, og derfor ikke anset behov for defusing.

¹ Se uddybende kommentarer og figurer i afsnittet Diagrammer og tabeller fra side 9.

Målsætning, resultatmål og procesmål

Vi har i projektperioden arbejdet med at reducere anvendelse af tvang, bedre den patientoplevede kvalitet af tvang og udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang.

Vi har haft fokus på tvangsfiksering med henblik på tiltag, der kan nedbringe behov for fiksering, og hvis fiksering alligevel er nødvendig, at dette sker i så skånsom en proces som muligt. Ligeledes har vi haft fokus på opfølgning efter tvangsfiksering for både patienter og personale, med henblik udvikling af kvaliteten.

Tema 1 Forebyggelse af formaliseret tvang

Resultatmål 1: At reducere anvendelse af tvangsfiksering i projektperioden med 50 % - sammenlignet med baselineperioden.

Procesmål:

- Alle patienter (100 %) skal ved indlæggelse risikovurderes af vagthavende læge.
- Alle nyindlagte patienter (100 %) modtages iht. afsnittets Instruks for modtagelse.
- Alle patienter (100 %) vurderes (vha aktivitetstjeklister) af modtagende plejepersonale mhp foreskrivelse af 2-3 meningsfulde aktiviteter/midler, der kan dæmpe angst, uro, aggressioner m.m.
- Alle nyindlagte patienter (100 %) vurderes i løbet af 72 timer af ergoterapeut med henblik på videre aflednings- og udviklingsaktiviteter.

Tema 2 Formaliserede tvangsepisoder

Resultatmål 2: At 50 % af patienter, der har været udsat for tvang, vurderer "ja" til at eftersamtalen har givet en større viden om eller forståelse for den oplevede tvang.

Procesmål:

- Alle patienter (100 %), der under indlæggelse oplever tvangsfiksering, tilbydes en afklarende samtale med sin behandler.
- Alle patienter (100 %), der under indlæggelsen oplever tvangsfiksering, tilbydes en eftersamtale med plejepersonalet.

Tema 3 Opfølgning på formaliseret tvangsepisoder

Resultatmål 3: At 90 % af personalet vurderer at afsnittets håndtering af tvangsfiksering sker på et niveau, der samlet vurderes over 6 på en skala fra 1-10, hvor 10 er udtryk for den bedst tænkelige kvalitet.

Procesmål:

- At der afholdes defusing efter alle tvangsfikseringer (100 %) og det involverede personale fra afsnittet udfylder et spørgeskema, hvor kvaliteten af den udførte tvang vurderes i forhold til samarbejde, kommunikation, rollefordeling og greb (håndtering af den udførte tvang) (VAS skala).
- At håndtering af tvang er et fast punkt på dagsordenen til alle konferencer (100 %).

Målinger

Alle vore målinger registreres og opbevares i mapper, som gennemgås ved afsnittets ugentlige tværfaglige konference.

Tema 1 Forebyggelse af formaliseret tvang

- I forhold til risikovurdering har vi ved den ugentlige behandlingskonference opgjort antallet af nyindlagte og hvor mange af disse, der er risikovurderede.
- Projektet har affødt en instruks for modtagelse af patienter, som er implementeret. Der er ikke udført målinger på det.
- Der foreligger et redskab til vurdering af aktivitetsbehov, tjeklister, og ugentligt tælles der op hvor mange, der er udført.
- Der laves ugentlig optælling på, om patienter er blevet vurderet af ergoterapeut.

Tema 2 Formaliserede tvangsepisoder

- Der laves ugentlig opgørelse over antal fikseringer, antal afklarende samtaler og eftersamtaler.

Tema 3 Opfølgning på formaliseret tvangsepisoder

- Ved den ugentlige konference gøres det op, om der har været afholdt defusing, hvor mange medvirkende der har været, og hvor mange af disse, der efterfølgende har:
- Vurderet kvaliteten af den udførte tvang. Hvert medvirkende personalemedlem udfylder et skema med 5 spørgsmål, som skaleres og udregnes med et gennemsnit for den enkeltes vurdering af kvaliteten.

Resultater

Generelt om måleperioden: På grund af afsnittets opstart i april 2006, er vores baselineperiode andet halvår 2006. Vores måleperiode er første halvår 2007. Vi har derfor en forholdsvis kort måleperiode til at se, om vores tiltag har effekt. Det er for kort tid til at man kan se et forløb ("run"), så nogle af resultaterne må betragtes som stikprøver.

I forhold til vores målsætninger kan vi konkludere²:

1. Vi har opnået en bedre kvalitet i den formaliserede tvang, hvilket viser sig i hurtigere indgriben, kortere bæltefikseringer, hyppigere kontakt til patienterne og mere medinddragelse af patienterne i deres forløb. Vi er blevet meget bedre til at forebygge tvangsepisoder ved at have en tættere kontakt til patienten allerede ved indlæggelsen. I projektperioden har vi ikke oplevet voldsepisoder, hvilket har haft stor betydning for personalets arbejdsmiljø.
2. Patienterne har oplevet, at de bliver medinddraget, når de i eftersamtalen bliver informeret om årsager og omstændighederne ved tvangsepisoden. Patienterne har givet udtryk for, at de har fået større viden om og/eller forståelse for den oplevede tvang (figur 4).
3. Generelt er det personalets vurdering, at kvaliteten af den udøvede tvang er steget. Det skyldes, at der nu er en tydeligere rollefordeling og at personalet arbejder bedre sammen som et team. I tvangssituationen er vi blevet bedre til at kommunikere med hinanden og patienten, ligesom vi er blevet mere bevidste om vigtigheden af at medinddrage patienten. Med andre ord: Vi har udviklet os fagligt.

Ad 1. Ved projektets afslutning erkender vi, at målsætningen om at reducere tvangsfikseringer med 50 % var urealistisk høj.

Ad 2. Med hensyn til at måle patienters vurdering af tilfredshed med den oplevede tvang, har vi ændret fokus undervejs. PDSA testen viste, at det var for kompliceret at

² Se uddybende kommentarer og figurer i afsnittet Diagrammer og tabeller

spørge til patienters tilfredshed, og derfor lavede vi det om til "viden om og forståelse for". De værdier vi har, er en stikprøve, et øjebliksbillede, men det viser, at det kan lade sig gøre, at over 50 % af patienterne svarer "ja" til at de har fået større viden om og/eller forståelse for den oplevede tvang.

Ad 3. Personalets vurdering af kvaliteten af den udøvede tvang, - der er igen få målinger, - og der har især været problemer med at få personalet til at huske defusing - og udfyldelse af skemaer - efter ukomplicerede forløb. Vi forventer, at tilfredsheden ville være større, hvis der havde været en højere efterlevelse af målsætningen om defusing efter alle tvangsfikseringer.

På trods af, at ikke alle målsætninger er indfriet, betragter vi deltagelsen i gennembrudsprojektet som en gevinst. Som nyetableret skærmet enhed, hvor personalet på én gang har skullet vænne sig til at arbejde med patienter med mere komplekse psykiatriske problemstillinger og en anderledes personalesammensætning, har vi profiteret af gennembrudsmetoden og dens redskaber.

Før det skærmede afsnit blev etableret, var vi ikke vant til at udføre ret meget tvang. Fra begyndelsen indførte vi allerede afprøvede redskaber, idet vi dels lod os inspirere ved besøg på andre skærmede og lukkede afsnit, - men især hentede vi gode ideer fra Gennembrudsprojektets "Forandringskatalog" (1. bølge). Vores deltagelse i Gennembrudsprojektet har været en mulighed for at teste og tilrette redskaber, taget direkte derfra.

Vi er blevet meget bedre til at rumme og være sammen med patienterne, når de har det allerværst, og bedre til at håndtere bæltefikseringer, så det opleves kvalificeret. Vi griber ind i situationer før de udvikler sig. Vi løsner patienter tidligere af bæltet, fordi vi tør, og vi føler os mere sikre på os selv. Vi er bedre til at anvende struktur og rammer for både patienter og personale. Vi erkender og anerkender værdien af forebyggende indsats. Det tværfaglige samarbejde har været godt, der har været øget fokus på de fagspecifikke indsatsområder, herunder ergoterapi og fysioterapi.

Den (ændrede) strukturerede modtagelse af patienter har været noget af det, vi og patienterne har haft mest glæde af. Vi har fået et hurtigt overblik over, hvordan patienterne har det, og patienterne har haft gavn af personalets nærvær og rummelighed.

Endvidere er miljøterapi generelt opprioriteret, f.eks. gangvagt og gruppeaktiviteter.

Vi har udarbejdet og implementeret nogle gode arbejdsredskaber; risikovurdering, aktivitetstjeklister, eftersamtale, instruks for modtagelse af patient, og instruks for defusing og ergoterapeutisk udredningsskema. Arbejdsredskaberne er arkiveret i dertil hørende mapper, med henblik på at gøre det nemt at overskue for personalet.

Iværksatte forandringstiltag

Vi valgte fra begyndelsen 6 indsatsområder, - og supplerede undervejs med yderligere et område, - (indsatsområder fremhævet med fed).

Risikovurdering, - et skema, som udfyldes af vagthavende læge ved indlæggelse. Ved risikovurdering forstås en vurdering af, om patienten tidligere har udøvet vold/udvist aggressiv adfærd. Vurderingen belyser endvidere, om der er ubehandlet psykose, misbrug eller andre forhold, der øger risikoen for voldsom adfærd. Resultatet af lægens vurdering fører til en fanemarkering i EPJ, som medtages i den videre planlægning af behandling og pleje. Risikovurderingsskemaet anvendes af alle vagthavende læger, - og ved undtagelser, - af behandler på førstkommande møde med patienten.

Instruks for Modtagelse af patient på skærmet afsnit, - er det indsatsområde, der er kommet til undervejs. I forbindelse med uro og vold i afsnittet, blev det nødvendigt at fokusere på proceduren for modtagelsen mhp at forebygge tidlig uro, angst og aggressivitet, - og en ny instruks blev til. Vi blev bakket op og bekræftet af andre teams i gennembrudsprojektet, som arbejdede på samme vis.

Det opleves meningsfyldt at skærme patienten i de første timer af en indlæggelse, når dette arbejde bidrager til, at patienten får en mere kvalificeret ydelse. Arbejdet giver desuden plejepersonalet mulighed for hurtigt at få et solidt indtryk af patienten, og det har vist sig at have stor betydning, at arbejdet med at modtage patienter efter den nye instruks prioriteres og værdsættes. Det er vores indtryk, at også denne holdningsændring medfører rigtig mange sidegevinster, men det er ikke muligt at måle disse konkret. Det er dog vores klare opfattelse, at tæt opmærksomhed på patienten i de første timer skaber ro, giver os en bedre fornemmelse af situationen og mulighed for at gribe tidligere og bedre ind i akutte sammenhænge. Vi skaber tryghed og forbereder patienten på, hvordan afsnittet fungerer, hvordan døgnrytmen er, ligesom vi undervejs i samværet sætter ord på det der sker, og hvad det betyder/indebærer. Vi kommer hurtigt i besiddelse af væsentlige data til sygeplejestatus og helhedsvurdering. Vi får overblik over, om patienten har brug for nærvær eller hellere skal have ro, - hvorfor samværet selvfølgelig individualiseres. Vi får et hurtigt overblik over, hvilke patienter der er i afdelingen, og hvordan de har det.

“Aktivitets tjeklister” til plejepersonalets dataindsamling om patienters aktivitetsvaner og behov” med henblik på 2-3 meningsfulde aktiviteter/midler til akut forebyggelse af angst, uro eller aggression, som foreskrives i plejeplanen.

Vi må konstatere, at det trods ny “Instruks for modtagelse af patient”, - herunder punktet “aktivitetstjekliste” - ikke går ret godt for plejepersonalet med at gennemføre dette. Det kræver fortsat gennembrudsteamets indsats og tilstedeværelse, at få det gjort. Det gælder også, når modtagelsen sker i A/N vagt. Hvis patienten er stærkt psykotisk, er det ikke altid muligt at lave vurderingen, men så kan **dette** dokumenteres. Det er vores indtryk, at det er uvant for plejepersonalet at afdække behov for, og sammen med patienten beskrive afledende og/eller beroligende aktiviteter. Det er uvant at skelne mellem aktivitetsmuligheder ifht forskellige situationer. Personalet anvender sporadisk afledende indsatser, men er ikke særligt systematiske med det, og dokumenterer det ikke.

Ergoterapeutisk vurdering er implementeret og fungerer godt. Den ergoterapeutiske ekspertise og vinkel bliver brugt til at kvalificere, hvordan aktivitet kan indgå i det samlede behandlingstilbud. Ergoterapeutens funktion udgør en blanding af **pleje, den specifikke ergoterapeutiske indsats**, herunder gruppeaktiviteter og individuelle aktiviteter, og **behandling**, i form af psyko-edukation og kognitiv terapi. Ergoterapeuten er ansat lidt anderledes end det øvrige plejepersonale – idet hun som udgangspunkt ikke indgår i kontaktpersonforpligtelser. Til gengæld indgår ergoterapeuten i afsnittets miljøarbejde efter behov. I alarmsituationer og hver anden weekend indgår ergoterapeuten i sikkerhedsnormeringen. Den ergoterapeutiske indsats er afhængig af 1 persons tilstedeværelse, og er derfor sårbar ifm ferie og andet fravær.

Afklarende samtale med patienter, der har været bæltefikseret.

Refleksion: vi drøfter hvordan den afklarende samtale skal finde sit leje i forhold til hvilken betydning den har for henholdsvis patient og behandler. På den ene side var det tanken hurtigt (førstkommende møde med behandler) at give patienten mulighed for at ytre sig om den oplevede tvang og få svar på evt. spørgsmål af behandleren. Det er imidlertid ikke vores indtryk, at patienter bliver særligt afklarede af samtalen, - det har de det generelt fortsat for dårligt til. På den anden side er det med italesættelse af tvangen muligt for behandler, at få et værdifuldt indblik i, hvordan patienten har det. Den afklarende del af samtalen vil fortsat skulle indgå i behandlers første møde med patienten efter en tvangsepisode, men vi vil ikke fremover måle på det. Vi ser derimod en mulighed for, at behandlers første samtale med patienten efter en tvangsepisode, nogle gange vil kunne fungere som eftersamtale, afhængig af patientens tilstand.

Eftersamtale tilbydes aktuelt patienten af kontaktpersonen. Herunder indhentes ligeledes patientens **vurdering af om samtalen giver anledning til øget viden om og/eller forståelse for den oplevede tvang**. Flere kontaktpersoner har givet udtryk for at eftersamtalen gav dem værdifulde oplysninger om patienten, som de ikke ellers ville have fået.

Defusing

Personalet er blevet mere bevidste om, at der ved at tale om tvangsepisoderne, fremkommer væsentlige oplysninger og vurderinger af den udførte tvang. Personalet, der har medvirket i en tvangsepisode, skal udfylde spørgeskema om vurdering af den udførte tvang. I begyndelsen gennemførte personalet ikke defusing ved ukomplicerede fikseringer, men vi er blevet bevidste om, at refleksion over gode forløb, også kan bidrage til at forhøje kvaliteten, og de tælles nu med.

Sidegevinster

Vi har i marts 2007 holdt 1 års fødselsdag som skærmet afsnit, og der er sket rigtig meget i det forløbne år. Vi oplever, at personalet er rigtig glade for at være her – også de, der til at begynde med var lidt skeptiske. Vi har udviklet kompetencer og kvalifikationer i forhold til den patientgruppe, vi har ansvar for.

Afsnittet oplevede i efteråret 2006 adskillige voldsomme episoder, som medførte langvarige sygemeldinger. På 2. læringsseminar, som fandt sted umiddelbart efter disse episoder, erfarede vi fra andre teams, at det kunne være nyttigt med en ændret modtagelsesprocedure. Ændringen bestod primært i tæt observation af og samvær med patienten i indlæggelsens første timer. Det er vores indtryk, at vi med denne ændring har fået færre voldsepisoder, og har forebygget yderligere sygemeldinger blandt personalet. I hvert fald har vi siden da ikke haft lignende voldsomme situationer. Der er kommet øget fokus på konflikthåndterings vedligeholdelse, og personalet har udtrykt tilfredshed med at få lejlighed til at repetere teknikker og greb.

Ball-stick massage anvendes af plejepersonalet som afledning, og ofte i stedet for p.n. medicin.

En "ris og ros" kasse er sat op til patienters kommentarer om forhold vedrørende afsnittet. Der er kommet adskillige tilkendegivelser, som bliver læst og vurderet af plejepersonalet.

Gennembrudsprojektets pjecer og informationsmaterialer er hængt op på opslagstavlen på gangen.

Vi erfarede, at der var for lidt personale om natten, hvorfor vi valgte at omnormere og flytte ressourcer fra naboafsnittet til det skærmede afsnit - om natten. Dette har været en god investering for personalets tryghed og for at arbejdet kan fungere. Visse plejemæssige og administrative arbejdsopgaver er tilsvarende flyttet til nattevagten.

Et andet tiltag for at forebygge voldsepisoder, var at indføre en permanent gangvagt, - således at der konstant befinder sig en plejeperson på gangen. Det giver mulighed for kontinuerligt at følge "stemningen" blandt patienterne. Synlighed og tilgængelighed for patienterne har en forebyggende virkning, og plejepersonalets hurtige indsats kan reducere og/eller nedtrappe begyndende konflikter.

Vi har lært, at en forudsætning for at kunne arbejde med denne patientkategori, er at man kender psykiatriloven. Den reviderede lov fra 1/1 2007 har bevirket, at kendskabet til loven er opdateret.

"Bæltefikseringsjournal" og "Instruks til fast vagt" hentede vi fra gennembrudsprojektets 1. bølge, idet vi lod os overbevise om, at det måtte være brugbare redskaber. Vi har tilrettet, men ikke testet dem i forbindelse med denne bølge. Det har vist sig, at vi har kunnet bruge disse redskaber.

Kommentarer til processen

Fra ledelsesside har det været forventet og legalt at gennembrudsteamet brugte tid på projektet, men vi har samtidig skullet passe vore øvrige opgaver. Et teammedlem har været tilknyttet projektet med ca. 8 timer ugentlig fra september 06. Medarbejderen hører ikke til afsnittets normering, har ikke deltaget i det kliniske arbejde, og timerne har været brugt til skrivearbejdet og faglig sparring.

Der har været afholdt 6 styregruppemøder á 1 times varighed, og her har gennembrudsteamet sammen med afdelingsledelsen gjort status og planlagt den videre indsats.

Ind imellem har vi været ved at blive kvalt i de tiltag, vi iværksatte. Vi begyndte på alle indsatsområderne fra starten, hvilket måske var en (for) stor mundfuld, - men det faldt naturligt, da vi skulle starte op. Det var undertiden svært for os, at bevare overblikket over, hvor vi var med de forskellige tiltag. Et enkelt teammedlem er skiftet ud undervejs, - hvilket forstyrrede processen, - men vi har kontinuerligt haft en læge med i teamet.

I efteråret indtraf nogle urolige episoder, præget af tre på hinanden følgende fredage med vold mod personalet. Vi måtte flytte opmærksomheden fra gennembrudsprojektet og stod en tid på stand-by, da episoderne medførte stress, og personalets overskud til indlæring var reduceret. Projektet - og især 2. læringsseminar - var med til at vi fandt fodfæstet igen.

Der blev afholdt en ekstraordinær personaletrænings temadag i december 2006, hvor alle personaler i E31 deltog, og hvor der blev evalueret på afsnittets første halve år som skærmet. Vi benyttede lejligheden til også at præsentere gennembrudsprojektet og bl.a. den indledende walk-through video.

Den reviderede psykiatrilov har øget fokus på 2 af de indsatsområder, vi valgte at arbejde med.

Eftersamtaler efter bæltefiksering, blev en del af den reviderede lov. Det udarbejdede skema måtte redigeres og tilpasses, så det kunne bruges til alle former for tvang, inkluderet bæltefiksering.

Kravet om tilsyn af uvildig speciallæge efter 48 timers fiksering, har været med til at øge fokus på indikationen af bæltefiksering.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Metoden har givet os mod på at ændre på det bestående. Specielt det faktum, at man kan starte i det små og teste blot en lille ændring, tror vi har betydet, at vi som afsnit har udviklet os hurtigere, end vi ville have gjort, hvis vi ikke kendte metoden. Det er ikke så farligt at afprøve noget nyt. En ide opstår, og den bliver prøvet af..

Et aktuelt eksempel; rapportgivningen var præget af mange afbrydelser. Derfor flyttede vi forsøgsvis denne fra afsnittets fælleskontor til afdelingssygeplejerskens kontor. Denne flytning kunne ske fra dag til dag. Denne ændring har været positiv.

Gennembrudsprojektets ide giver god mening blandt teamets medlemmer, men det har været svært at sprede projektet til afsnittets øvrige medarbejdere, ligesom det er svært at slå igennem med besluttede ændringer og vedligeholde indsatsområder. Denne træghed gør, at gennembrudsteamet oplever sig som nødvendige tovholdere. Når teamets medlemmer er fraværende, falder indsatsen til jorden og må samles op igen. Det har været tungt.

Der er brug for at signalere til afdelingens personale, at de tiltag, der er implementeret, også gælder efter projektperiodens afslutning. At gode tiltag skal bevares.

De 3 læringsseminarer har undervejs givet os inspiration og lyst til at arbejde med projektet. Vi fik mulighed for at sammenligne vilkår, ideer og rammer, og vi hentede nye ideer og fik bekræftet, at vi var på rette vej.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

De gode erfaringer, vi har haft med at arbejde tværfagligt med gennembrudsmetoden, betyder, at vi har et ønske om at fortsætte med at udvikle kvalitet i de ydelser, vi har ansvar for. Vi vil gerne fortsat have fokus på nedbringelse af tvangsanvendelse og også fortsat kvalificere nødvendig tvang. Vi vil især vægte indsatser på forebyggelsesdelen, det vil sige tiltag, der er relateret til eller retter sig mod tvang og miljø.

Forslag til fremtidige indsatsområder

Det er vores opfattelse, at det vil være meningsfyldt at bibeholde følgende indsatsområder

- Risikovurdering
- Aktivitetstjeklister
- Eftersamtaler
- Instruks for modtagelse af patient
- Instruks for defusing
- Ergoterapeutisk vurdering
- Konflikthåndtering

Det er altså vores hensigt at holde fast i de tiltag, vi har sat i gang, med undtagelse af afklarende samtale, som integreres i eftersamtalen. Vi har på den ugentlige behandlingskonference haft et punkt, der hed "gennembrudsprojektet". Dette omdøbes nu til "tvang", og vil blive brugt til at gøre status over arbejdet med indsatsområderne.

Det er vores klare opfattelse, at der også fremover skal være tovholdere på de målsætninger, vi vil arbejde med. Der er fortsat brug for at arbejde med og justere implementeringsdelen, når vi skal fastholde fokus og nå målene.

Vi mener, at gennembrudsteamet med fordel kan fortsætte som tovholdere for de målsætninger, der arbejdes med, men det er også vores ønske at involvere flere ambassadører i afsnittet.

Et realistisk bud på, hvor meget tid gennembrudsteamets medlemmer har brug for til at planlægge, koordinere og evaluere tiltag i relation til målsætningen, er tre timer pr person en gang om måneden. Desuden vil de igangsatte indsatsområder kræve daglig opmærksomhed og ressourcer.

Kvalitetsudvikling kræver tid og ressourcer, og til orientering kan det oplyses, at gennembrudsteamets medlemmer tilsammen i projektperioden har brugt ca.350 timer til mødevirksomhed alene. Der udover har de brugt tid på læringsseminarer og individuelle opgaver, som ikke er opgjort i timer. Desuden har en lægesekretær været behjælpelig med anvendelse af epi-data.

Vi har aftalt at mødes med afdelingsledelsen i august efter aflevering af denne statusrapport. Med udgangspunkt i denne, skal det afklares hvilke tiltag, vi skal arbejde videre med og under hvilke vilkår.

Diagrammer og tabeller

Tvangsbehandling(medicinering)	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	4	7
Antal forløb med tvangsbehandling	5	8
Antal dage tvangsbehandling	15	158
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	4	23
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	3	20

Tvangstilbageholdelse	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	13	27
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	13	34
Antal dage tvangstilbageholdelse	255	368
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	20	14
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	20	11

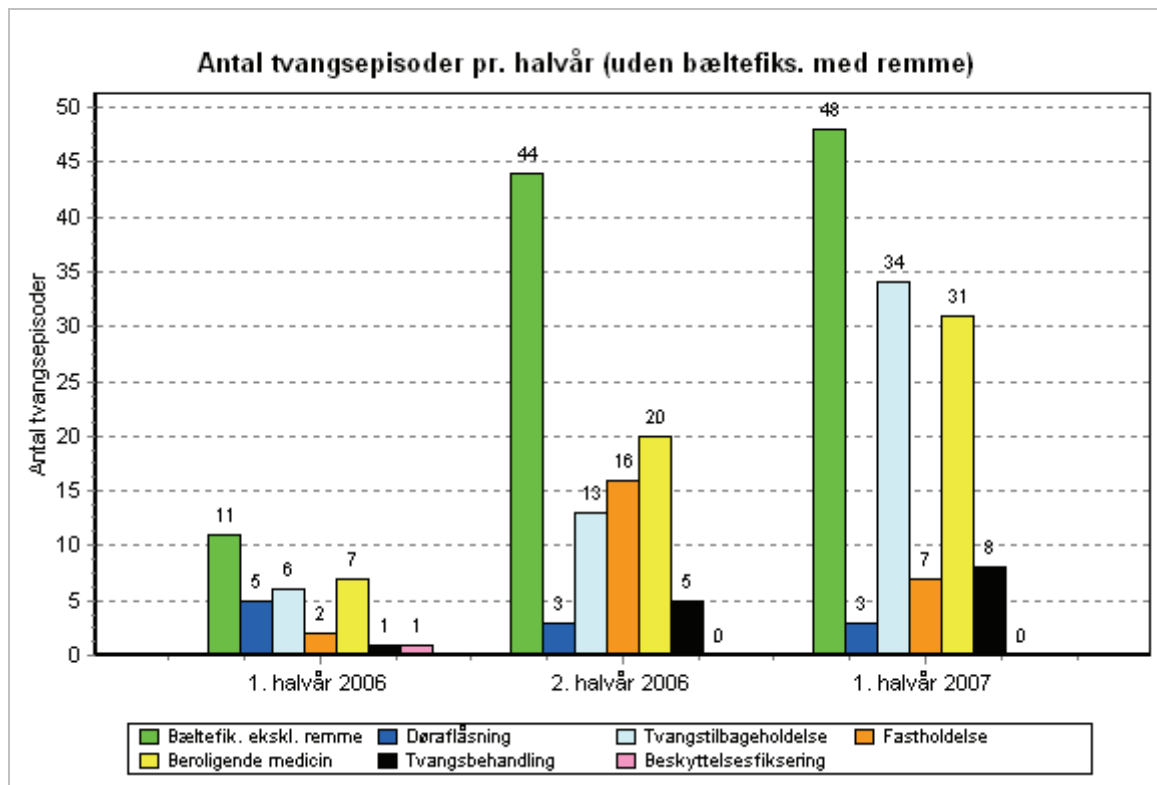
Døraflåsning	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, som døren har været låst for	3	3
Antal forløb med døraflåsning	3	3
Antal timers døraflåsning	826	2796
Gns. antal timers døraflåsning pr. patient	275	932
Gns. antal timers døraflåsning pr. forløb	275	932

Bæltefiksering (ekskl. remme)	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	15	17
Antal forløb med bæltefiksering	44	48
Antal timers bæltefiksering	1732	972
Gns. antal timers fiksering pr. patient	115	57
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	25	15

Beroligende medicin	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	7	11
Antal ordinationer af beroligende medicin	20	31
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	3	3

Fastholdelse	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	3	3
Antal fastholdelser	16	7
Gns. antal fastholdelser pr. patient	5	2

Figur nr. 1



Som det ses af ovenstående tabel, er anvendelse af tvangsfiksering i projektperioden stort set uændret - sammenlignet med baselineperioden.

(Obs: baselineperioden er lig med 2. halvår 2006, og projektperioden således lig med 1. halvår 2007.)

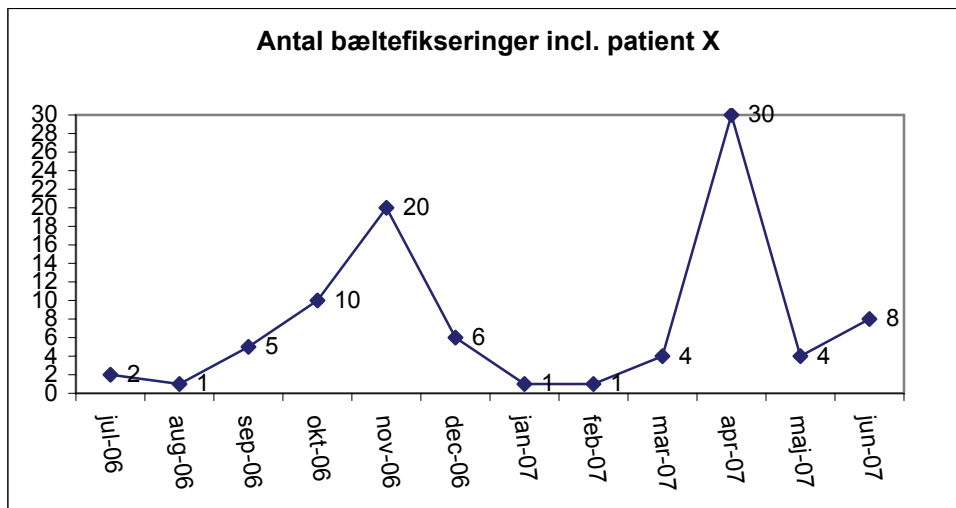
Vi må sige, at det fra starten af var urealistisk, at nedbringe antallet af bæltefikseringer med 50 %. Rent faktisk ville det have betydet, at hver anden af de bæltefikseringer, vi gennemførte, kunne have været undgået. Dette er ikke vores oplevelse i praksis med vores nuværende viden om patientklientellet.

I forbindelse med afsnittets opstart, var bæltefikseringer uvante for os. Dette betød måske den fordel, at vi ikke først skulle aflære dårlige vaner. I et tilbageblik kan vi se, at vi var meget afventende, og havde en høj tærskel i forhold til, hvornår patienter blev bæltefikseret. Vi er nu mere omkring patienterne, hvilket er med til at skabe ro og overblik, og derved kan vi i nogle tilfælde afværge bæltefikseringer. Vi griber hurtigere ind i situationer, før de udvikler sig yderligere. En anden overvejelse går på, hvor tidligt vi løsner af bæltet. Vi tør nu løsne tidligere, og i nogle tilfælde har det medført en ny fiksering, som påvirker statistikken og målsætningen negativt, men som nok er en bedre kvalitet for patienten.

Idet vi kun har to halvår at kigge på, er det for tidligt at udsige, hvad gennemsnittet for antal bæltefikseringer kan være.

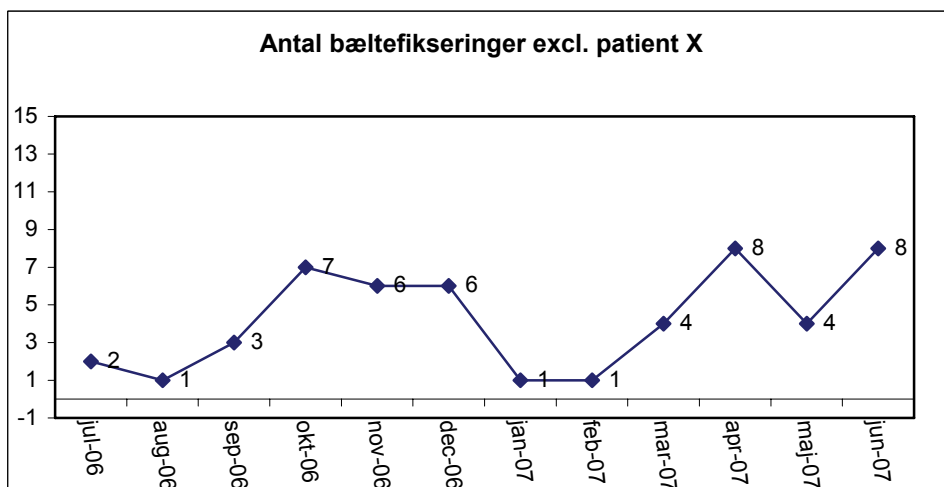
Overordnet er vores patientmateriale lille (10 sengepladser), hvilket medfører at estimatet bliver meget følsomt for store udsving.

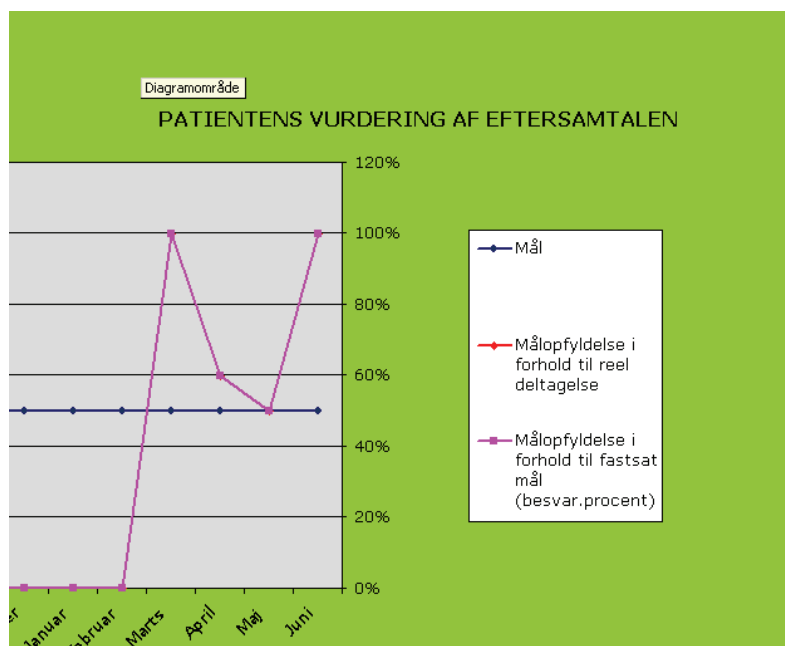
Figur 2



Ser man imidlertid på ovenstående graf, vil det fremgå, at der henholdsvis i månederne november '06 samt april '07 sker store udsving. Det skal her nævnes, at samme patient i netop disse to måneder står for en stor andel af bæltefikseringerne, således 14 fikseringer i november - heraf 11 frivillige i forbindelse med medicingivning, - samt 22 i april³. (Patienten har også haft 2 fikseringer i september og 3 i oktober).

Figur 3

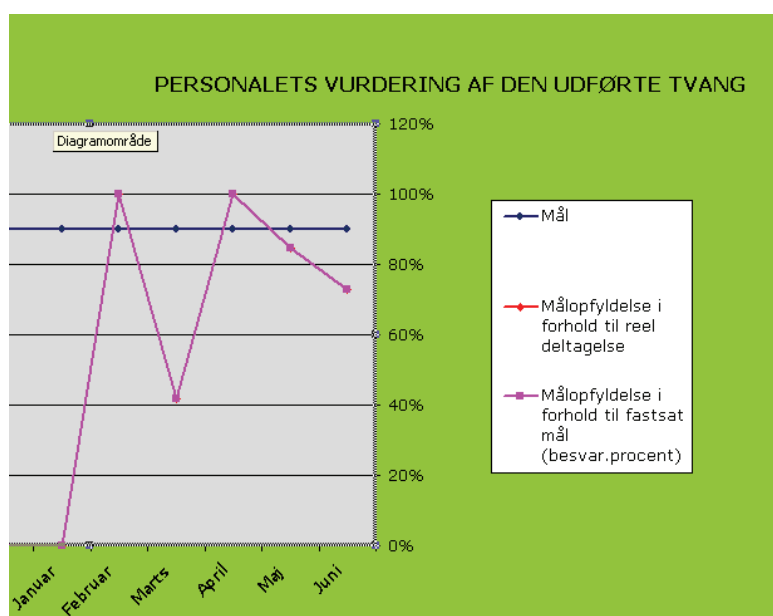


Figur 4

Vores målsætning var, at 50 % af patienter der har været udsat for tvang, vurderer "ja" til at eftersamtalen har givet en større viden om, eller forståelse for den oplevede tvang. Målet var at tilbyde alle patienter, der oplever en tvangsfiksering, en eftersamtale. Dette har vi i praksis ikke kunne opfylde, vel vidende at det er et lovkrav. Mulige forklaringer til dette har blandt andet været overflytning/udskrivelse med kort varsel, patienter udstationeret på somatisk afsnit, men indlagt i psykiatrien, og desværre enkelte gange forglemmelser.

Vi har ændret spørgeskemaet undervejs, idet vi indså, at vi ikke kunne forvente et positivt svar på en handling udført mod patienten vilje, hvilket har betydet at vi kun har målinger fra marts og til juni 2007. Vi har derfor intet "run" at vise, men vælger at se det som en stikprøve. Med dette forbehold vurderer vi dog, at den opstillede målsætning er realistisk.

Da værdierne for de enkelte måneder kan repræsentere en eller to patienters oplevelse af tvangsfikseringen, bliver estimatet usikkert.

Figur 5

Vores målsætning var, at 90 % af personalet vurderer at afsnittets håndtering af tvangsfiksering sker på et niveau, der samlet vurderes over 6 på en skala fra 1-10, hvor 10 er udtryk for den bedst tænkelige kvalitet. For at kunne opfylde målsætningen, var planen at der skulle afholdes defusing efter alle tvangsfikseringer. En af grundene til det, er at de ukomplicerede tvangsfikseringer ikke altid giver anledning til refleksioner på samme måde som de komplicerede forløb. Dette betyder, at de gode forløb, der kunne være med til at øge tilfredsheden, ikke altid bliver talt med. Ligeledes kan det ske, at en hektisk hverdag gør, at vi ikke får afholdt defusing, når det er påkrævet. Vi har målinger fra februar til juni 2007. Igen er det få resultater, hvilket betyder at vi ikke kan vise en tendens. Dog kan vi se, at det i enkelte måneder er lykkedes. Vi har i teamet overvejet, om det er en realistisk forventning med en tilfredshed på 90 %. Dette vil kræve stor rutine, og et team uden nævneværdig udskiftning, således at samarbejdet og den fælles erfaring er med til at øge niveauet.

Gennembrudsprojekt

Team Esbjerg



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Psykiatricenter Vest, Esbjerg. Afsnit E3
Teammedlemmer	Distriktssygeplejerske Hanne Juul Hanne.reinholt.juul@pcv.regionsyddanmark.dk Social- og sundhedsassistent Anna Elisabeth Rasmussen Anna.Elisabeth.rasmussen@pcv.regionsyddanmark.dk Sygeplejerske Kirsten Simonsen Kirsten.simonsen@pcv.regionsyddanmark.dk Ergoterapeut Pernille Frøkjær Pernille.holt.froekjaer@pcv.regionsyddanmark.dk
Beskrivelse af afsnittet	• Voksenpsykiatrisk akut intensivt afsnit • 12 Sengepladser • Patienterne bliver indlagt enten via psykiatrisk skadestue, åbent afsnit eller via egen læge direkte fra eget hjem. • Gennemsnits indlæggelsestiden er 9 dage.
Resumé af resultater	Som det fremgår af vores overordnede målsætning, har vi arbejdet indenfor alle 3 temaer i forandringskataloget. Tema 1: forebyggelse af formaliseret tvang, tema 2: formaliserede tvangsepisoder, tema 3: opfølgning på formaliserede tvangsepisoder. Ifølge patienttilfredshedsundersøgelsen har vi opnået, at vores patienter giver udtryk for tillid til personalet. Vi har reduceret antallet og varigheden af bæltefikseringer. Desuden er det vores vurdering, at håndteringen af tvangsepisoder sker på et højt fagligt niveau. Som vore resultater viser, har vi ikke formået at reducere den samlede mængde tvang. Der vil stadig være behov for at have fokus på forebyggelse og kvaliteten af den tvang, der bliver anvendt

Målsætning, resultatmål og procesmål

Målsætning

Ved deltagelse i projektet ønsker vi, når tvang tages i anvendelse, at patienter indlagte hos os oplever en god kvalitet, hvilket betyder tryghed, værdighed og tillid til personalet. Desuden, at patienterne har oplevelsen af, at tvang kun tages i anvendelse, når andre muligheder er udtømte. Hermed ønsker vi at reducere den samlede mængde af tvang, dog i særlig grad tvang i henhold til protokol 3, der bl.a. handler om bæltefiksering. Fagligt og organisatorisk ønsker vi at forbedre praksis omkring anvendelse af tvang, så personalet i og uden for afsnittet vurderer, at afsnittets håndtering af tvangsepisoder sker på et højt fagligt niveau.

Resultatmål 1:

80 % af de patienter, som har været udsat for tvang, svarer, at tvangsanvendelsen blev udført på en ordentlig måde.

1a

Der tilbydes en eftersamtale til hver patient, der har været udsat for tvang.

1b

Alle patienter (100 %) som er bæltefikseret tilbydes efter vurdering aktiviteter (ud fra given tjekliste) med henblik på at berolige.

Resultatmål 2:

90 % af personalet, som har været involveret i en tvangsepisode, svarer, at tvangsanvendelsen blev udført på et "højt fagligt niveau" eller "meget højt fagligt niveau".

2a

Efter alle tvangsepisoder kaldes de involverede personalemedlemmer ind på kontoret med henblik på at reflektere over håndtering af episoden.

Desuden får de udleveret spørgeskema om kvaliteten af den udførte tvang.

2b

Hver torsdag på konference foretages en faglig vurdering af den tvang, der har været udført i den forløbne uge.

Resultatmål 3:

Nedbringe anvendelsen af tvang i henhold til protokol 3, der omhandler bæltefikseringer med 30%.

3a

Ved alle indlæggelsessamtaler inddrages patientens erfaringer med aktiviteter og tiltag, der dæmper angst og aggression. Der udfyldes en aktivitetstjekliste.

3b

Senest 2 dage efter indlæggelsessamtale foretages en tværfaglig risikovurdering for patientvold ved alle patienter.

Målinger

Resultatmål 1:

måles ved eftersamtaler, hvor vi har bedt patienterne vurdere kvaliteten af den tvang, de har været udsat for på en skala med 4 valgmuligheder.

De 4 valgmuligheder:

- 1) i høj grad tilfreds,
- 2) i nogen grad tilfreds
- 3) kun i mindre grad tilfreds
- 4) slet ikke tilfreds.

1a: Der er udarbejdet en månedsoversigt.

1b: Måles på månedsoversigt.

Resultatmål 2:

måles på evalueringsskemaer udleveret til de personer, der har været involveret i tvangsepisoden.

2a: Alle involverede personalemedlemmer får udleveret spørgeskema om kvaliteten af den udførte tvang. Dette måles i forbindelse med procesmål 2b.

Vi har målt på de episoder, hvor der har været kaldt alarm, så personale udefra også har deltaget. Der er udleveret 2 forskellige skemaer, et til eget personale og et til øvrigt personale. Personalet er bedt om at vurdere kvaliteten på en skala fra 1 – 10, hvor vi fra 8 – 10 har skaleret kvaliteten til højt fagligt niveau eller meget højt fagligt niveau.

2b: Koordinatoren registrerer på sit udleverede skema, hvor mange personer der deltog i tvangsepisoden, og sikrer desuden, at alle involverede personer har svaret.

Resultatmål 3

måles på resultater i EPI data programmet.

3a: Måles på månedsoversigt.

3b: Måles på månedsoversigt.

På konference den første torsdag i måneden (start: november 2006) præsenteres resultater af spørgeskemaerne og disse diskuteres.

Resultater

Patienttilfredshed

Vi har ikke nået det mål, at 80 % af patienterne har svaret, at de er tilfredse med den udførte tvang. Vi har erfaret, at patienterne har vanskeligt ved at skelne mellem det, at de har været udsat for tvang og kvaliteten af denne. Vi kan ikke, ud fra de svar vi har fået, kunnet udlede nogen tendens i retning af, at kvaliteten af den udførte tvang er blevet bedre. Der er snarere en tendens til at patienterne i høj grad er utilfredse med den tvang, de har været udsat for.

Personalets tilfredshed med den udførte tvang.

I begyndelsen af projektperioden var vurderingen af personalet fra de tilkaldte afsnit generelt lidt lavere end fra E3's personale. Inden for de sidste måneder i perioden er der en tendens til, at alle vurderer mere ensartet.

Fra marts måned ligger vurderingerne af kvaliteten stabilt fra 82-92 %, hvilket svarer til højt fagligt niveau. Vi har således næsten nået vores mål.

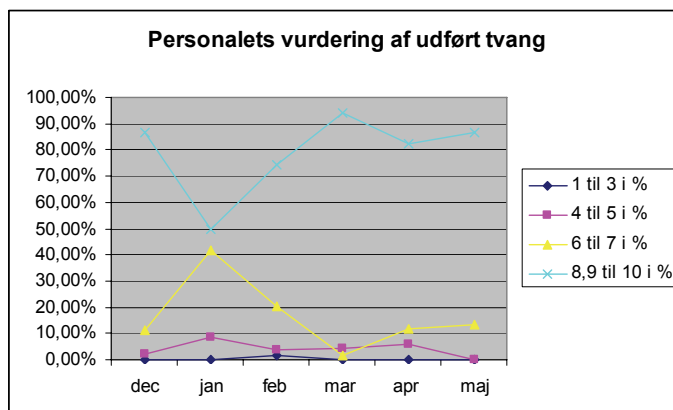
I begyndelsen af projektperioden beskrev et personale f. eks:

"der manglede styring, en der overordnet uddelegerede opgaverne og informerede om, hvad skulle ske".

Sidst i forløbet beskrev et personale: ***"fint, god linje gennem hele forløbet, klare udmeldinger og ingen misforståelser"***. Diskussionen på torsdagskonferencer har bevirket, at tvangsepisoderne er planlagt i højere detaljeringsgrad end tidligere.

Personalet forudser oftere episoden inden den opstår, og kan derfor bedre planlægge, hvad der skal foregå.

Personalets vurdering af kvaliteten af den udførte tvang



Til vurdering af kvaliteten af den udførte tvang har ovenstående skala været anvendt:

1-3 slet ikke tilfredsstillende

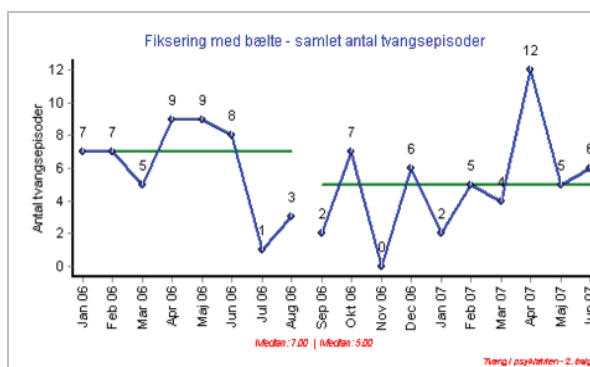
4-5 kun i mindre grad tilfredsstillende

6-7 i nogen grad tilfredsstillende

8-10 i høj grad tilfredsstillende

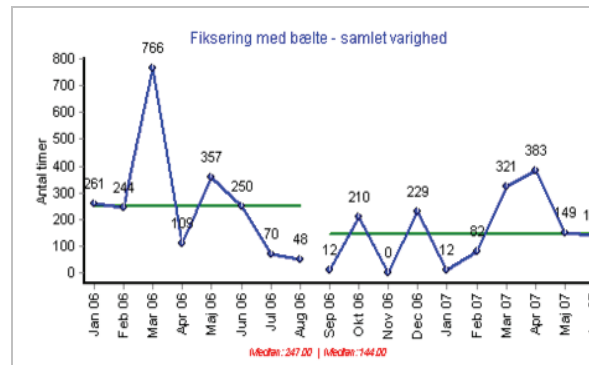
I ovenstående graf er der en fejlmargen i april måned, da der mangler nogle besvarelser fra personalet.

Oversigt over fiksering med bælte



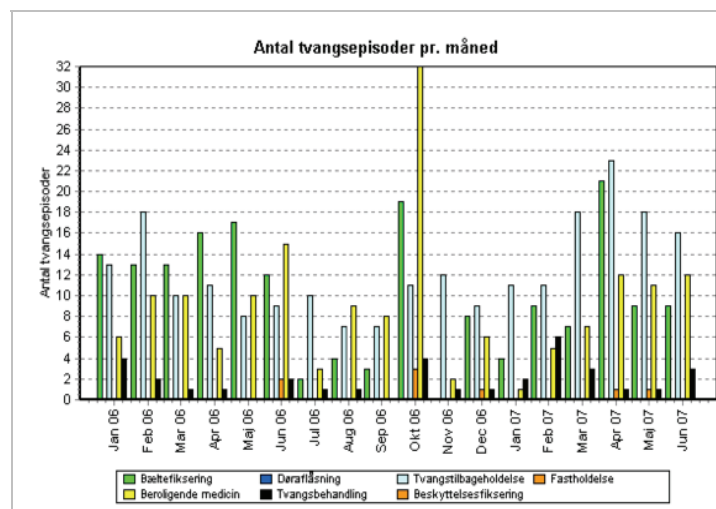
Medianen er i projektperioden faldet med 28,6 % i forhold til baseline. Vi havde sat som mål at reducere bæltfikseringer (tvang i henhold til protokol 3) med 30 %, hvorfor vi er godt tilfredse med det opnåede resultat. Vi har ikke specifikke målinger på, hvilke tiltag der har været forebyggende på antallet af bæltfikseringer, men det er klart at det øgede fokus på den forebyggende indsats har betydning.

Den samlede varighed af fiksering med bælte



Varigheden af bæltefikseringer er faldet markant i projektperioden. Medianen er faldet med 41,7 % i forhold til baselineperioden. De høje tal for februar og marts måned 2006 skyldes to patienter med udtalt selvskadende adfærd. Den ene er flyttet til en anden del af landet, den anden har ikke været indlagt i resten af projektperioden. I marts og april måned 2007 skyldes de høje tal for varigheden af bæltefiksering at flere patienter har ligget i bælte, 2 patienter i en længere periode.

Oversigt over tvangsperioder



Det store udsving på søjlen for beroligende medicin i oktober 2006 er et udslag af et meget vanskeligt patientforløb. I forhold til tvangsbehandling viser tendensen en lille stigning. Antallet af tvangsbehandlinger varierer fra måned til måned, hvilket må betyde, at det er få patienter, der er involveret.

Der ses en markant stigning i antallet af tvangstilbageholdelser. Dette mener vi ikke er udtryk for særlige omstændigheder i afsnittet, snarere et udtryk for patientkategorien.

Iværksatte forandringstiltag

Eftersamtale.

Eftersamtaler har været forsøgt anvendt i afsnittet siden foråret 2006. I arbejdet med testningen af eftersamtalskemaer har vi erfaret, at det for de fleste patienter er rart at blive forberedt på samtalen dagen i forvejen. Her informeres de om tidspunktet for samtalen og får et print af skemaet med spørgsmålene, så de kan forberede sig. Der er tilføjet et spørgsmål til det skema som nu er implementeret i afsnittet. Dette lægger op til, at patienten overvejer, hvad han eller hun selv kunne have gjort for at forebygge, at det endte med en tvangssituation.

Aktivitetstjekliste

Aktivitetstjeklisten udfyldes af kontaktperson og patient i fællesskab. De spørgsmål, patienten stilles, drejer sig om, hvorvidt patienten har erfaret, at de angivne aktiviteter har haft en gavnlig virkning ved angst og aggression. Patienterne giver udtryk for, at det giver god mening at få tilbudt aktiviteter i forbyggende øjemed og ikke kun medicin. Når patienterne har udfyldt skemaet lægges det i journalen og patienten får en kopi til opslagstavlen.

Aktiviteter i forhold til aktivitetstjekliste.

Aktiviteter: Ny indkøbte CD afspillere bliver brugt. MusiCure bliver brugt med henblik på at dæmpe følelsen af angst. Disse er også afprøvet i forhold til bæltefiksering og har vist sig meget anvendelige.

Risikovurdering

Når patienterne indlægges, vurderer kontaktpersonen patienten ud fra item 7 i PANNS - skalaen. Efterfølgende revurderes patienten til sygeplejekonferencerne. Se bilag 1. Den tværfaglige vurdering er ikke testet endnu pga. lægemangel i afsnittet.

Temaeftermiddag

Vi har midt i projektperioden afholdt en temaeftermiddag for personalet i afsnittet. Målet var at informere og inddrage personalet i teamets arbejde. Eftermiddagen forløb som planlagt, og vi har fået positiv tilbagemelding herpå.

Pårørende

Der er udarbejdet pårørendefolder på baggrund af materiale, som har ligget på Gennembrudsforum. Flere pårørende har været inddraget i testningen af denne. Disse pårørende har bidraget med kommentarer til, hvad de pårørende har brug for at vide, når deres nærmeste er indlagt.

Indlæggelse

Der er udarbejdet et forslag til en indlæggelsesmappe. Denne indeholder en oversigt, som er beregnet til tjekliste. Derudover indeholder mappen 1) indlæggelsessedel (registrering af patienten), 2) guideline til indlæggelsessamtalen, 3) forkortet husorden, 4) forkortet aktivitetstjekliste, 5) pjecen: "Samarbejde med din faste kontaktperson", og 6) pjecen: "Pjece for pårørende".

Pjecen: Samarbejde med din faste kontaktperson.

Vi har hentet inspiration fra Gennembrudsforum, og pjecen er selvfølgelig også tilpasset til vores afsnit. Der er især taget hensyn til Recovery tanken. Det vil sige, at patienten i højere grad medinddrages, og bevidstgøres om ansvaret for eget liv.

Sikkerhed og miljø

Der er i projektperioden arbejdet med at forbedre forholdene i modtagelsesrummet.

Kommentarer til processen

I begyndelsen af projektperioden herskede der stor tvivl om, hvorvidt vi skulle være med i projektet. Umiddelbart efter at gruppen var blevet sammensat, blev vi informeret om, at afsnittet evt. skulle lukke. Afdelingsledelsen ønskede, at vi skulle deltage. Samtidig oplevede vi mangel på ressourcer og utryghed omkring afsnittets fremtid. Teamet havde en nyuddannet lægelig repræsentant de første måneder. Bortset fra de tværfaglige konferencer, hvor afsnittets overlæge deltog i refleksionerne omkring den forløbne uges anvendelse af tvang, har lægelig repræsentation ikke fundet sted. Knapheden på ressourcer har influeret på den ledelsesmæssige opbakning og deltagelse i projektet. Det har været nødvendigt for teammedlemmerne at yde en ekstra stor arbejdsindsats og fleksibilitet i forhold til arbejdstider. Desuden har det betydning for implementeringen af nye tiltag i forhold til forebyggelse og forbedring af kvaliteten af tvang, at lægerne ikke har været mere deltagende end tilfældet har været.

Vi fandt hurtigt en struktur på teamets arbejde, ved at afholde ugentlige møder af 2 timers varighed. Desuden fik vi lavet rollefordeling med en tovholder og teammedarbejdere med forskellige ansvarsområder. Efter deltagelse i et netværksmøde med øvelsen "tjek på teamet", blev vi opmærksomme på teamets styrke og svagheder. Desuden fandt vi de nøglepersoner, vi i arbejdet skulle alliere os med for at komme igennem med forslag til forandring. Vi har været gode til at inspirere hinanden og hjælpe hinanden med at fastholde modet til det fortsatte arbejde.

Det har i processen været svært at få informeret personalet i afsnittet, så alle har følt sig velinformerede. Vi har forsøgt forskellige modeller og lagt os fast på nyhedsbreve i kommunikations- bogen og information mand til mand. Vi har også haft et ønske om at informere på personalemøder, hvilket ikke har fungeret optimalt på grund af, at teammedlemmers fridage har kollideret med mødetidspunkterne.

I forhold til målinger i projektet har vi erfaret, at det har været hensigtsmæssigt, at der har været udpeget en tovholder på hver enkelt måling.

Midt i projektperioden fik teamets tovholder nyt arbejde. Vi besluttede, at hun fortsat skulle varetage tovholder funktionen og fandt, at dette kunne fungere, hvis vi fastholdt strukturen med ugentlige møder. Dette betød, at teamet i det daglige arbejde i afsnittet kun fysisk var repræsenteret af 3 teammedlemmer, hvilket har givet dem en ekstra arbejdsbyrde. At afsnittet har vacante stillinger, og at der til stadighed er travlhed med et stort patientflow har medført, at nogle i personalegruppen har haft ønske om at udsætte en del af vores forslåede forandringstiltag. På et personalemøde blev det vedtaget, at alt det, der berører miljø og sikkerhed, udsættes til sommerferien er afviklet.

Det har været muligt hurtigt at udarbejde pårørende- og kontaktpersonspjece på baggrund af allerede udarbejdet materiale fra forandringskataloget. Desuden har forandringskataloget været en vigtig inspirationskilde til forandringer.

Det har været positivt i en hektisk hverdag at få lov til at fordybe sig i forskellige tiltag over en længere periode. Gennem den erfaring det lange seje træk har givet os, er vi nu rustet til at fortsætte med nye tiltag og den videre implementering i afsnittet.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

- Den bærende drivkraft gennem hele projektperioden har været, at projektet skulle være anvendeligt i det daglige arbejde både for den enkelte patient og det enkelte personalemedlem.
- Metoden med at afprøve tiltagende i PDSA tests har forbedret de enkelte tiltag. Vi har således følt os godt rustet til at implementere disse. Det har således været muligt at vurdere, om de tiltænkte forandringer var en forbedring eller ej.
- "Det lange seje træk" er karakteristisk for gennembrudsmetoden, og vi har fået inspirationen til det på tre veltilrettelagte læringsseminarer.
- Der har været uheldige konflikter undervejs, hvor projektet uretmæssigt har været gjort til syndebuk.
- Metoden har overordnet gjort den enkelte mere bevidst om egen holdning til praksis. Der er en større åbenhed/ærlighed f. eks i drøftelse af, om tvang har været påkrævet i den enkelte situation.
- Det, at kunne henvise til andre steder, som arbejder indenfor samme speciale men gør tingene på en anden måde, har været meget gavnligt.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Vi 3 tilbageblivende deltagere er enige om at fortsætte og fastholde de gode tiltag, der er iværksat. I samarbejde med ledelsen, vil vi især arbejde videre med det område, der hedder sikkerhed og miljø. Vore patienter udtrykker ofte, at vores regelsæt er ualmindelig stramt og opfordrer os til i højere grad at vurdere frem for at henholde os til regler.

Diagrammer og tabeller

Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	10	7	12
Antal forløb med tvangsbehandling	10	8	16
Antal dage tvangsbehandling	129	181	295
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	13	26	25
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	13	23	18

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	61	44	82
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	69	56	97
Antal dage tvangstilbageholdelse	1061	839	1630
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	17	19	20
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	15	15	17

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	22	14	27
Antal forløb med bæltefiksering	45	19	34
Antal timers bæltefiksering	1987	568	1087
Gns. antal timers fiksering pr. patient	90	41	40
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	44	30	32

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	29	19	27
Antal ordinationer af beroligende medicin	56	60	48
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	2	3	2

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	2	2	2
Antal fastholdelser	2	4	2
Gns. antal fastholdelser pr. patient	1	2	1

Tabellerne viser den faldende tendens i antallet af bæltefikseringer. Det lave antal af fastholdelser sammenlignet med antallet tvangsforanstaltninger med beroligende medicin har at gøre med, at patienten typisk ligger i bælte, når vedkommende bliver tvangsmedicineret.

Bilag 1.

PANNS rating scale

P7. Fjendtlighed. Verbale og nonverbale udtryk for vrede og fortørnelse, inkluderende sarkasme, passivt aggressive adfærd, verbale krænkelser og fornærmelser. Grundlag for rating: Interpersonel adfærd observeret under interviewet og rapporter fra primære plejepersonale eller familie.

	Rating	Kriterier
1	Fraværende	Definitionen kan ikke anvendes.
2	Minimalt	Usikkert om der er tale om patologi – kan være i den øvre ende for grænserne af det normale
3	Svagt	Indirekte eller behersket kommunikation af vrede, så som sarkasme, disrespekt, udtryk for fjendtlighed og lejlighedsvis irritabilitet.
4	Moderat	Udviser en åbenlyst fjendtlig holdning, udvisende hyppig irritabilitet og direkte udtryk for vrede eller fortørnelse.
5	Moderat svær grad	Patienten er i høj grad irritabel og lejlighedsvist verbalt krænkende eller truende.
6	Svær grad	Ikke-samarbejdsvillighed og verbale krænkelser eller trusler influerer i bemærkelsesværdig grad interviewet og påvirker i alvorlig grad sociale relationer. Patienten kan være voldelig eller destruktiv men angriber ikke andre fysisk.
7	Ekstremt	Markant vrede resulterer i ekstrem ikke-samarbejdsvillighed, hvilket udelukker interaktioner, eller resulterer i episode(r) med fysiske angreb på andre.

Gennembrudsprojekt

Team Svendborg



Statusrapport

STATUSRAPPORT	
Hospital og afdeling	Psykiatri center øst Svendborg, P4 Valdemarsgade 53 5700 Svendborg tlf: 6320 2374
Teammedlemmer	Overlæge Nick Bünger: nick@shf.fyns-amt.dk Social- og sundhedsass. Iris Kristensen: inkr@shf.fyns-amt.dk Plejer Vanda Kroggaard: vakr@shf.fyns-amt.dk Stedfortræder Claus Ole Nielsen: clni@shf.fyns-amt.dk Afdelingssygeplejerske Ulla Bak : ullb@shf.fyns-amt.dk
Beskrivelse af afsnittet	P4 er et almen lukket voksen afsnit med akut modtagerfunktion for personer med skizofreni, paranoide psykoser, bipolære affektive lidelser og stofpsykoser. Desuden personer som er suicidaltruede, retspsykiatriske, udadreagerende demente, med ustabil personlighedsstruktur eller i delirøse tilstande. Optagerområde er Sydfyn og øerne = 120.000 indbyggere. 14 patienter fordelt på 12 stuer, hvoraf det er muligt at skærme intensivt på 4 stuer. Gennemsnitsindlæggelsestiden er 10,1 dage. De fleste patienter bliver færdigbehandlet på P 4. Afsnittet bruger EPJ som dokumentationssystem. Bruttonormeringen er 20,4 fuldtidsstillinger: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere, 1 overlæge, 1 1. reservelæge samt 2 reservelæger (almen blok læger), 1/2 ergoterapeut, 1 beskæftigelsesvejleder, 1/2 socialrådgiver samt 1/4 psykolog. I forvagtsslaget af læger er der en udskiftning på 5 ud af 7 hvert halve år. I de sidste år, (også i projektperioden) har der været en forholdsvis stor udskiftning af plejepersonalet. Dagligt fremmøde: Dagvagt: 5 personaler + afdelingssygeplejersken. Weekend: 4 personaler, heraf min. 1 sygeplejerske. Aftenvagt: 3 personaler, heraf min. 1 sygeplejerske. Nattevagt: 3 personaler, heraf min. 1 sygeplejerske.
Resumé af resultater	Tvangsforanstaltninger i forhold til skema 3 er reduceret med 39 % i forhold til 2. halvår 2006 og 17 % i forhold til 1. halvår 2007. (Fra 124 tvangsepisoder i baselineperioden (1. halvår af 2006) til 76 episoder i 2. halvår af 2006 og 103 episoder i 1. halvår af 2007). Det er vores vurdering at stigningen af tvangsepisoder i 1. halvår af 2007 skyldes: • Større antal af fastholdelser (overvejende demente patienter.) • flere fikseringer, men af kortere varighed (et fald fra 67 timer til 27 timer i gennemsnit for den enkelte fiksering) I projektperioden er der sket en mærkbar ændring i personalets holdninger til og håndtering af tvang.

Resumé af resultater	Der har foregået et kultur og paradigmeskifte blandt personalet, således at der har været en betydelig bevidstgørelse af personalets menneskesyn og de mellem menneskelige relationer, hvilket helt konkret har udmøntet sig i en meget større åbenhed til at lytte til og tale om tvang sammen med patienten og medinddrage patientens egne forslag til genvinde habituel tilstand. Sideløbende med projektet har 5 plejepersonale deltaget i "miljøterapi kursus". Det har været medvirkende til at der er meget større fokus på, hvilke miljøterapeutiske tiltag, der kan være medvirkende til at forebygge tvang. Samtidig med har afsnittet fået gennemført en revidering og implementering af: • velkomstmappe til patienterne • pårørende folder • risikovurdering af potentielle voldelige patienter • aggressionsforebyggende samtale med patienten • "hvordan kan vi hjælpe dig?" – samtale med patienten • skriftlig information om påtænkt tvang til patienten • eftersamtale til alle patienter efter en tvangsforanstaltning • bæltefikseringsskema • fast vagt instruks • procedure for behandlingskonferencen • introduktionsprogram til nyt personale • introduktionsprogram til gennembrudsmetoden defusing efter en tvangsforanstaltning
-----------------------------	---

Målsætning, resultatmål og procesmål

Vi har arbejdet ud fra følgende målsætning:

- **At forbedre den patientoplevede kvalitet af tvangsudøvelsen.**
- **At patienterne oplever mindre tvang.**
- **At øge personalets kompetencer i forhold til at kunne håndtere konfliktsituationer**

Målsætning 1:

At forbedre den patientoplevede kvalitet af tvangsudøvelsen

Resultatmål 1: 80 % af patienterne svarer i eftersamtalen ja til følgende: Personalet behandlede dig: ordentligt og respektfuldt under udførelsen af den tvang, du var udsat for.

Procesmål:

- Alle patienter (100 %) der under indlæggelse oplever tvang i henhold til psykiatriloven tilbydes eftersamtale
- Bæltefikseringsskema anvendes til alle patienter, som bliver bæltefikseret
- Alt personale informeres/ introduceres til afsnittets holdninger og værdier i forebyggelsen af tvang.
- Alt personale informeres/ introduceres til afsnittets anvendte metoder i forhold til udøvelsen af tvang.
- Efter alle tvangssituationer analyserer personalet den enkelte situation og lære af erfaring ved hjælp af defusing metoden.

Målsætning 2:

At patienterne oplever mindre tvang.

Resultatmål 2: Antallet af patienter, der udsættes for tvang i henhold til psykiatriloven reduceres med 30 % i projektperioden i forhold til baseline.

Procesmål:

- Ved alle indlæggelser (100 %) foretages en risikovurdering af lægen mhp. at identificere potentielle voldelige patienter.
- På 100% af de identificerede potentielle voldelige patienter gennemføres en samtale ud fra skema til forebyggelse af aggression under indlæggelse, mhp for den enkelte patient at klargøre hvilke aktiviteter/adfærd der kan være aggressionsforebyggende.
- Hos patienter med svær angst og uro, som ikke har fået foretaget en aggressionsforebyggelsessamtale tilbydes en samtale ud fra skemaet: "Hvordan kan vi hjælpe dig?" således at tvangssituationer kan forebygges for denne gruppe patienter.
- Alle pårørende tilbydes samtaler løbende under indlæggelsen med tværfagligt personale jf. pårørendefolderen.....(ligger på alle stuer)
- Alle pårørende får udleveret pårørendefolder ved indlæggelsen
- De pårørende og det professionelle netværk til demente medvirker til at afklare hvilke strategier, som er brugbare for patienterne for at minimere aggressioner.
- De pårørende til suidale patienter medinddrages til at afdække suicidalitetsrisikoen
- Alle pårørende tilbydes samtale med læge og/eller kontaktperson inden for de første 3 døgn og løbende efter behov
- Bæltefikseringsskema anvendes til alle patienter, som bliver bæltefikseret,
- for at reducere antallet af timer i bælte.

Målsætning 3:

At øge personalets kompetencer i forhold til at kunne håndtere konfliktsituationer:

- udvikle teamrelationer i forbindelse med konfliktsituationer og bruge hinandens ressourcer optimalt
- alle kan håndtere en konfliktsituation på en faglig og kompetent måde

Resultatmål 3:

Hele personalegruppen på P4 deltager i konflikthåndteringsundervisning-programmen inden udgangen af 2007

Der foreligger et undervisningsprogram i konflikthåndtering til al personale i afdelingen ultimo dec. 2007

Procesmål

- 2 personer deltog i et tilsvarende konflikthåndteringsprogram eksternt for at hente inspiration (foregik i april 2007)
- Konflikthåndteringsprogram udarbejdes af et team fra afsnit P4, inden udgangen af august 2007, (de pers. som har hentet inspiration er med i teamet som tovholder og tværfagligt sammensat)
- Afvikling af undervisningsforløb i efterår 2007 (4 hold, som deltager i 1 undervisningsdag)
- 4 timers undervisning i "afværgeteknikker" i september og oktober 2007 ved ekstern underviser.
- Løbende evaluering af undervisningsprogrammet samt en samlet evaluering inden udgangen af 2007
- Der afvikles konflikthåndteringsundervisning for nyt personale i hele afdelingen 1 x hver anden måned med start januar 2008

Målinger

Målinger foretaget ved hjælp af Epidata:

- Alle tvangsforanstaltninger i forhold til Lov om tvang i psykiatrien

Målinger ved hjælp af auditeringsmetoden på:

- risikovurdering af potentielle voldelige patienter
- aggressionsforebyggende samtale med patienten
- eftersamtale til alle patienter efter en tvangsforanstaltning
- bæltefikseringsskema

Målinger af implementeringsgraden af de forskellige iværksatte tiltag hos personalet:

- brugt målingerne fra auditeringen som guideline for, hvor godt de forskellige tiltag er blevet implementeret.

Resultater

Teamet oplever, at der er sket store forandringer i afsnittet i de 9 mdr. som projektet har varet.

På trods af, at ikke alle målsætninger er indfriet, betragter vi deltagelsen i gennembrudsprojektet som en gevinst. For et afsnit, som har været etableret i 12 år har vi profiteret af gennembrudsmetoden og dens redskaber.

Vi er blevet meget bedre til at rumme og være sammen med patienterne, når de har det allerværst. Vi har ikke længere berøringsangst for at tale med patienten om aggressioner og forebyggelse af tvang og efterfølgende samtale om den foregået tvang. Strukturen og rammerne er blevet meget mere fleksible afhængig af, hvad den enkelte patient profiterer af.

"Jeg har set, at personalet har strakt sig meget vidt for at undgå tvang." Citat fra Det gule spørgeskema

Det samlede antal tvangsepisoder på afsnit P4 er **reduceret med 39 % i forhold til 2. halvår 2006 og 18 % i forhold til 1. halvår 2007**. (Fra 155 tvangsepisoder i baselineperioden (1. halvår af 2006) til 95 episoder i 2. halvår af 2006 og 127 episoder i 1. halvår af 2007). (se bilag 1)

Det er vores vurdering at stigningen af tvangsepisoder i 1. halvår af 2007 skyldes:

- Vi har haft mange demente indlagt i første kvartal af 2007. (blev ikke tidligere indlagt på tvang)
- Flere bæltefikseringer men af kortere varighed (et fald fra 67 timer til 27 timer i gennemsnit for den enkelte fiksering)

Tvangsforanstaltninger i forhold til skema 3 er **reduceret med 39 % i forhold til 2. halvår 2006 og 17 % i forhold til 1. halvår 2007**. (Fra 124 tvangsepisoder i baselineperioden (1. halvår af 2006) til 76 episoder i 2. halvår af 2006 og 103 episoder i 1. halvår af 2007). (se bilag 2)

Det er vores vurdering at stigningen af tvangsepisoder i 1. halvår af 2007 skyldes:

- Større antal af fastholdelser (overvejende demente patienter.)
- flere fikseringer, men af kortere varighed (et fald fra 67 timer til 27 timer i gennemsnit for den enkelte fiksering – (se bilag 3))

I projektperioden er der sket en mærkbar ændring i personalets holdninger til og håndtering af tvang. Der har foregået et kultur og paradigmeskifte blandt personalet, således at der har været en betydelig bevidstgørelse af personalets menneskesyn og de mellem menneskelige relationer, hvilket helt konkret har udmøntet sig i en meget større åbenhed til at lytte til og tale om tvang sammen med patienten og medinddrage patientens egne forslag til genvinde habituel tilstand.

Sideløbende med projektet har 5 plejepersonale deltaget i "miljøterapi kursus". Det har været medvirkende til at der er meget større fokus på, hvilke miljøterapeutiske tiltag, der kan være medvirkende til at forebygge tvang.

At arbejde med kompetenceudvikling i forhold til konflikthåndtering tager tid. I projektfasen er der blevet udarbejdet en detaljeret konflikthåndteringsprogram og forventer at det vil blive afviklet som planlagt i efteråret 07 – foråret 08.

Iværksatte forandringstiltag

1. Risikovurdering.

Ved alle indlæggelser, foretager indlæggende læge en risikovurdering med henblik på at identificere patienter, som kan være i risiko for udøve vold.

Er denne identifikation ikke fortaget, vurderes det den følgende dag ved afsnittet læge.

2. Aggressionsforebyggende skema.

Ved alle patienter, der er vurderet til at være i risiko for udøve vold, gennemfører kontaktpersonen en aggressionsforebyggende samtale for afdække hvilke tiltag, der kan være forebyggende, ud fra de erfaringer patienten selv har.

Personalet er meget opmærksomt på resultatet af risikovurderingen, og har flere gange afholdt aggressionsforebyggende samtaler, selvom patienter i 1. omgang ikke blev vurderet til at være i risikogruppen.

Hvis patienten ikke kan samarbejde om det, bruges personalets, de pårørendes og det øvrige netværks observationer som guideline for konflikthåndtering. (fx ved de demente)

Vi finder det meget anvendeligt at sammenkoble aggressionsforebyggelsessamtalen med personalets observationer i forhold til de dyssociale patienter, som er ekstrem personfarlige. Det vil fremadrettet være muligt at bruge denne kobling som guideline for konflikthåndtering.

3. "hvordan kan vi hjælpe dig" skema.

Er en megen brugbar guideline, som bruges til håndtering af uro, angst- og kaostilstande, hvor personalet sammen med patienten planlægger, hvorledes de miljøterapeutiske tiltag skal foregå.

4. Observationsskema ved bæltefikserede patienter.

Skemaet letter arbejdsgangen for den skriftlige dokumentation, både for lægen og for plejepersonalet. Er med til at skabe et hurtigt og objektivt overblik over patientens tilstand. Vurderingen af, om kriteriet for bæltefiksering er opfyldt, bliver mere objektiv. Ligeledes giver skemaet et overblik over de lovmæssige krav om tilsyn overholdes. Det er vores umiddelbare vurdering, at det er medvirkende til at forkorte længden af bæltefikseringstiden.

5. Patient mappe:

Velkommen til P4. (heri informationer om projektet)

Husorden.

Pårørende folder.

Behandlingsplan.

Medicinliste.

Relevant folder/informationsmateriale.

Desuden kan anden relevant materiale udarbejdet sammen med patienten lægges i: f.eks

5.1. aggressionsforebyggelseskema

5.2. "hvordan kan vi hjælpe dig?"

5.3. strategi skema til suicidaltruuede patienter.

5.4. skriftlig individuelle aftaler

5.5. kognitive redskaber

6. Eftersamtale.

7. Skriftlige informationspjecer til de forskellige former for tvang, lovpligtige materiale.

8. Pårørendesamarbejde

Vi har tidligt i projektfasen valgt at inddrage de pårørende på flere felter – i udarbejdelsen af pårørendefolderen samt medinddrage i behandlingsforløbet. Vi har faste tider i kalenderen, således at det altid er muligt at lave en aftale med de pårørende om en lægesamtale tidligt i et indlæggelsesforløb. Personalet er meget opmærksom på værdien af at inddrage de pårørende i samarbejdet omkring patienten i hele forløbet.

9. Defusing efter vold/trusler.

10. Konflikt håndteringsprogram.

forventer at det vil blive afviklet som planlagt i efteråret 07 – foråret 08.

11. Revidering af instrukser:

Introduktionsmateriale til nyt personale – generel

Introduktionsmateriale til nyt personale – gennembrudsmetoden

Fast vagt instruks

Instruks til konferencen

Det har ikke været uden betydning at i alt 10 personalet det sidste år har deltaget i et miljøterapeutisk kursus. Samarbejdsrelationer og refleksion som arbejdsmetode har været en gennemgående arbejdsform i kurset og er naturligt blevet overført til afsnittet under dette projekt.

Det er blevet en naturlig proces i afsnittet at der er en øget refleksion over de forebyggende tiltag som kan forhindre tvang og den tvang som udføres.

Kommentarer til processen

Vi havde ikke på forhånd overblik over hvor meget tid projektet krævede. Der blev ikke tilført ekstra ressourcer til afsnittet, men med mulighed for at planlægge med afløsere de dage, hvor vi havde møde hele dagen.

Vi planlagde, at mødes i teamet 2 timer om ugen og en hel dag hver måned.

Det har været vanskeligt for os at få arbejdsro, når 2 timersmødet blev holdt i afsnittet og i travle perioder har vi været nødt til at forkorte eller aflyse det helt.

Det har absolut været mest givende, når vi har afsat en hel dag sammen, hvilket vi i

sidste halvdel af projektet henlagde i "private" rammer. Det sikrede også arbejdsro. Det har været en stor fordel, at der ikke har været udskiftning i teamet eller ændringer rent organisatorisk under projektet.

Det har haft uvurderlig betydning for teamet, at en er særlig kyndig indenfor It. Det har dog også medført at arbejdsbyrden har været meget stor for hende.

Det har indimellem været et tidspres at skulle nå at skrive månedsrapport, at læse alle informationer fra Forum, at analysere grafer osv....

Det har været meget gavnligt for teamet at skulle evaluere hver måned op imod målene. Dette har medvirket til, at teamet er blevet mere klar på, hvor langt vi var, samt givet et større overblik samt medvirket til at teamsamarbejdet blev optimeret.

Det er først sent i forløbet at vi er blevet opmærksom på den røde tråd i det skriftlige materiale, hvilket har besværliggjort udarbejdelsen af månedsrapporterne.

Vi er overbevidste om at det, at starte med at medinddrage alle medarbejdere har været et vigtigt og udbytterig valgt i forhold til implementeringsgraden af de forskellige tiltag som er blevet iværksat.

Teamet har skiftende arbejdstider og det har været en fordel i forhold til implementeringen og fastholdelse af de tiltag vi har søsat. Det har også givet mulighed for løbende vejledning til den enkelte kollega.

Vi havde temadag om "gennembrudsmetoden" i starten af projektet. Det har medvirket til, at næsten alle på afsnittet "har været/er med på bølgen"

Gennembrudsprojektet har bevirket, at der er kommet meget mere fokus på at undgå tvang. Det er blevet acceptabelt og almindeligt at tale med hinanden og patienterne om, hvordan det undgås.

Måske FOR meget idet der har været episoder, hvor impliceret personale har følt det som et nederlag, at fiksering blev nødvendig.

Efter den nye psykiatrilov er trådt i kraft, har vi haft flere tvangstilbageholdelser, specielt demente og delirøse patienter. Dette forhold afspejler sig i vores epidata. Dette har en negativ psykologisk virkning på personalet, da vi ikke umiddelbart kan spejle os i succesen og har ingen indflydelse på at kunne ændre disse forhold. Ser vi lidt længere ud i fremtiden vil omverdenen måske ikke være klar over de generelle forklaringerne på de stadige høje tvangstal og dermed vil vi fremstå som et system som ikke arbejder konstruktivt på at ændre forholdene for patienterne sådan som politikkerne kræver.

Gruppen af demente som bliver indlagt på psykiatrisk afdeling er ikke tilgodeset med den nye psykiatrilov trods klagemulighed. Gruppen er ikke i stand til at klage og de pårørende har ofte ikke det overskud som skal til for at klage. På sigt kan det betyde at et større antal af udadreagerende demente bliver tvangsindlagt i psykiatrien, da disse er vanskelig at rumme i det kommunale system, som dermed indirekte frasiger sig sit ansvar over for denne gruppe af borgere. En meget ydmygende oplevelse for den demente og dennes pårørende at blive bragt til hospitalet med politiet, har flere givet udtryk for.

Det har vist sig vanskelig eller umuligt at gennemføre "eftersamtaler" med denne gruppe, idet de ikke er bevidst om, at der har været anvendt tvang. Personalet har oplevet, at det har været uværdigt og angstfremkaldende for den demente, når de bliver geninformeret om den tvang de har været udsat for.

Vi har i projektperioden haft delirøse patienter tvangstilbageholdt på somatisk afdeling til tvangsbehandling. I disse tilfælde har det ikke organisatorisk været muligt at afholde eftersamtale. Det kunne have været interessant og lærerigt at kunne få en tilbagemelding fra disse.

Lovkravet om lægetilsyn 4 x dagligt jævnt fordelt på døgnet på bæltefikserede patienter har bevirket et øget arbejdspress på plejepersonalet i forhold til at være lægens "reminder". Der er et stort lægeskift som besværliggør implementeringsdelen hos lægegruppen.

Krav om skriftlig information til patienten inden tiltænkt/besluttet tvangsforanstaltning, fungerer ikke optimalt efter hensigten med loven. Mange gange forstår patienten ikke hensigten med den skriftlige information, der som regel første bliver udleveret efter en tvangssituation.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Både teamet og resten af personalegruppen synes, det har været meget lettere at sætte nye tiltag i gang uden at der nødvendigvis skal være fuld enighed om det.

Selvom hele afd. har været engageret og aktiv i projektet har teamet brugt meget energi på at fastholde de tiltag, der er implementeret. Det bevirkede at vi på et tidspunkt besluttede overvejende at bruge kræfterne på at fastholde de allerede iværksatte tiltag og være tilbageholdende med at opstarte nye.

Der bliver til stadighed arbejdet med pdsa test på mange forskellige tiltag, og metoden er et rigtig godt redskab.

Metoden med at "stjæle" fra andres gode ideer i forandringskataloget er meget brugbar. Det har været inspirerende at deltage i netværksmøder og på læringsseminar, ligesom det også har været positivt at føle at andre kan bruge nogen af vores erfaringer.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Det er planlagt, at konflikthåndteringsundervisningsprogrammet afvikles som planlagt og erstatte vores nuværende bæltefikseringsprogram.

2 medarbejdere har deltaget i et kursus under det børne- og ungdomspsykiatriske hus, hvor de blev inspireret til indhold. Desuden er det meningen at tage elementer fra team Brønderslev samt team Middelfart fra 1. bølge med ind. Der har været holdt møde med ledelsen, som bakker tiltaget op. Det er vores intentioner, at målene i forhold til at personalet oplever et kvalitetsløft kan effektiviseres via konflikthåndteringsprogrammet.

Alle er enige om at projektet "først lige er begyndt" og at det er vigtigt at fastholde de forandringstiltag, der er implementeret samt være åben over for nye tiltag.

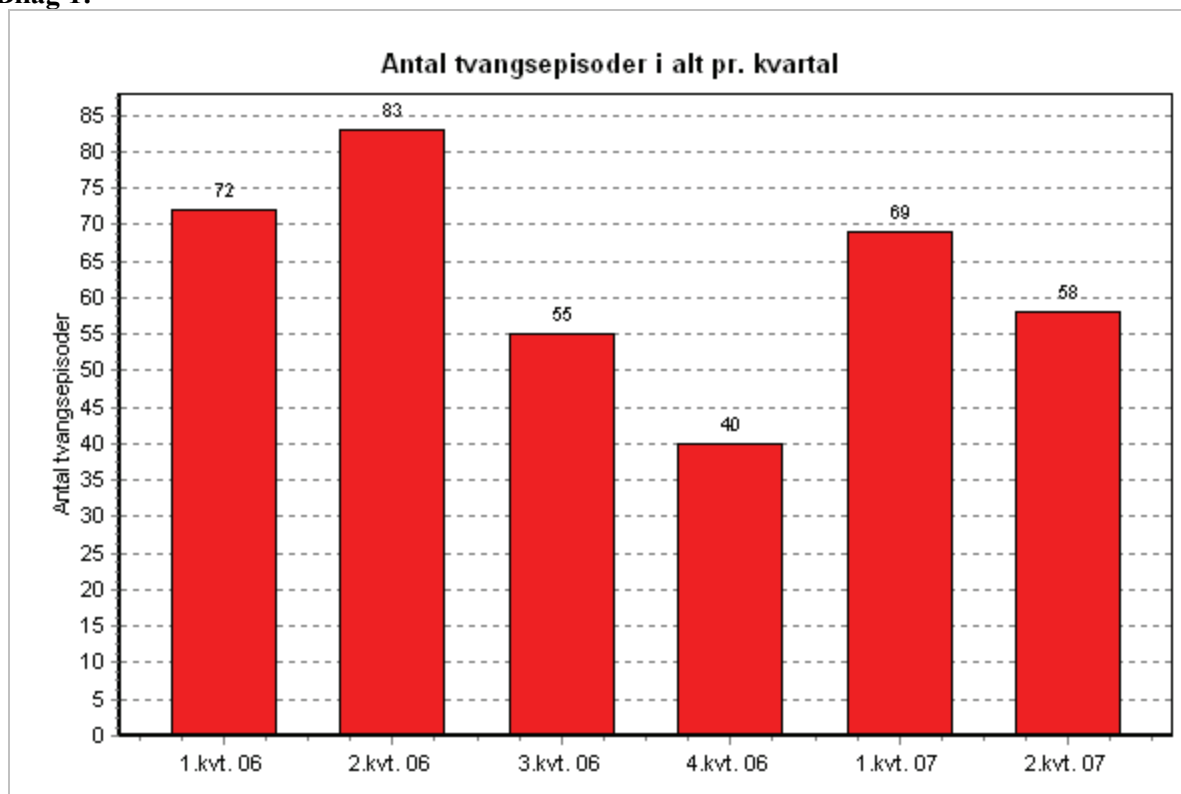
Teamet påtager sig indtil videre ansvaret for at forandringstiltagene fortsætter og udvikles. Vi har planer om løbende at udskifte medlemmerne i teamet, så det går på skift i personalegruppen. Vi har endnu ikke besluttet, hvor meget tid vi skal afsætte til møder m.m.

Vi planlægger at pårørende samarbejdet kan systematiseres og være et punkt på tjeklisten ved indlæggelsen samt udskrivelsen, således at samarbejdet med de pårørende er i fokus.

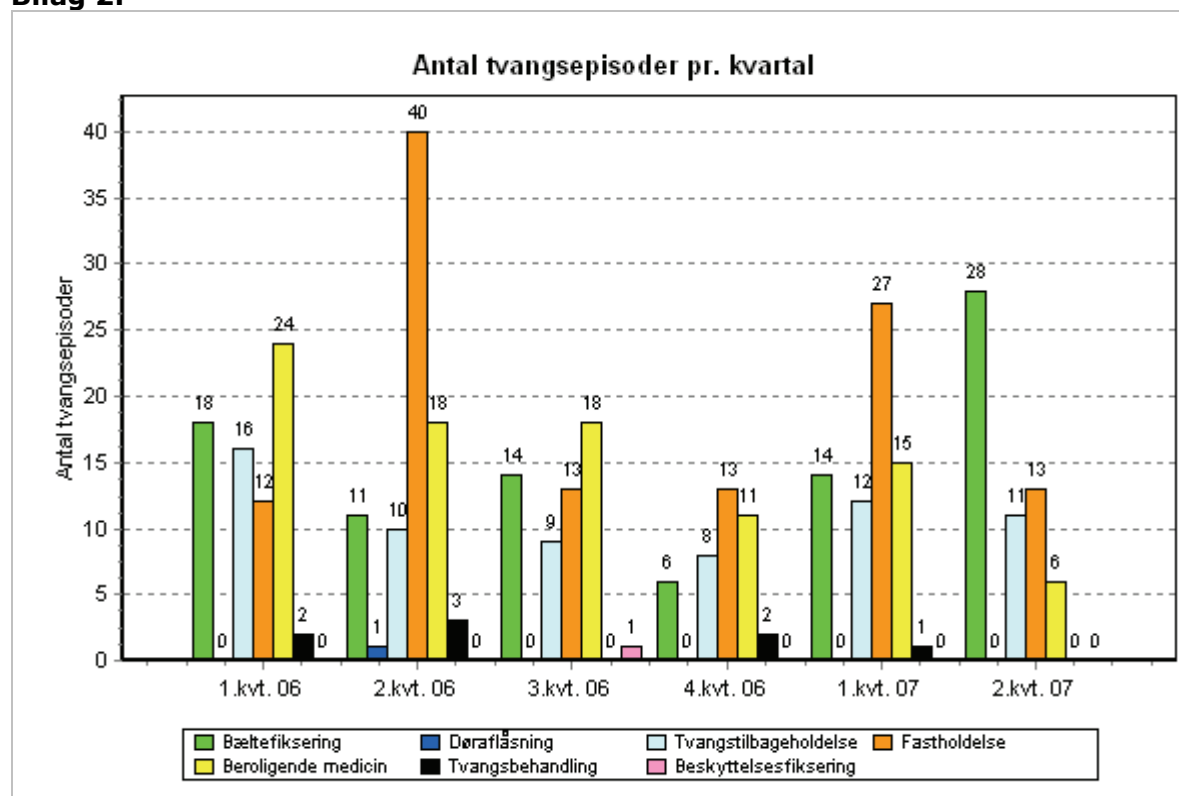
Kvalitetsudvikling kræver tid og ressourcer, og til orientering kan det oplyses, at gennembrudsteamets medlemmer tilsammen i projektperioden har brugt, hvad der svarer til 37 timer/uge i 22 uger ialt. Desuden har en lægesekretær været behjælpelig med indtastning af data til epi-data.

Diagrammer og tabeller

Bilag 1:



Bilag 2:



Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	5	2	1
Antal forløb med tvangsbehandling	5	2	1
Antal dage tvangsbehandling	199	2	1
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	40	1	1
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	40	1	1

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	23	16	22
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	26	17	24
Antal dage tvangstilbageholdelse	177	244	183
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	8	15	8
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	7	14	8

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	19	15	16
Antal forløb med bæltefiksering	22	16	29
Antal timers bæltefiksering	1095	585	534
Gns. antal timers fiksering pr. patient	58	39	33
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	50	37	18

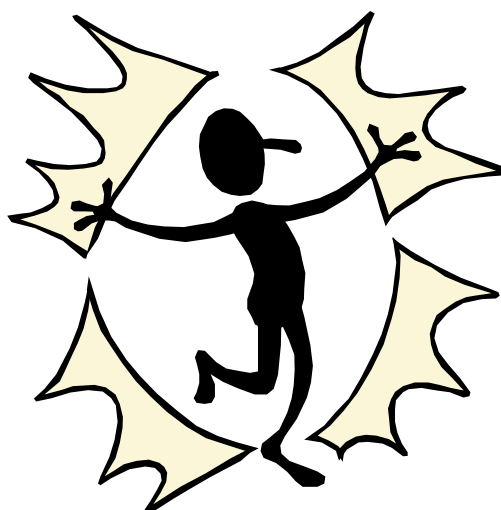
Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	21	15	10
Antal ordinationer af beroligende medicin	42	29	25
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	2	2	2.5

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	10	10	11
Antal fastholdelser	52	26	47
Gns. antal fastholdelser pr. patient	5	3	4

Beskyttelsesfiksering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været beskyttelsesfikseret	0	1	0
Antal beskyttelsesfikseringer	0	1	0
Gns. antal beskyttelsesfikseringer pr. patient	0	1	0

Gennembrudsprojekt

Team Odense



Statusrapport

STATUSRAPPORT	
Hospital og afdeling	Det Børne- og ungdomspsykiatriske Hus, Afsnit 3 Universitetsafdeling, Odense Sdr. Boulevard 29 5000 Odense Tlf. 6541 4416
Teammedlemmer	Afdelingssygeplejerske og kontaktperson: Dorthe Juul Lorenz: dorthe.lorenz@ouh.fyns-amt.dk Overlæge: Ulla Skov Jørgensen: Ulla.joergensen@ouh.regionsyddanmark.dk Afdelingslæge: Lis Sahl Andersen: Lis.sahl.andersen@ouh.regionsyddanmark.dk Sygeplejerske: Hanne Wildt: Hanne.wildt@ouh.regionssyddanmark.dk Sekretær: Bente Anthony: Bente.anthony@ouh.regionsyddanmark.dk Pædagog: Lise Krogsgaard Hansen: Lise.hansen@ouh.regionsyddanmark.dk
Beskrivelse af afsnittet	Afsnit 3 er et åbent døgnafsnit, hvor der er plads til 8 døgnindlagte og 4 dagindlagte børn og unge mellem 13-18 år med børne- og ungdomspsykiatriske problematikker. Ved behov er der mulighed for at ændre 2-4 pladser til skærmede/lukkede pladser i afsnittet. Afsnittet er en akut modtageafdeling. Det miljøterapeutiske personale er alle er uddannede pædagoger eller sygeplejersker. Til afsnit 3 er der knyttet 2 behandler-team bestående af speciallæger samt læger under uddannelse, psykologer, fysioterapeut, socialrådgiver og distriktssygeplejersker. Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus har Lands-landsdelfunktion for neuropsykiatriske lidelser og spiseforstyrrelser. Afsnit 3 er model afdeling i Sundhedsstyrelsens projekt "Fysisk aktivitet i psykiatrien".
Resumé af resultater	Det samlede antal tvangsepisoder i Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus er reduceret med 54 %. Fra 24 tvangsepisoder i baselineperioden (1. halvår af 2006) til 9 episoder i 2. halvår af 2006 og 13 episoder i 1. halvår af 2007. Tvangsforanstaltning i forhold til skema 3 er reduceret med 63 % i periode 1 og 53 % i periode 2. Fra 19 tvangsepisoder i baselineperioden (1. halvår af 2006) til 7 episoder i 2. halvår af 2006 og 9 episoder i 1. halvår af 2007 I 4 ud af 9 (44 %) eftersamtaler , angav patienter, udsat for tvang i forhold til skema 3, udtryk for at føle et personligt ansvar for ikke at miste selvkontrollen. 4 svarede, at de ikke selv følte et ansvar og 2 svarede "ved ikke". Målt fra oktober 2006. En patient har ikke haft eftersamtale efter hver tvangssituation (fastholdelse), da situationer opstod lige efter hinanden og derfor blev der afholdt en samlet eftersamtale.

	I 6 ud af 9 (66 %) eftersamtaler, angav patienter, udsat for tvang i forhold til skema 3, udtryk for at føle sig støttet i ikke at miste selvkontrollen. 3 svarede "ved ikke" til spørgsmålet. Ingen svarede "nej". Målt fra oktober 2006. En patient har ikke haft eftersamtale efter hver tvangssituation (fastholdelse), da situationer opstod lige efter hinanden og derfor blev der afholdt en samlet eftersamtale. For patienter med Anorexia Nervosa gælder at: Vedrørende tvangsernæringer var der 4 tvangsbehandlinger i baseline (heraf 3 ernæringer), 0 i periode 1, og 2 i periode 2 (heraf begge tvangsernæringer). 4 ud af 4 (100 %) patienter med diagnosen Anorexia Nervosa oplevede sig medinddraget i hvordan måltider skulle forløbe i afsnit 3. I 19 ud af 24 tilfælde (79 %) vurderede personalet, at tvangsernæringen foregik efter proceduren. I 22 ud af 24 tilfælde (91 %) fandt personalet, at tvangsernæringen foregik uden unødigt ventetid for patienten
--	---

Målsætning, resultatmål og procesmål

Den overordnede målsætning:

For alle patienter:

- at patienterne oplever større personligt ansvar samt oplever øget støtte i forhold til ikke at miste selvkontrollen under indlæggelse og derved evt. udsætte sig selv for tvang i forhold til psykiatriloven (beroligende medicin, fiksering eller fastholdelse).
- at alle patienter som udsættes for tvang, efterfølgende oplever, at personalet samarbejder med/støtter dem således, at tvang fremover enten kan minimeres, kvalitetsforbedres eller helt undgås.

Specielt for patienter med Anorexia Nervosa:

- at patienterne oplever større personlig inddragelse i behandlingsmetoden og lærer at mestre deres sygdom (Anorexia Nervosa), så de undgår tvangsbehandling (tvangsernæring).
- at tvangsernæring i afsnit 3 iværksættes uden unødigt ventetid for patienten.

Resultatmål og procesmål:

Resultatmål er benævnt med tal

Procesmål er benævnt med i. ii. osv.

1. Tvangsforanstaltninger i forhold til skema 3 reduceres med 30% i forhold til baseline.
 - i. 100% af indlagte patienter vurderes med hensyn til checkliste for risiko for vold. Dette gøres i det første indlæggelsesdøgn.
 - ii. 100% af de patienter som ud fra ovenstående checkliste vurderes i risiko for voldelig adfærd, får udarbejdet aggressionsforebyggelsesskema i samarbejde med personalet.
 - iii. 100% af patienter udsat for tvang i forhold til skema 3, har eftersamtale senest 5 dage efter ophørt tvang.
2. 80% af patienter udsat for tvang (skema 3) svarer "JA" til, at de føler personligt ansvar for ikke at miste selvkontrollen.
3. 80% af patienter udsat for tvang (skema 3) svarer "JA" til, at de oplever sig støttet af personalet i forhold til ikke at miste selvkontrollen.
4. Tvangsernæring (skema 2) reduceres med 30% i forhold til baseline.
 - i. 80% af patienter med diagnosen Anorexia Nervosa svarer "JA" til, at de oplevede, at personalet støttede dem i spiseprocessen, så de undgik tvangsbehandling.
 - ii. 80% af patienter udsat for tvangsernæring svarer "JA" til, at de oplever, at personalet efter tvangen samarbejdede med dem om at minimere/undgå tvangsforanstaltninger i fremtiden.
5. 80% af patienter med diagnosen Anorexia Nervosa oplever sig medinddraget i, hvordan måltider skal forløbe i afsnit 3.
 - i. Ved indlæggelsessamtalen, eller senest 7 dage herefter, har personalet samtale med 100% af patienterne omkring tidligere erfaringer i forhold til måltider og hvordan de bedst støttes under spisningen.
6. Tvangsernæring skal i 90% af tilfældene foregå efter proceduren og uden unødigt ventetid for patienten.

Målinger

Målinger foretaget ved hjælp af Epidata:

- Alle tvangsforanstaltninger i forhold til Lov om tvang i psykiatrien.

Målinger foretaget ved hjælp af eftersamtalskema:

- Udført eftersamtale
- Patienters personlige ansvar for ikke at miste selvkontrollen
- Patienters oplevelse af at føle sig støttet af personalet i forhold til ikke at miste selvkontrollen
- Tvangs ernærede patienters oplevelse af at personalet efter tvangen samarbejdede om at minimere/undgå tvangsforanstaltninger i fremtiden

Målinger foretaget ved hjælp af checkliste:

- Risiko for vold under indlæggelse

Målinger foretaget ved hjælp af spørgeskemaer ved udskrivelsen:

- Patienters oplevelse af at føle sig støttet af personalet i forhold til ikke at miste selvkontrollen
- Patienters oplevelse af at føle sig støttet i spiseprocessen
- Anorexia Nervosa patienters oplevelse af at føle sig medinddraget i hvordan måltidet skal forløbe
-

Målinger foretaget ved hjælp af spørgeskemaer til personalet:

- Tvangs ernæring foregår efter proceduren og uden unødigt ventetid for patienten

Målinger foretaget ved hjælp af samtalskemaer:

- Anorexia Nervosa patienters erfaringer i forhold til måltider og hvordan de bedst støttes under spisning

Resultater

Overordnet er det samlede antal tvangsepisoder i Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus reduceret med 54 %. Fra 24 tvangsepisoder i baselineperioden (1. halvår af 2006) til 9 episoder i 2. halvår af 2006 og 13 episoder i 1. halvår af 2007. Se venligst figur 1.

For resultatmålene gælder at:

Tvangsforanstaltning i forhold til skema 3 blev reduceret med **63 %** i periode 1 og **53 %** i periode 2. Fra 19 tvangsepisoder i baselineperioden (1. halvår af 2006) til 7 episoder i 2. halvår af 2006 og 9 episoder i 1. halvår af 2007. Se venligt figur 2.

I 4 ud af 9 (44 %) eftersamtaler, angav patienter, udsat for tvang i forhold til skema 3, udtryk for at føle et personligt ansvar for ikke at miste selvkontrollen. 4 svarede, at de ikke selv følte et ansvar og 2 svarede "ved ikke". Målt fra oktober 2006. En patient fik ikke eftersamtale efter hver tvangssituation (fastholdelse), da situationer opstod lige efter hinanden og derfor blev der afholdt en samlet eftersamtale. (Figur 3)

I 6 ud af 9 (66 %) eftersamtaler, angav patienter, udsat for tvang i forhold til skema 3, udtryk for at føle sig støttet i ikke at miste selvkontrollen. 3 svarede "ved ikke" til spørgsmålet. Ingen svarede "nej". Målt fra oktober 2006. En patient fik ikke eftersamtale efter hver tvangssituation (fastholdelse), da situationer opstod lige efter hinanden og derfor blev der afholdt en samlet eftersamtale. (Figur 3).

For patienter med Anorexia Nervosa blev resultaterne:

For tvangs ernæring gælder, at der var 4 tvangsbehandlinger i baseline (heraf 3 ernæring), 0 i periode 1, og 2 i periode 2 (heraf begge tvangs ernæring).

4 ud af 4 (100 %) patienter med diagnosen Anorexia Nervosa oplevede sig medinddraget i, hvordan måltider skulle forløbe i afsnit 3 (figur 3).

I 19 ud af 24 tilfælde (79 %) vurderede personalet, at tvangs ernæringen foregik efter proceduren (figur 3).

I 22 ud af 24 tilfælde (91 %) fandt personalet, at tvangsernæringen foregik uden unødigt ventetid for patienten (figur 3).

For procesmålene blev resutaterne:

- At 100% af indlagte patienter blev vurderet med hensyn til checkliste for risiko for vold. Dog ikke alle i det første indlæggelsesdøgn som ønsket.
- At 100% af de patienter, som ud fra ovenstående checkliste blev vurderet i risiko for voldelig adfærd fik udarbejdet aggressionsforebyggelsesskema i samarbejde med personalet.
- At 100% af patienter udsat for tvang i forhold til skema 3 har haft eftersamtale, dog har enkelte haft den senere end de ønskede 5 dage efter ophørt tvang.
- At 100% af patienter med diagnosen Anorexia Nervosa svarede "JA" til, at de oplevede, at personalet støttede dem i spiseprocessen med det formål at undgå tvangsbehandling.
- At 100% af patienter udsat for tvangsernæring svarede "JA" til, at de oplevede at personalet efter tvangen samarbejdede med dem om at minimere/undgå tvangsforanstaltninger i fremtiden.

Ved indlæggelsessamtalen eller senest 7 dage herefter havde personalet samtale med 100% af patienterne med diagnosen Anorexia Nervosa omkring tidligere erfaringer i forhold til måltider og hvordan de bedst støttedes under spisningen.

Iværksatte forandringstiltag

1. Checkliste i forhold til voldsrisiko
2. Skema til bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer
3. PowerPoint-undervisning i forhold til bæltefiksering
4. Procedure samt skema til eftersamtale efter tvang
5. Støtteskema til patienter med Anorexia Nervosa
6. Procedure for tvangsernæring
7. Spørgeskemaer til personale i forhold til tvangsernæring
8. Indlæggelsesprocedure.
9. Velkomstmappe til alle patienter
10. Spørgeskema til alle patienter ved udskrivelsen
11. Flowdiagram over tiltag i forbindelse med Gennembrudsprojektet
12. Defusing og debriefing af personale efter tvangs-/voldsepisoder
13. Kursus i forebyggelse af vold samt selvforsvarskurser

Ad. 1. Checkliste i forhold til voldsrisiko

Ved indlæggelsen rates patienten af indlæggende læge. Der rates ud fra fastlagte kriterier (checkliste) i forhold til, om patienten er i øget risiko for at udøve vold under indlæggelsen. Dette gøres for at være ekstra opmærksom på de patienter, som har brug for intensiv støtte og nye handlemåder for at undgå vold.

Ad. 2. Skema til bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer

Såfremt patienten anses for at være i øget risiko for at udøve vold under indlæggelsen udfylder kontaktperson og patient i fællesskab et skema vedrørende bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer.

At tale åbent om bevarelse af selvkontrol og mestring giver patienten en øget følelse af medansvar og involvering. Personalet søger at lave aftaler om, hvordan de kan medvirke til at begrænse et indre pres/kaos hos patienten, før de svære situationer opstår. Helt konkret kan det dreje sig om: motion, musik, kugledyne, eventyr m.m.

Dette skema afdækker patientens vanlige handlingsmønstre i svære situationer og foreslår/gennemgår alle de alternative handlemuligheder, som patienten har/kan lære under indlæggelsen og hvordan personalet, kan støtte patienten heri. Skemaet udleveres efterfølgende til patienten og kopi følger patientens miljøterapeutiske kardex og anvendes af personalet. Skemaet og de alternative handlemuligheder kan også anvendes udenfor afsnittet f.eks. i hjemmet.

Ad. 3. PowerPoint-undervisning i forhold til bæltefiksering

For at sikre den kontinuerlige læring hos personalet og bevarelse af tidligere indlærte rutiner/viden har vi udarbejdet et PowerPoint materiale omkring bæltefiksering. Dette vejleder personalet i, hvordan bæltefiksering kan foregå professionelt og så skånsomt som muligt for patienten.

Lovtekst og beskrivelse af lokale praktiske rutiner er basis i materialet og dette er understøttet af fotos, som viser den konkrete praktiske fremgangsmåde.

PowerPoint materialet er lagt ind på afsnittets computer og alle personaler kan nemt gennemgå det jævnligt og herved vedligeholde deres færdigheder.

Ad. 4. Procedure samt skema til eftersamtale efter tvang

Alle patienter, som udsættes for tvang, skal have en eftersamtale.

Vi har udarbejdet en procedure samt et skema til personalet som guideline til, hvordan man afholder eftersamtale.

Vi tilstræber herigennem, at give patienten mulighed for at bearbejde den svære situation, de har oplevet i forbindelse med tvang. Episoden bliver gennemgået, der bliver sat ord på, hvordan det blev oplevet fra patientens side. Man taler om hvorvidt tvangsindgrebet var rimeligt i forhold til udløsende årsag, om patienten føler sig behandlet med respekt og hvordan personale og patient sammen kan arbejde for, at der ikke igen opstår behov for tvang.

Ad. 5. Støtteskema til patienter med Anorexia Nervosa

For patienter med Anorexia Nervosa er måltider altid meget komplicerede. For at imødekomme patienten og praktisk anvende dennes erfaringer med, hvordan måltidet bedst kan gennemføres, afholder kontaktpersonerne en støttesamtale med patienten. Her afdækkes patientens tidligere erfaringer og hvilke muligheder der er for at anvende disse konstruktivt og sammen med patienten finde den bedst mulige løsning i forhold til måltider. Ligeledes kan personalets erfaringer, med at støtte patienter med denne diagnose, gives videre til patienten og der kan laves en individuel plan.

Ad. 6 og 7. Procedure for tvangsernæring samt spørgeskemaer til personale i forhold til tvangsernæring

For at udøve tvangsernæring på et højt fagligt niveau og så skånsomt som muligt for patienten er der udarbejdet en procedure for tvangsernæring.

For at sikre, at personalet følger denne procedure, udfylder personalet et spørgeskema desangående efter udført tvangsernæring.

Ad. 8 og 9. Indlæggelsesprocedure samt velkomstmappe til alle patienter

Vi har udarbejdet retningslinier i forhold til indlæggelsessamtalen. Dette for at sikre den bedst mulige relation til den enkelte patient samt at kunne støtte patienten bedst muligt, specielt gennem de første svære døgn som nyindlagt patient. Statistisk set er det den periode, hvor der er højst risiko for voldsepisoder.

Ligeledes er der udarbejdet en checkliste til personalet i forhold til diverse informationer, som patienten har krav på.

Alle patienter får ved indlæggelsen eller snarest muligt derefter en personlig velkomstmappe.

Mappen indeholder diverse pjecer og informationer, der vedkommer dem og deres indlæggelse, f.eks. kontaktpersoners navne og stilling, afsnittets husregler, dags- og ugeskemaer, samtykkeerklæringer, patientrettigheder, materialer om tvang m.m.

Ad. 10. Spørgeskema til alle patienter ved udskrivelsen

For at måle patienternes tilfredshed med gennembrudstiltagende i forhold til medinddragelse, støtte fra personalet samt ansvar for bevarelse af selvkontrol har vi udformet et spørgeskema, som alle patienter bedes udfylde anonymt ved udskrivelsen.

Ad. 11. Flowdiagram over tiltag i forbindelse med Gennembrudsprojektet

For at lette personalets overblik over alle de nye tiltag i afsnittet i forhold til at forebygge tvang, har vi udformet et stort flowdiagram med skemaer og billeder. Diagrammet illustrerer, hvilke opgaver personalet skal udføre fra en patient bliver indlagt i afsnittet til dennes udskrivelse. Flowdiagrammet er ophængt på kontordøren, så alle dagligt bliver mindet om projektet og kan følge forløbene.

Ad. 12 og 13. Defusing og debriefing af personale efter tvangs-/voldsepisoder samt kursus i forebyggelse af vold og selvforsvarskurser

Der er udarbejdet en procedure for defusing og debriefing, som følges efter alle voldssituationer.

Dette for at sikre arbejdsmiljøet i afsnittet, udvikle personalets professionalisme samt at sikre fornødent overskud i forhold til at forebygge vold.

Alle personaler i afsnittet har deltaget i et 2 dages internt kursus i forebyggelse af vold og træner jævnligt et selvforsvarsprogram, som er udviklet specielt til afsnittet. Når personalet føler overskud og sikkerhed i forhold til patientkontakten, vil de i højere grad være i stand til at bringe ro i en opkørt situation og forebygge vold og den deraf følgende tvangsforanstaltning.

Kommentarer til processen

Det tog os 2 måneder at få et godt overblik over projektet, dets indhold og vores arbejdsopgaver. Det var nødvendigt, at vi alle i projektgruppen blev "dus" med projektet, før vi kunne implementere det i afsnittet.

Testarbejdet (PDSA) har ligeledes taget forholdsvis lang tid, da vi i starten havde meget få ny-indlagte patienter, som en stor del af vores indsats er rettet mod.

Der har været meget få tvangsepisoder i projektperioden, hvilket har betydet, at implementeringen af en del nye tiltag har virket langsommelig.

Senere i projektet havde vi en længere periode, hvor nogle få og meget syge patienter, havde brug for tvangsforanstaltninger. I forbindelse med de konkrete tvangsepisoder var det vigtigt, at tale om den indflydelse, som tvangen havde på personalet. Vi har fokuseret på at drøfte "mindste middels princip" i dagligdagen, og vi har kunnet modarbejde at tvang blev en rutinesag. Vi er blevet bedre til at stille kritiske spørgsmål til os selv og hinanden, - om det nu gøres godt nok, eller om vi kunne finde andre muligheder.

I forhold til området omkring Anorexia Nervosa patienter har vi udviklet og beskrevet nye retningslinier, idet der ikke var materiale om dette område i forandringskataloget.

I starten af projektperioden havde vi faste møder, 2 timer hver mandag eftermiddag, men på grund af travlhed var det vanskeligt at samle hele gruppen. Derfor indførte vi hele arbejdsdage, som skulle prioriteres. Det var godt i forhold til at få større overblik over det samlede arbejde. Det var i forbindelse med arbejdsdagene, at vi kunne fordybe os, være effektive og komme videre.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Forandringskataloget har været et godt og inspirerende arbejdsredskab, som vi har kunnet videreudvikle og tilpasse til vores afdeling. Der er indført et nyt positivt begreb: "Vi stjæler med arme og ben".

PDSA-testning er blevet en kendt og integreret metode i vores team. Det er et godt arbejdsredskab, når man vil føre nye ideer ud i livet.

"Walk through"-metoden har været spændende at afprøve. Den gav os nogle "a-ha"-oplevelser og vi er blevet inspireret til at udnytte den i højere grad.

Interview med patienter og pårørende med henblik på evaluering af behandlingsforløb var utrolig givende.

Vi synes, at læringsseminarerne har virket fastholdende på vores engagement og de har givet os ny inspiration. For eksempel er vi blevet optaget af "den særligt besværlige patient", hvor tvangsforanstaltninger synes at være uundgåelige. Hvordan kan vi agere, så vi også forebygger tvang hos den type patienter?

Personalet har under vejledning deltaget aktivt i projektet. Det har været vanskeligt at

integrere projektet fuldt ud i hele personalegruppen. Når vi ser tilbage, kunne vi med fordel have indledt projektet med et "kick-off seminar", som kunne sikre den brede forståelse hos personalet.

I slutningen af projektperioden har vi oplevet, at der på behandlingsmøder og blandt personalet generelt har været mere plads til at dele nye ideer og utraditionelle indslag i forhold til at undgå tvangsforanstaltninger. Vi hænger ikke fast i "det vi plejer". Alt i alt er der større fokus på tvangsaspektet i personalegruppen.

Vores ledelse har vist interesse for projektet og har været repræsenteret til de punkter på læringsseminarerne, som var målrettet den.

Vi er blevet overrasket over, hvor meget kraft og tid (mere end ¼ årsværk) gennembrudsprojektet har taget. Vi synes, at vi har brugt meget tid på at skrive månedsrapporter. Vi er usikre på om output står i forhold til ressourceforbrug(?)

Vi har ingen bevis for, om det er projektgruppens indsats der direkte er årsag til at tvangsepisoder i afsnit 3 er reduceret.

Vi ved dog, at projektet har sat øget fokus på tvang, at vi har ændret rutiner, skabt nye tiltag og at vi i personalegruppen sammen reflekterer mere omkring forebyggelse af tvang. Det har også skabt et større overblik over Lov om tvang i psykiatrien og hvordan vi udmønter den i praksis.

Derfor er vi meget glade for at have deltaget i Gennembrudsprojektet.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

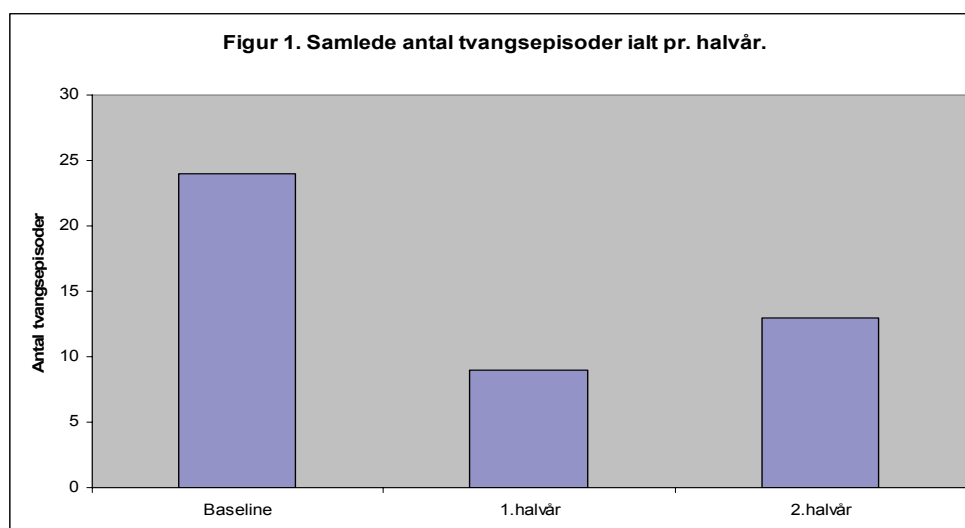
Når projektperioden er slut vil gruppen foretage en kritisk gennemgang af forandringstiltagene i forhold til anvendelighed. Vi vil vurdere, hvilke tiltag der skal bevares, hvilke der skal udvikles og hvilke der skal afvikles.

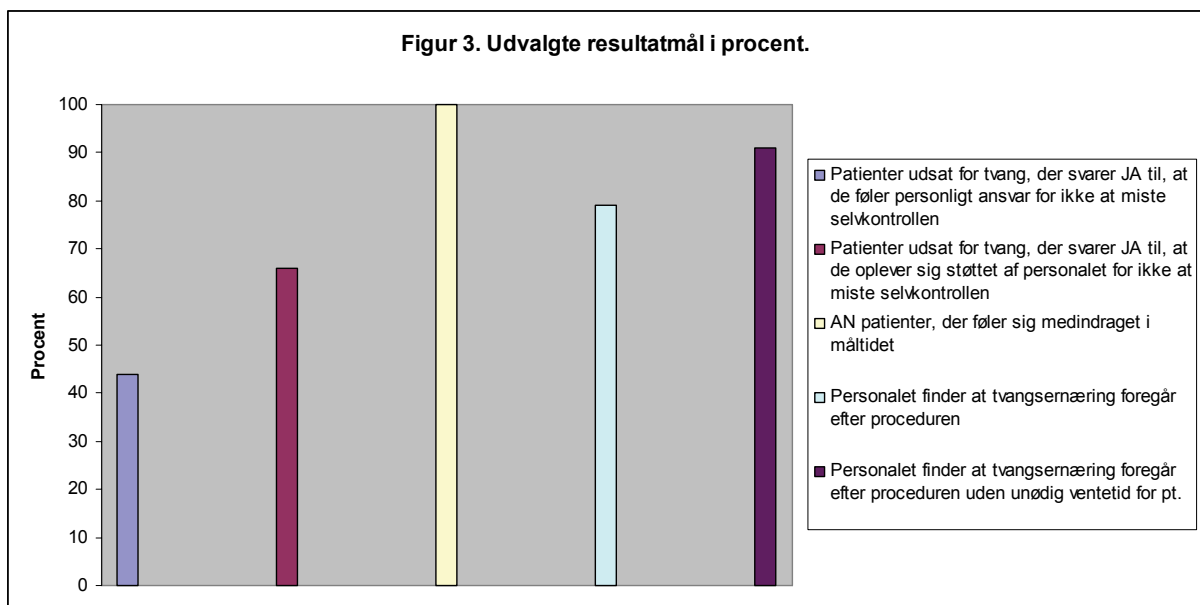
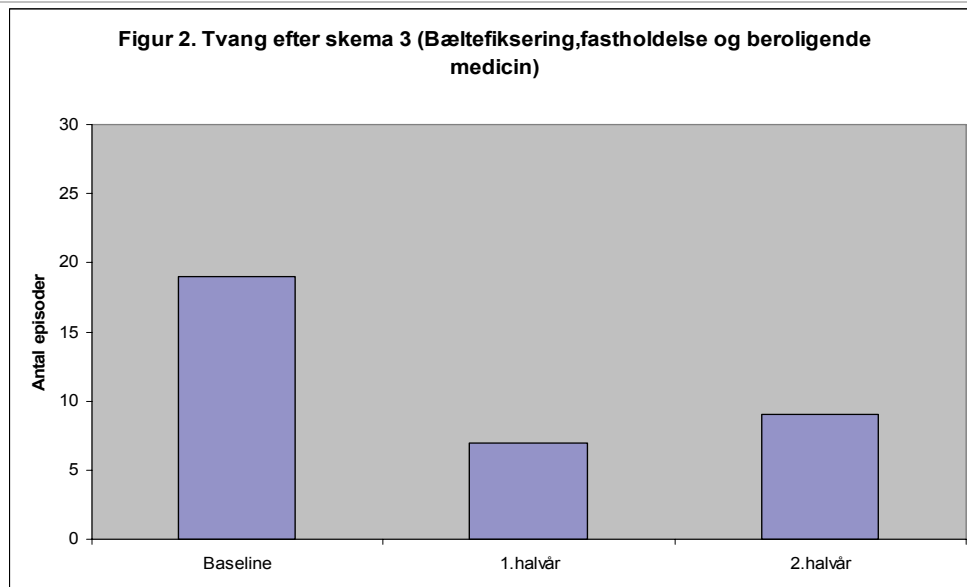
Vi vil fortsat motivere det øvrige personale med at forebygge tvangsepisoder.

Ved hjælp af Epidata vil vi fortsat følge udviklingen i forhold til tvangsanvendelsen.

Vi vil fortsat have fokus på "den særligt besværlige patient", som gentagne gange bliver udsat for tvangsforanstaltninger. Vi vil analysere situationen og reflektere over, hvordan vi også her kan forebygge tvangsepisoder.

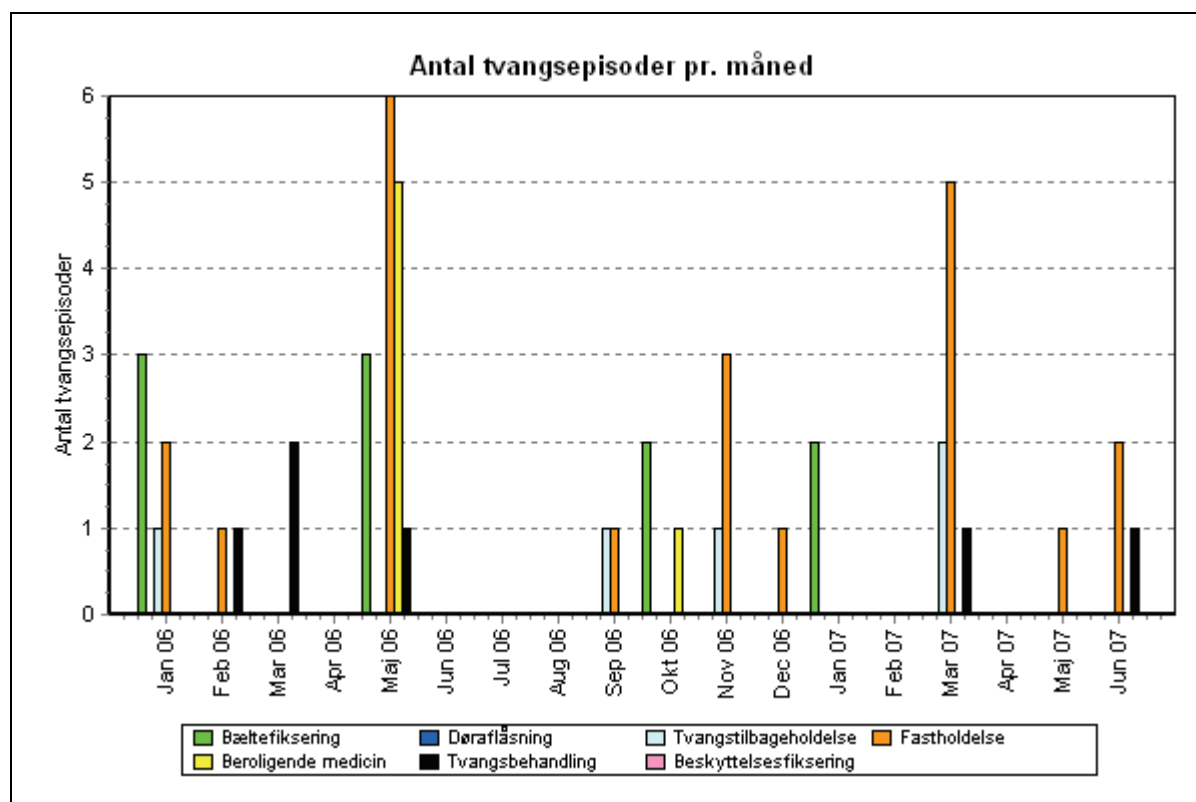
Diagrammer og tabeller





Figurforklaring: Søjlediagrammet viser antal procent af adspurgte patienter/personale, som mener, at målet er opfyldt

Figur 4. Antal tvangsepisoder pr. Måned



Tabel 1. Tvangsbehandling, tvangstilbageholdelse, døraflåsning, bæltefiksering og beroligende medicin for perioderne 1. halvår 2006 (baseline), 2. halvår 2006 og 1. halvår 2007

Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	2	0	2
Antal forløb med tvangsbehandling	4	0	2
Antal dage tvangsbehandling	143	0	107
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	72	0	54
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	36	0	54

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	1	2	1
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	1	2	2
Antal dage tvangstilbageholdelse	0	6	13
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	0	3	13
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	1	2	2

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	3	1	1
Antal forløb med bæltefiksering	5	1	1
Antal timers bæltefiksering	41	12	14
Gns. antal timers fiksering pr. patient	14	12	14
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	8	12	14

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	1	1	0
Antal ordinationer af beroligende medicin	5	1	1
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patienter	5	1	1

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	3	3	2
Antal fastholdelser	9	5	8
Gns. antal fastholdelser pr. patient	3	1.7	4

Gennembrudsprojekt

Team Næstved



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Team Næstved Psykiatrien Vordingborg Psykiatrisk Center Nord – Region Sjælland Almen psykiatrisk afdeling Afdeling N1 Færggårdsvej 15 4760 Vordingborg Tlf. 55 35 12 12
Teammedlemmer	Sygeplejerske/souschef Michael Marcussen: spmima@stam.dk Social- og sundhedsassistent Twana Jalal Ismail: sptji@stam.dk Overlæge Jørn Lindholdt: spjil@stam.dk Sygeplejerske Marlene Ballin: spmhol@stam.dk
Beskrivelse af afsnittet	N1 er en højt skærmet voksenpsykiatrisk afdeling med 12 moderne enestuer med eget bad og toilet. Afdelingen optager patienter fra 7 nordlige kommuner i Storstrøms Amt. Bruttonormering plejemæssigt er 25,60 fuldtid-/deltidsstillinger. Der er tilknyttet 5 overlæger og 1-2 reservelæger (lægegruppen dækker også ambulans psykiatri og en anden afdeling). Grundlæggende værdier: Personer med sindslidelse ses som hele mennesker og som hovedansvarlig for sit eget liv. Først og fremmest behandles og støttes sindslidende i deres eget lokalmiljø. Behandlingstilbudet er tilpasset den enkelte sindslidendes behov, og derved ydes en behandling, som er fleksibel, synlig med en åben og ligeværdig dialog med den enkelte. Behandlingen er sammenhængende så den enkelte oplever kontinuitet og høj faglig standard. I den forbindelse lægges der vægt på godt samarbejde på tværs af afdelinger, med distriktpspsykiatri, med kommunale og sociale samarbejdspartnere.
Resumé af resultater	Team Næstved har arbejdet med alle tre overordnede målsætninger – Forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang, udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang og minimere anvendelsen af tvang. Resultater og sidegevinster: • Tvangsfikseringer er faldet 52 %. Varigheden er faldet 58 %. • Alle medarbejdere oplever, at den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang er udviklet. 94 % af personalet er tilfredse med det forebyggelsesarbejde som afdelingen har præsteret. • Den faglige indsats er mere struktureret og systematiseret. • Pårørendetilfredsheden er høj. • Patienttilfredsheden er fortsat høj. I tilfredshedsundersøgelsen fra 2005 synes 91 % af patienterne at deres samlede indtryk af at være indlagt på afdeling N1 er i høj grad eller nogen grad tilfredsstillende. I projektperioden (2. halvår 2006 og 1. halvår 2007) er det samlede indtryk: 3-5 stjerner: 87 %

	Derudover indgår følgende temaer i patienttilfredshedsundersøgelsen. (Nedenfor vises besvarelsesprocenten, hvor patienterne enten har været tilfredse i høj eller nogen grad). • Modtagelse: 89 % • Kontakt med personalet: 92 % • Hensyn og respekt: 84 % • Information om sygdom og behandling: 65 % • Aktiviteter: 68 % • Indflydelse på behandlingen: 54 % • Pårørendekontakt: 84 %
--	--

Målsætning, resultatmål og procesmål

Lokale målsætninger og lokale mål

Lokale målsætninger:

Som deltagere i det nationale kvalitetsprojekt – Tvang i psykiatrien, er det afdelingens lokale målsætning, løbende gennem projektperioden, at nedbringe anvendelsen af tvangsfiksering, samt at bedre den patient- og pårørendeoplevede kvalitet af tvang. Derudover at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang.

Resultatmål 1:

Gennem nye tiltag reduceres tvangsfikseringer med 50 % fra september 2006 til juni 2007 i forhold til baseline-perioden.

Procesmål:

- At 100 % af patienterne tilbydes et skema til "hvordan kan vi hjælpe dig?" i indlæggelsesperioden, inden for de første tre dage af indlæggelsen.
- I indlæggelsesperioden foretager en speciallæge en risikovurdering for patientvold af alle patienter (100 %).
- Alle patienter udsat for en tvangsfiksering tilbydes en eftersamtale med kontaktperson inden for 48 timer efter endt fiksering.

Resultatmål 2:

Nedbringe den gennemsnitlige varighed af tvangsfikseringer med 50 % sammenlignet med baseline-perioden.

Procesmål:

- På alle bæltefikserede patienter (100 %) anvendes bæltefikseringsjournaler til intensiv observation, pleje og behandling.

Resultatmål 3:

At 75 % af de pårørende er tilfredse med information i forbindelse med anvendelse af tvang.

Procesmål:

- At 100 % af de pårørende tilbydes en informationssamtale med personalet og informeres om tvang, samt der udleveres pårørendepjece om tvang.
- Alle pårørende tilbydes samtale med læge ved indlæggelse, ved gennemgang dagen efter og ved udskrivelse.

Resultatmål 4:

At 90 % af personalet vurderer, at afdelingens håndtering af tvang sker på et højt fagligt niveau.

Procesmål:

- Håndtering af tvang er et fast punkt på alle personalemøderne.
- Alle medarbejdere deltager på kursus i konflikthåndtering eller på opfølgingsdage i psykofysisk træning.
- Efter hver alarmsituation foretages en rutinemæssig "debriefing" med det involverede personale.

Målinger

Måling af reduktion af anvendelse af tvangsfikseringer:

- Tvangsfikseringsdata registreres i Epi-data.

Måling af varigheden af tvangsfikseringer:

- Varigheden af fikseringer registreres i Epi-data.
- Stikprøve-registrering¹ af udfyldte bæltejournaler i Excel, det vil sige antal udfyldte divideret med antal forventede udfyldte bæltejournaler.

Måling af pårørendesamarbejde:

- Stikprøve-registrering af information til pårørende i Excel, det vil sige pårørende tilbudt information divideret med det antal patienter som opgiver et netværk.

Måling af pårørendetilfredshed:

- Stikprøve-registrering af pårørendes tilfredshed med information ved anvendelse af tvang i Excel, det vil sige "tilfredse" pårørende divideret med det antal pårørende som ønsker at deltage i test.

Måling af patienttilfredshed:

- Via den "landsdækkende" spørgeskemaundersøgelse rater patienten sit samlede indtryk/tilfredshed af indlæggelse i afdelingen.

Måling af personalets oplevede praksis omkring tvang:

- Via referater fra personalemøderne er der lavet en kvalitativ refleksion over hvilke emner og tiltag der er iværksat, på grund af "håndtering af tvang" har været et fast punkt alle personalemøder siden september 2006.
- Via spørgeskema til hele personalegruppen måles personalets egen vurdering af håndtering af tvang sker på et højt fagligt niveau.

Resultater

Reducere anvendelsen af tvangsfiksering

Der har i projektperioden været et øget fokus på at reducere anvendelsen af tvangsfiksering og minimere tiden i bælte.

Specifikt har det været afdelingens resultatmål:

- at reducere tvangsfikseringer med 50 % i forhold til baseline-perioden (1. halvår 2006).
- at nedbringe varigheden af tvangsfikseringer med 50 % i samme periode.

Som det fremgår af tabel 1 er det lykkedes at reducere antallet af tvangsfikseringer fra 95 antal fikseringer i 1. halvår 2006 til 31 fikseringer i 2007, en reduktion på 67 % ($[(95-31)/95] * 100 \% = 67 \%$). Som det fremgår af kontroldiagrammet for det samlede antal tvangsfikseringer (tabel 6) angiver centerlinien (gennemsnitsværdien) for baseline-perioden en værdi på 13,88 og en centerlinie på 6,6 justeret med ajourførte tal som ses i bilag 3 (4 bæltefikseringer i maj og 1 i juni). Ud fra samme regneformel som anvist ovenfor beregnes reduktionen til 52 %. Fordelen ved at beregne forskellen mellem to centerlinier, er at det giver et klart billede af generelle tendenser og det bliver muligt at analysere om processen samlet set forbedres. Fremover vil forskellen mellem centerlinieværdier anvendes som den primære indikator til at beskrive tendenser eller specielle variationer.

Desuden er det lykkedes at reducere varigheden af fikseringer med 58 % og de to mål er indfriet.

Som det fremgår af tabel 5 er antallet af tvangsfikseringer faldet markant siden udgangen af november 2006 og samme tendens ses i forhold til varigheden af

¹ Formålet med at benytte stikprøve-registrering er at få et fingerpeg om man har nået sit mål, og hvor man i fremtiden skal have et øget fokus. En simpel og hurtig statistisk metode, der som regel giver en fuldt ud tilfredsstillende præcision i undersøgelsen, selvom der kun betragtes en stikprøve, Steinar Kvale.

fikseringer. Der kan være flere årsager til at både antallet og varigheden er faldet siden udgangen af november:

1. Afdelingen opstarter flere miljøterapeutiske tiltag.
2. Personalet får en større indflydelse på forandringstiltagene under gennembrudsprojektet.
3. En retspsykiatrisk patient som gennem længere tid har været konstant personfarlig og i lange perioder fikseret flyttes til en mere sikret retspsykiatrisk afdeling.

Det store udsving af varigheden i oktober og november (tabel 7) skyldes også at omtalte patient lå længe fikseret uden mulighed for at blive løsnet.

Men generelt viser grafen i tabel 7 at patienter som fikseres ligger kortere tid i projektperioden i forhold til baseline-perioden, som tyder på at de forebyggende tiltag som er iværksat har haft en effekt.

I tabel 7 (varighed af tvangsfiksering) ses det tydeligt at spredningen mellem øvre og nedre kvartil er væsentlig reduceret, som tyder på at bæltefikseringsjournalen og flere lægelige vurderinger har sat deres tydelige spor med en klart reduceret varighed til følge. De intensive observationer og en højere faglig dokumentation, som journalerne lægger op til har også været med til at højne den faglige standard af den udførte pleje og behandling.

Procesmål:

- 100 % af patienterne tilbydes et skema til "hvordan kan vi hjælpe dig?" i indlæggelsesperioden, inden de første tre dage af indlæggelsen.
- I indlæggelsesperioden foretager en speciallæge en risikovurdering for patientvold af alle patienter (100 %).
- Alle patienter udsat for tvangsfiksering tilbydes en eftersamtale med kontaktperson inden for 48 timer efter endt fiksering.
- Alle bæltefikserede patienter (100 %) anvendes bæltefikseringsjournaler til intensiv observation, pleje og behandling.

"Hvordan kan vi hjælpe dig?" – skemaet har været det første arbejdsredskab som afdelingen har implementeret (ultimo januar 2007). Siden implementeringen har det været benyttet som en vigtig del af den indledende pleje og behandling. I februar er målopfyldelsen 64 % - siden er den steget støt til at være 100 % (se bilag 1). En anden grund til dette skyldes, at skemaet er tilført på en tjekliste i afdelingen, som bruges ved indlæggelse (og udskrivelse).

Forskellige omstændigheder har resulteret i at den lægefaglige risikovurdering for patientvold aldrig er blevet testet og senere implementeret, men det er et håb for fremtiden at den bliver det.

Til gengæld bliver alle der har været tvangsfikserede tilbudt en eftersamtale med kontaktperson, da eftersamtale også er blevet tilført på tjekliste.

I marts er det registreret at der er anvendt bæltefikseringsjournal på 71 % af de fikserede patienter. Det tal er steget til 100 % , hvilket kan skyldes at journalen er blevet simplificeret, mere overskuelig og dækker hele døgnet, og at personalet i afdelingen har fået et medejerskab i forhold til journalen og brugen af denne.

Bedre den enkelte pårørendes tilfredshed med information

Det har været resultatmålet:

- 75 % af de pårørende er tilfredse med information i forbindelse med anvendelse af tvang.

I foråret 2007 laves en stikprøve hver måned. Den gennemsnitlige målopfyldelse for stikprøverne viser at 83 % af de pårørende er tilfredse med informationen. – Formålet med at benytte stikprøvetabeller er at få et fingerpeg om at man har nået sit mål, og hvor man i fremtiden skal have et øget fokus. En simpel og hurtig statistisk metode, der som regel giver en fuldt ud tilfredsstillende præcision i undersøgelsen, selvom der kun betragtes en stikprøve.

Procesmål:

- 100 % af de pårørende tilbydes en informationssamtale med personalet og informeres om tvang, samt der udleveres pårørendepjece om tvang.
- Alle pårørende tilbydes samtale med læge ved indlæggelse, ved gennemgang dagen efter og ved udskrivelse.

Ifølge egen stikprøve-tabel (se bilag 1) er målopfyldelsen 75 % i marts, men siden er den steget til

100 % af samme grund som andre tiltag – at dette tiltag er påført på afdelingens tjekliste.

Det er ikke nået at lave registreringer af tilbud til pårørende om samtale med læge, så derfor er det ikke muligt at konkludere vedrørende målopfyldelse, men punktet er påført tjekliste og prioriteret højt.

Høj faglig håndtering af tvang

Det har været afdelingens resultatmål:

- 90 % af personalet vurderer, at afdelingens håndtering af tvang sker på et højt fagligt niveau.

Alle medarbejdere oplever, at den faglige kvalitet af tvang er udviklet. Til slut i projektperioden har alle medarbejdere fået udleveret et spørgeskema til evaluering af afdelingens deltagelse i gennembrudsprojektet.

Det fremgår i besvarelserne (med meget god og god) at personalet er enige om at det har været en succes at deltage i gennembrudsprojektet, da 15 ud af 18 (83 %) vil anbefale projektet til andre.

Derudover er størstedelen (83 %) tilfredse og stolte over det materiale som er udarbejdet igennem projektperioden og især det forebyggelsesarbejde som afdelingen har præsteret (hele 94 %).

Derudover har personalet kommet med følgende uddybende kommentarer:

"Flot stykke arbejde"

"Synes det har været et godt og lærerigt – og især for os nyansatte der er lidt grønne har det givet god refleksion".

Men besvarelserne tydeliggøre også at en stor del af afdelingen har savnet mere information om projektet og kan være en af grundene til at personalet først midtvejs i projektperioden har fået en oplevelse af medejerskab i projektet.

Procesmål:

- Håndtering af tvang er et fast punkt på alle personalemøderne.
- Alle medarbejdere deltager på kursus i konflikthåndtering eller på opfølgingsdage i psykofysisk træning.
- Efter hver alarmsituation foretages en rutinemæssig "debriefing" med det involverede personale.

Dialogen omkring tvang har medført en opkvalificeret udførelse af tvang og en mere ensartet pleje og behandling, samt et øget fokus på forebyggelse af tvang. Allerede før afdelingens deltagelse i gennembrudsprojektet har konflikthåndtering været sat højt på dagsordenen. Foruden alle medarbejdere deltager på et grundkursus i konflikthåndtering, er hver medarbejder minimum 2 gange om året til psykofysisk træning med eksterne instruktører. Derudover afholder afdelingens to instruktører træning 1 gang hver måned på en fast dato. Det er afdelingens klare overbevisning at det øgede fokus på konflikthåndtering og personalets sikkerhed ved udførelse af greb, er med til at minimere tvangen.

I projektperioden er "debriefing" efter alarmsituationer blevet mere rutinemæssige, hvilket har resulteret i en højere grad af kollegial støtte, men også en læring, hvis lignende situationer opstår. Alle tre tiltag har resulteret i en høj faglig standard ved udførelse af tvang. Det er personalets opfattelse (personalets evaluering af projektet ved spørgeskema) og patienternes opfattelse (patienttilfredshedsundersøgelsen).

Som det fremgår af patienttilfredshedsundersøgelsen er patienterne overvejende positive og tilfredse med at være indlagt i afdelingen (87 % giver 3-5 stjerner).

Afdelingens fokus projektperioden har været forebyggelse af tvang ved at:

- at sætte ind med tiltag tidligt i behandlingsforløbet.
- at patienterne oplever en større synlighed af personalet og en bedre kontakt med personalet.
- at patienterne oplever at deres individuelle behov tilgodeses ved at vise hensyn og respekt.
- en bedre kontakt med patienternes pårørende.

Resultaterne fra tilfredshedsundersøgelsen viser at de fire tiltag er lykkedes. Det uddybes i patientkommentarerne:

"Der var en god kontakt mellem mig og personalet. Desuden en god stemning på sengeafsnittet."

"Personalet har været gode til at henvende sig til mig, da jeg selv er dårlig til at kontakte personalet, når jeg har det dårligt" (4-stjerner).

"Fordi det var godt for mig at være indlagt" (4-stjerner).

Men tilfredshedsundersøgelsen viser også at patienterne efterspørger flere aktiviteter som tilgodeses deres behov og at patienterne får en større oplevelse af indflydelse på egen behandling.

Patienttilfredshedsundersøgelsen har henvendt sig generelt til alle patienter, men har også henvendt sig til patienter som har været behandlet med tvang. I den forbindelse har 37 besvaret og indsendt spørgeskema, hvilket svarer til en svarprocent på 45 %. Det er en lille svarprocent, men besvarelsene vurderes repræsentative sammenlignet med besvarelser fra andre sammenlignelige områder.

Som det fremgår i tilfredshedsundersøgelsen er patienterne overvejende positive for tvangsbehandlingen i afdelingen (3-5 stjerner):
(Patientkommentar).

"Det kan være nødvendigt i visse situationer, men det er bestemt ikke behageligt." (4-stjerner).

Det er personalets klare overbevisning at eftersamtalerne er med til at give patienterne en større forståelse for magtanvendelsen. Samtidig inddrages patienterne og gives et medansvar for hvordan man kunne have handlet anderledes og kommer med forslag til, hvordan man i eventuelle fremtidige situationer kan undgå tvang.

Iværksatte forandringstiltag

Succesfulde forandringstiltag:

1. Hvordan kan vi hjælpe dig?" – skema til mestring af svære situationer.
2. Pårørendesamarbejde – informationsmateriale; 1 pjece om vigtigheden af en fælles indsats og en supplerende pjece indeholdende konkret viden om tvang.
3. Eftersamtale for patienter udsat for tvang
4. Bæltefikseringsjournal
5. Håndtering af tvang er et fast punkt på alle personalemøder.

- De 5 ovennævnte forandringstiltag har en fællesnævner - et øget fokus på forebyggelse på tvang, hvilket har nødvendiggjort at patienten, patientens livshistorie og erfaringer inddrages mere aktivt under indlæggelse.

1.

"Hvordan kan vi hjælpe dig"? - skema er inspireret af Brønderslevs arbejde fra 1. bølge og løbende justeret/tilpasset til afdelingens kontekst ud fra patienternes og personalets erfaringer:

Personalets vurdering er, at skemaet er brugbart og giver en god og præcis beskrivelse af patientens mestringsstrategier.

Patienterne er meget begejstrede for dette skema, da det bliver en form for huskeseddel

for hvad, der specifikt hjælper dem.

På grund af skemaet opstartes i indlæggelsesperioden bliver skemaet en rettesnor for behandlingsforløbet. Desuden betyder de løbende samtaler om mestring, at patienterne har et aktivt medansvar for egen behandling.

Skemaet er tilført på en tjekliste i afdelingen, som bruges ved indlæggelse og udskrivelse. Tjeklisten er det som personalet administrativt skal huske/varetage ved/under en patients indlæggelse samt ved udskrivelsen.

2.

Under indlæggelsesperioden tilbydes de pårørende en informationssamtale med personalet eller læge, hvor der lægges vægt på at personale og pårørende ved en fælles indsats og samarbejde kan hjælpe den sindslidende. Samtalen suppleres med en pjece om pårørendesamarbejde. Derudover er der udarbejdet en pårørendepjece om tvang, som udleveres ved førstkommende lejlighed efter tvangens iværksættelse.

De pårørende har givet udtryk for at denne pjece hjælper på den skyldfølelse og de bekymringer som man kan have, og pjecens generelle positive modtagelse har betydet at pjecen, efter lidt omskrivning, skal spredes ud til at være en pårørendepjece for hele det psykiatriske Center.

3.

Alle patienter der har været udsat for tvang tilbydes en eftersamtale. Samtalen skal så vidt muligt foregå sammen med fast kontaktperson eller fast læge og foregå snarest efter tvangsforanstaltningens ophør – og senest i forbindelse med udskrivningssamtalen. Patienterne og personalet er glade for dette skema, fordi det lægger op til en drøftelse om magtanvendelsen. Patienten inddrages og gives et medansvar for hvordan man kunne have handlet anderledes og kommer med forslag til, hvordan man i eventuelle fremtidige situationer kan undgå tvang.

4.

På alle bæltefikserede patienter anvendes bæltefikseringsjournaler til intensiv observation, pleje og behandling. Hver time registrerer personalet deres observationer og handlinger og 4 gange i løbet af dagen foretages en lægefaglig vurdering.

Personalets kommentarer: Bæltefikseringsjournal skal være simpel, overskuelig og dække hele døgnet, således at der kan foregå en kvalificeret pleje/behandling, dokumentation og overlevering mellem personalet.

5.

Håndtering af tvang er fast punkt på personalemøderne. På møderne har personalet drøftet erfaringer, ny viden og tolkning af den reviderede psykiatrilov. Dialogen omkring tvang har medført en opkvalificeret udførelse af tvang og en mere ensartet pleje og behandling, samt et øget fokus på forebyggelse af tvang.

Derudover har personalemøderne været med til at minde personalet om at tvang altid er magtanvendelse og grænseoverskridende.

Samtidig slider dårlige og voldsomt truende patienter psykisk på personalet, og det kræver at man har øje for hinanden.

Den reviderede psykiatrilov har flere gange været vendt, eksempelvis de erfaringer personalet har gjort sig med diverse "nye" procedurer såsom eftersamtaler og bæltefikseringsjournaler. Derudover en debat omkring den øgede information, som den reviderede psykiatrilov lægger op til. Dette har resulteret i et øget fokus på debriefing efter magtanvendelse.

I samme periode aftales det at lave en ny revideret udgave af vores fastvagtprocedure, som er mere behandlingsfokuseret og hvor patientens behov og ønsker er i centrum.

Samtidig er afdelingen begyndt at have flere konstante miljøterapeutiske behandlingstiltag, såsom morgenmøde, spisning med patienterne og "fredag-eftermiddags-hygge"

Information om projektet og forandringstiltag er systematiseret, og der står mapper til orientering på kontoret. Det er endvidere besluttet at gennembrudsprojektet og de igangværende forbedringstiltag drøftes som et fast punkt på personalemøderne.

Derudover er der lagt information om projektet på det lokale intranet, hvilket

forhåbentlig vil have en positiv spredningseffekt til resten af personalegruppen. Diverse grafer fra Epi-data er ophængt i personalerummet til kollegernes orientering.

Kommentarer til processen

Rammer og vilkår for afdelingen i projektperioden:

I hele projektperioden har der været tilknyttet 3 tværfaglige medarbejdere og en speciallæge i psykiatri til teamet. Igennem perioden har der i flere omgange været udskiftning af en af de tværfaglige medarbejdere, men kontaktperson og ledelsesansvarlig for projektet i afdelingen har været gennemgående. Det har givet projektet en vedholdenhed og en tro på dens metode, som har været en af grundene til at projektet er en succes.

Under 1. bølge var der flere teams, som havde succes med at have en fast projektmedarbejder købt fri til arbejdet, men det har ledelsen fravalgt fra projektets begyndelse ud fra den betragtning, at der er en fare for, at det bliver projektmedarbejderens projekt og ikke afdelingens projekt. Derved er faren at resten af personalet i afdelingen mangler medejerskab til projektet og motivation til at gøre en ekstra indsats for projektarbejdet. Desuden kan en periode med ekstra ressourcer give et urealistisk niveau af forventninger til forandringsarbejdet og fremtidigt forandringsarbejde.

Vores erfaring er også, at projektet blev en succes fra det tidspunkt af, hvor resten af medarbejdergruppen har fået indflydelse på forandringstiltagene, eksempelvis som "nøglepersoner" på pårørendearbejde og udarbejdelse af brugbart materiale ved eftersamtale.

Det er vigtigere, at have færre forandringstiltag, som hele afdelingen kender og benytter, frem for en masse forandringstiltag som kun teamet kender til.

En anden erfaring har været, at det er vigtigt at forandringstiltagene bliver konkrete, og formålet med brugen af dem tydeliggøres. Eksempelvis er vores forandringstiltag tilført en tjekliste i afdelingen. Tjeklisten er en huskeseddel for de opgaver som personalet skal varetage under indlæggelse og ved udskrivelse, og derved giver det mening at arbejde med de forskellige forandringstiltag på forskellige relevante tidspunkter under indlæggelse.

Et andet eksempel er sidemandsoplæring og planlagt undervisning på temadage og på personalemøder.

Teamet har i hele projektperioden holdt møder en gang om ugen. Foruden teammøderne har der været månedlige møder i et større team, hvor Centersouschef, projektmedarbejder fra kvalitetsafdeling og afdelingens sekretær (som er gruppens måleansvarlig) har deltaget.

På hvert personalemøde siden projektets start har der været informeret om arbejdsopgaver og forslag til nye forandringstiltag har været drøftet før testning. Teamets læge har informeret om projektet og forandringstiltag i lægegruppen.

Afdelingens sekretær har været en stor ressource for projektarbejdet, da hun har registreret tvangsepisoder og senere importeret registreringerne fra sundhedsstyrelsen til Epi-data, samt været en tovholder for udfyldelse af spørgeskemaer af patienterne ved udskrivelse.

Teamet har under projektet samarbejdet med forskellige kvalitetsgrupper, hvor der har været overlapninger i forhold til fokusområdet (tjeklistegruppe, pårørendegruppe og afsnitsinstruktører i konflikthåndtering). Samarbejdet har haft stor betydning for at flere af de ovennævnte succesfulde forandringstiltag, og der er planer om, at de skal spredes til resten af Centeret.

En anden grund til projektets succes skyldes ledelsens fulde opbakning til arbejdet, men den altovervejende grund er at resten af personalegruppen har været interesseret i arbejdet og taget arbejdet til sig. Projektet er en succes på grund af de kvalitative og kvantitative resultater, men også fordi det er blevet afdelingens projekt.

Ved siden af gennembrudsprojektet har afdelingen påbegyndt forskellige miljøterapeutiske tiltag såsom konsekvent brug af ugeskemaer, aktiviteter sammen med patienterne, spisning med patienterne ved måltiderne og øget fokus på patienternes døgnrytme. Denne kvalitetsudvikling har sat varige spor i afdelingen. Det er ikke kun arbejdet og procedure som er forandret, men i særdeleshed tilgangen til patienten og patientarbejdet er forandret. Arbejdet omkring patienten er også blevet mere positiv, individuel patientorienteret og en behandling som giver håb.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Det, som har været mest givende med metoden, har været, at den er praksisorienteret: Personalet har afprøvet (testet) mulige forandringstiltag sammen med patienterne. Desuden har arbejdet med PDSA-cirkler og små-skala niveau betydet, at kendte forandringstiltag er tilpasset og justeret til, hvilket har resulteret i medejerskab og en øget refleksion fra personalets side. Som igen har betydet en fastholdelse og at personalet fortsat arbejder med forandringstiltagene.

Det at metoden også er netværksbaseret (viden og erfaringer deles på tværs af afdelinger og sygehuse) har åbnet personalets øjne for andres arbejde og været med til at fremskynde en proces hen imod nye tanker og forandringsarbejde. Men det er begge veje - for det har også givet personalet et rygstød at vide at det arbejde som foregår i afdelingen interesserer og inspirerer andre.

Foruden de ovennævnte erfaringer har der også været perioder under projektet, hvor arbejdet har været meget tidskrævende og dele af personalegruppen har oplevet et stort arbejdspress, som også har påvirket deres fritid og privatliv mere end før deltagelse i projektet.

I forbindelse med udarbejdelse af årsrapport i starten af året gennemgås skadeanmeldelser for hele 2006 for at observere om tvangsprojektet har resulteret i en reduktion eller øgning af skadeanmeldelser, men dette er ikke tilfældet. I 2006 har der været udfyldt 45 skadeanmeldelser. Det er primært psykisk vold med trusler på livet mod personalet og trusler mod personalets pårørende. Ved gennemgangen af data samlet for hele projektperioden (1.halvår 2007 er indberettet 24 skadeanmeldelser) observeres ikke nogen signifikant effekt i form af en reduktion af skadeanmeldelser, til trods for et øget fokus på risikoadfærd, men der har heller ikke været signifikant flere skadeanmeldelser i projektperioden, da det øget fokus på mindre tvang ikke har givet udslag i flere konflikter med fysisk og psykisk vold til følge. I 2007 er det fortsat psykisk vold som er den primære årsag til udfyldelse af skadeanmeldelse.

Overordnet set har det været af stor betydning for afdelingen at deltage i projektet:

- Pleje og behandlingen under indlæggelse er blevet mere (problem)fokuseret og struktureret.
- Der foregår en mere reflekteret og åben dialog omkring patientbehandlingen.
- En øget debat omkring tvang, tvangsforanstaltninger og faglige vurderinger.
- Patienten er mere inddraget i egen behandling og behandlingen har et mere positivt sigte.
- Små forandringstiltag gør en stor forskel i hverdagen.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Efter inspiration fra 2. læringsseminar vil der til efteråret komme særlig fokus på seks forandringstiltag:

1. Månedlig journalaudit som fremlægges og drøftes på personalemøder.
2. Målrettede aktiviteter og nedsættelse af aktivitetsgruppe.
3. Familiesamtale – gruppe, hvor afdelingens personale generelt bliver undervist om familiesamtaler samt 2-3 interesserede personaler bliver nøglepersoner, som vil blive en del af en større nøglepersonsgruppe på tværs af afdelinger i Centeret og modtage fast planlagt supervision.

4. Udarbejde fastvagt-/personlig skærm-journal, således at samme intensive observation, pleje og behandling kan udføres og dokumenteres, som ved bæltefiksering, og derved sikre en høj faglig standard.
5. Lægefaglig risikovurdering af aggressioner og patientvold.
6. Personalet afholder "debriefing" efter hver alarmsituation og ny procedure udarbejdes sammen med afdelingens konflikthåndteringsinstruktører.

Derudover vil afdelingen afholde en temadag til efteråret omkring gennembrudsprojektet og forslag til nye forandringstiltag. Derved sikres en fastholdelse af igangværende tiltag og en muliggørelse af fremtidig implementering med et stort medejerskab.

Projektgruppen er til efteråret inviteret til mellemlidermøde (for hele Centeret) for at informere om projektet og projektets konklusioner (succeser).

Diagrammer og tabeller

Grafiske fremstillinger fra Epi-Data

Kommentar:

Oversigt i tabelform over ændring af forekomst af tvang i baseline periode og frem til 30/4-07

Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	2	4	1
Antal forløb med tvangsbehandling	3	5	1
Antal dage tvangsbehandling	32	348	37
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	16	87	37
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	11	70	37

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	21	24	10
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	29	29	11
Antal dage tvangstilbageholdelse	315	620	41
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	15	26	4
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	11	21	4

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	16	10	10
Antal forløb med bæltefiksering	74	23	19
Antal timers bæltefiksering	2042	575	337
Gns. antal timers fiksering pr. patient	128	58	34
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	28	25	18

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	15	6	6
Antal ordinationer af beroligende medicin	42	25	7
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	3	4	1

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	5	10	5
Antal fastholdelser	11	20	36
Gns. antal fastholdelser pr. patient	2	2	7

Kommentar:

Igennem hele projektperioden har afdelingens sekretær har været en stor ressource for projektarbejdet, da hun har registreret tvangsepisoder og senere importeret registreringerne fra sundhedsstyrelsen til Epi-data.

Men det har ikke været muligt at importere registreringerne for maj og juni. Derfor er rapporten suppleret med

en ajourført tabel og en ekstra graf lagt som bilag (bilag 3). Den sidste del af projektperioden 1.5.2007-30.6.2007.

Tabel 5	maj-07	jun-07
Bæltefiksering	4	1
Tvangsbehandling (1)	1	1
Tvangstilbageholdelse	2	2
Fastholdelse	0	0
Beskyttelsesfiksering	0	0
Dårafløsning	0	0
Beroligende medicin	4	1

Tabel 6

Kommentar:

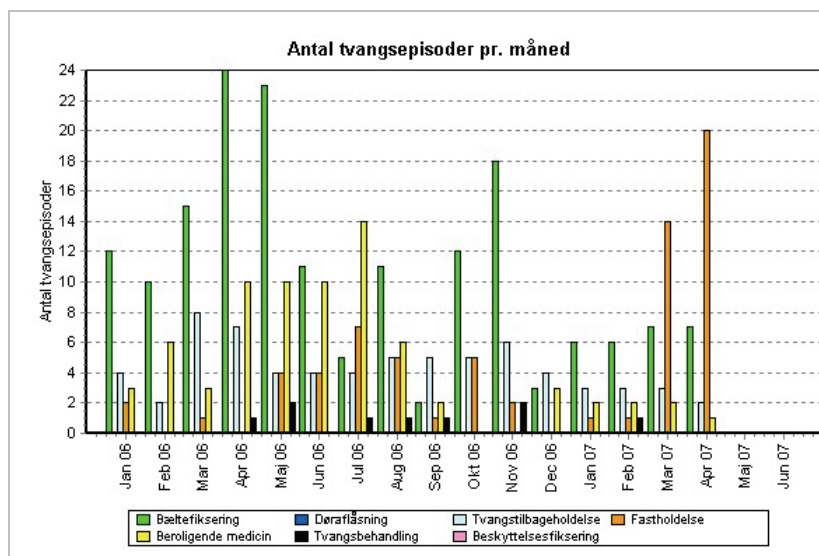
Det registreres at bæltefiksering har været faldende siden starten af december.

I marts og april 2007 ses en markant stigning i fastholdelse. Årsagen til den stigning er et resultat af to patienter fremviser en grov selvskadende adfærd, men som kan afledes ved

fastholdelse og aktiviteter, oftest af en halvtimes varighed.

Som det fremgår af tabel 5 er er fastholdelsen nul i maj og juni, da begge patienter kan mestre de selvskadende impulser og udskrives. Derudover vil det være mindstemiddels - princip

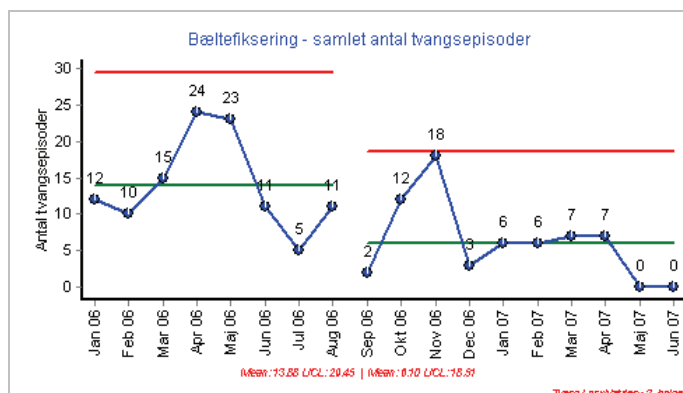
at fastholde frem for at bæltefikserer, som er et større magtindgreb.



Tabel 7

Kommentar:

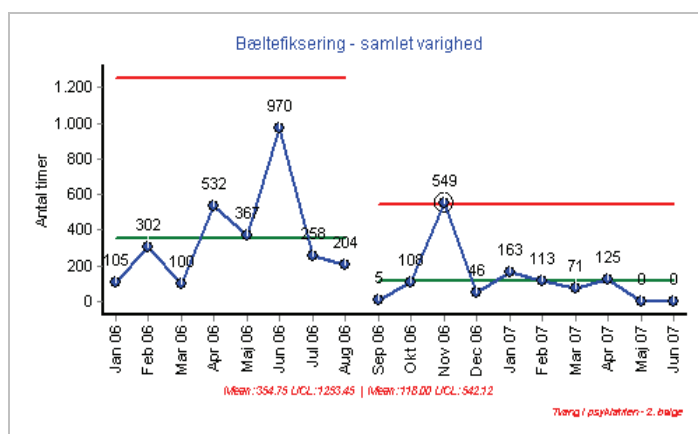
Projektperioden fra september 2006 og frem til 1.april viser et markant fald i antallet af bæltefikseringer, som understreger at miljøterapi, målrettede aktiviteter og de 5 ovennævnte forebyggende tiltag iværksat under projektperioden, har vist en markant positiv effekt.



Tabel 8

Kommentar:

I tabel 7 (varighed af tvangsfiksering) ses det tydeligt at spredningen mellem øvre og nedre kvartil er væsentlig reduceret, som tyder på at bæltefikseringsjournalen og flere lægelige vurderinger har sat deres tydelige spor med en klart reduceret varighed til følge.



Bilag 1.

I. Figurer vedr. resultatmål

Resultatmål 3: At 75 % af de pårørende er tilfredse med informationen i forbindelse med anvendelse af tvang

Periode	Kolonne 2: Antal der svarer "tilfredse"	Kolonne 3: Antal spurgte	Kolonne 4: Antal pårørende som ønsker at deltage i test	Målopfyldelse i forhold til antal adspurgte	Mål
Januar, ultimo	4	5	5	80 %	75 %
Februar	6	7	7	86 %	75 %
Marts	5	6	6	83 %	75 %
April	6	8	8	75 %	75 %
Maj	7	8	8	88 %	75 %
Juni	4	5	5	80 %	75 %

- Formålet med at benytte stikprøvetabeller er at få et fingerpeg om man har nået sit mål, og hvor man i fremtiden skal have et øget fokus. En simpel og hurtig statistisk metode, der som regel giver en fuldt ud tilfredsstillende præcision i undersøgelsen, selvom der kun betragtes en stikprøve.

II Figurer vedr. procesmål

Procesmål 1A: At 100 % af patienterne tilbydes et skema til "hvordan kan personalet hjælpe dig?" i indlæggelsesperioden, inden for de første tre dage af indlæggelsen.

Periode	Opstartet skema	Antal indlagte	Patienter hvor det ikke har æret muligt at opstarte skema	Målopfyldelse i forhold til antal opstartede	Mål
Februar	9	16	2	(9/14) 64 %	100 %
Marts	9	10	0	90 %	100 %
April	10	11	1	% 100	100 %
Maj	12	14	0	86 %	100 %
Juni	9	9	1	% 100	100 %

Procesmål 3A: At 100 % af de pårørende tilbydes en informationssamtale med personalet og informeres om tvang, samt der udleveres pårørendepjece om tvang.

Periode	Kolonne 2: Pårørende tilbudt informationssamtale/- materiale	Kolonne 3: Pårørende som har taget imod tilbudet	Kolonne 4: Antal patienter som opgiver et netværk	Målopfyldelse i forhold til antal som er tilbudt informationssamtale/- materiale (kolonne 2 / kolonne 4)	Mål
Marts	6	3	8	75 %	100 %
April	6	5	6	100 %	100 %
Maj	8	6	7	86 %	100 %
Juni	5	4	5	100 %	100 %

II. Figurer vedr. procesmål

Procesmål 2A: På alle bæltefikserede patienter (100 %) anvendes bæltefikseringsjournaler til intensiv observation, pleje og behandling.

Periode	Kolonne 2: Antal udfyldte bæltejournaler	Kolonne 3: Antal forventede udfyldte bæltejournaler	Målopfyldelse i forhold til antal udfyldte bæltejournaler	Mål
Marts	10	14	71 %	100 %
April	7	7	100 %	100 %
Maj	6	4	150 %	100 %
Juni	1	1	100 %	100 %

Bilag 2

Resultater fra evalueringsskema til
det Nationale Gennembrudsprojekt bølge 2,
som afd. N1 deltager i juni 2006 - august 2007

**18 ud af 28 personer har besvaret evalueringsskema.
Personalet har svaret således:**

1) Hvordan vurderede du Gennembrudsprojektets faglige relevans for N1 før projektets start?

meget god	god	nogenlunde	dårlig	meget dårlig
☐ 5	☐ 9	☐ 4	☐	☐

2) Hvordan vurderer du Gennembrudsprojektets faglige relevans for N1 i dag?

meget god	god	nogenlunde	dårlig	meget dårlig
☐ 8	☐ 8	☐ 2	☐	☐

3) Hvordan vurderer du Team Næstveds information om Gennembrudsprojektet til afd. N1?

meget god	god	nogenlunde	dårlig	meget dårlig
☐ 5	☐ 6	☐ 5	☐ 2	☐

4) Hvordan vurderer du Team Næstveds implementering af Gennembrudsmetoden til afd. N1?

meget god	god	nogenlunde	dårlig	meget dårlig
☐ 4	☐ 8	☐ 6	☐	☐

5) Hvordan vurderer du kvaliteten af Team Næstveds udarbejdede arbejdsmaterialer til afd. N1?

meget god	god	nogenlunde	dårlig	meget dårlig
☐ 4	☐ 11	☐ 3	☐	☐

6) Hvordan vurderer du Team Næstveds arbejdsindsats i forhold til at reducere magt og tvang ?

meget god	god	nogenlunde	dårlig	meget dårlig
☐ 6	☐ 11	☐ 1	☐	☐

7) Er du tilfreds med Team Næstveds reducere af antallet af bæltefikseringer med 50%?

Ja	Nej	Ved ikke
☐ 4	☐ 11	☐ 3

8. Har projektforsløbet haft den rette længde?

Ja	Nej	Ved ikke
☐ 9	☐ 1	☐ 8

9) Hvordan karakteriserer du ledelsens opbakning til Gennembrudsprojektet?

meget god	god	nogenlunde	dårlig	meget dårlig
☐ 3	☐ 4	☐ 11	☐	☐

10) Hvordan vurderer du dit faglige udbytte af Gennembrudsprojektet i afd. N1?

meget god
☐ 3

god
☐ 7

nogenlunde
☐ 6

dårlig
☐ 2

meget dårlig
☐

11) Vil du anbefale en kollega at medtænke Gennembrudsmetoden?

☐ **Ja** 15 ☐ **Nej** 1 ☐ **Ved ikke** 2

Andre kommentarer og ris/ros:

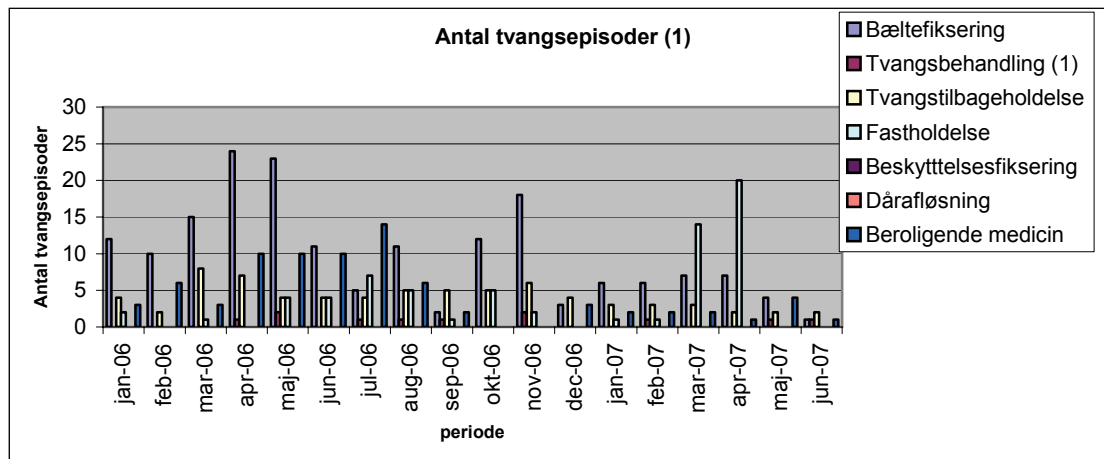
Flot – Flot stykke arbejde

Synes det har været godt og lærerigt og især for os nyansatte der er lidt "grønne" har det givet god refleksion.

Bilag 3

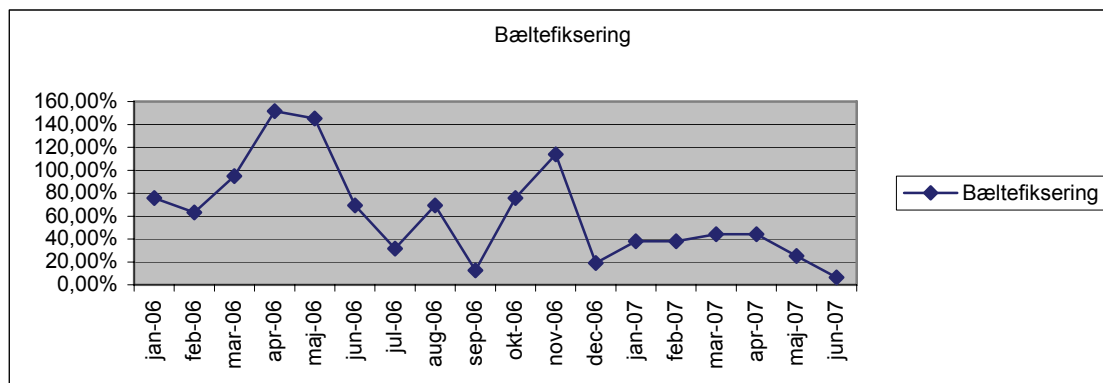
Kommentar:

Den førømtalte supplerende graf som tydeligt viser at bæltefikseringen er faldet og fortsat falder i de to sidste måneder i projektperioden.



Kommentar:

Grafen nedenfor illustrerer at bæltefikseringen er markant faldende. 1. halvår 2006 viser indeks 100 og en reducereing på 50%.



Gennembrudsprojekt

Team Geronto Vordingborg



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Team Geronto, Vordingborg Afsnit G Færggårdsvej 15 Psykiatrien i Vordingborg 4760 Vordingborg Tlf. : 55 35 12 45
Teammedlemmer	Overlæge, Karen Tvarnø Afdelingssygeplejerske, Kirsten Willum Sygeplejerske, Litta Zachariassen Udviklingssygeplejerske, Marianne Balcer: spmba@stam.dk
Beskrivelse af afsnittet	Gerontopsykiatrisk afsnit G er en del af behandlingspsykiatrien i Psykiatrien i Vordingborg og tager sig af ældre mennesker fra 70 år og derover med psykiatriske lidelser eller problemstillinger. Optageområdet er det tidligere Storstrøms Amt. Afsnittet er et åbent døgnafsnit med 14 sengepladser med mulighed for skærmning på alle niveauer. 5 sengepladser ligger i en del af afsnittet der er indrettet til et højt skærmningsniveau med mulighed for at skærme fra resten af afsnittet alt efter patienternes aktuelle behov. Den gerontopsykiatriske indsats foregår i et tværfagligt samarbejde med forskellige faggrupper såsom sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere, distriktssygeplejersker, socialrådgiver, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykolog og læger. Plejenormeringen i afsnittet er svarende til 24,5 fuldtidsstillinger.
Resumé af resultater	Team Geronto har arbejdet med alle tre temaer i Forandringskataloget: Forebyggelse af formaliseret tvang, formaliserede tvangsepisoder og opfølgning på formaliserede tvangsepisoder. Vi fandt ret hurtigt ud af at indlæggelsessamtalen og individuelle aktivitetsplaner var vigtige elementer i forhold til vores overordnede målsætning og de nu en del af afsnittets rutiner. Vi har herefter kvalitetssikret og -udviklet patientforløbet, således at der er struktur og sammenhæng fra indlæggelse til udskrivning. Vi har desuden forbedret indsatsen i forhold til den faktiske tvang og reduceret denne markant

Målsætning, resultatmål og procesmål

Målsætning

Team Geronto har i projektperioden arbejdet med at forbedre praksis i forhold til anvendelse af tvang, med henblik på at reducere anvendelsen af tvang, samt bedre den patientoplevede kvalitet af tvang og udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang.

Vi har haft fokus på tvangsmedicinering, hvor vi ønskede at afkorte forløbet, således at antallet af tvangsmedicineringer for den enkelte patient blev reduceret, samt reducere antallet af patienter der blev tvangsmedicineret.

Vi ønskede ligeledes at minimere behovet, og derved antallet af fastholdelser

Vi har haft fokus på flytning/integration af patienterne mellem afsnittets lavtskærmede og højtskærmede miljøer. Flytning vil foregå med udgangspunkt i mindstemiddelsprincippet, med fokus på at etablere/fastholde patientens evne til compliance, således at der opnås en god og betryggende tilpasning for patienten. Information til pårørende i forbindelse med tvang er ligeledes indgået i vores fokusområde.

Resultatmål:

- Antallet af patienter der tvangsmedicineres reduceres med 25 % i projektperioden i forhold til 1. og 2.kvartal 2006
- At det enkelte tvangsmedicineringsforløb afkortes med 25 % i forhold til 1. og 2. kvartal 2006
- At minimum 50 % af de patienter, som tvangsmedicineres udtrykker tilfredshed med den tværfaglige indsats/håndtering efter endt tvangsbehandling
- Antallet af fastholdelser nedbringes i projektperioden med 50 % i forhold til 1. og 2. kvartal 2006
- At 80 % af patienterne, der flyttes til højtskærmet afsnit sker uden anvendelse af tvang, men på frivillig basis
- At 75 % af patienterne, som flyttes mellem afsnittets to miljøer er tilfredse med måden de er flyttet på
- At 75 % af patienterne udtrykker tilfredshed med indlæggelsessamtalen (tryghed, tillid, lydhørhed og medinddragelse)
- At 75 % af de pårørende giver udtryk for at være velinformerede samt medinddragede under indlæggelsesforløbet.
- At 90 % af personalet vurderer at afsnittets indsats / håndtering af tvang sker på højt fagligt og organisatorisk niveau.

Procesmål;

- 100 % af de patienter, der tvangsmedicineres, tilbydes eftersamtaler x 1 ugentlig i tvangsmedicineringsforløbet
- 100 % af patienterne har en individuel og målrettet aktivitetsplan under hele indlæggelsen
- 100 % af patienterne får gennemført indlæggelsessamtale ud fra standard og guide med fokus på livshistorie, ressourcer og interesser.
- 100 % af de patienter, hvor der anvendes tvang under indlæggelsen, tilbydes eftersamtaler i henhold til standard og guide
- 100 % af de patienter, som flyttes mellem lavt skærmet og højtskærmet miljø, tilbydes en opfølgende samtale i henhold til standard og guide
- 80 % af patienterne skal inden udskrivningen have gennemført en udskrivningssamtale i henhold til standard og guide.
- 100 % af de patienter, der beskyttelsesfikseres, får udfyldt observationsskema i den pågældende periode.
- 75 % af de pårørende er kontaktet indenfor det første døgn.

Målinger

Måling af anvendt tvang

- indtastes via epidata og analyseres udefra dette
- vi vil bruge de indsamlede resultater fra den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse
- vi har målt patienttilfredsheden i forhold til afholdte eftersamtaler ved tvangsmedicineringsforløb (har udelukkende haft denne ene mulighed)
- vi sikrer os løbende, at eftersamtaler afholdes i henhold til standard og guide
- vi sikrer os, at observationsskema i forbindelse med beskyttelsesfiksering anvendes
- vi sikrer os løbende, at tvang berøres i udskrivningssamtaler, når tvang har været anvendt i indlæggelsesforløbet.

Indlæggelsessamtalen:

- vi registrerer antallet af afholdte samtaler i forhold til nyindlæggelser
- vi udfører audit på den faglige kvalitet af samtalerne med primært fokus på data vedrørende livshistorie, ressourcer og interesser
- vi måler på patienttilfredsheden i samtalerne med fokus på tryghed, lydhørhed og medinddragelse.

Individuel aktivitetsplan

- vi registrerer antal aktivitetsplaner i forhold til antallet af aktuelle patienter og ligeledes om standarden er opfyldt.

Flytning af patienter mellem lavt - og højtskærmet miljø

- vi registrerer antallet af opfølgende samtaler i forhold til antal flyttede patienter
- vi registrerer, om flytningerne fra lavt - til højtskærmet afsnit foregår på frivillig basis
- vi måler patienttilfredsheden i forhold til personalets indsats/håndtering ved flytningen.

Pårørendesamarbejde

- vi måler pårørendetilfredshed i samarbejdet med fokus på, om pårørende føler sig velkomne i afsnittet, om forventninger bliver indfriet, om de oplever lydhørhed og føler sig velinformerede og medinddragede, og om de har gavn af at deltage i udskrivningssamtalen (første måling efter tyve besvarelser)

Udskrivningssamtale

- vi sikrer løbende, at disse afholdes

Måling af den faglige kvalitet ved anvendt tvang

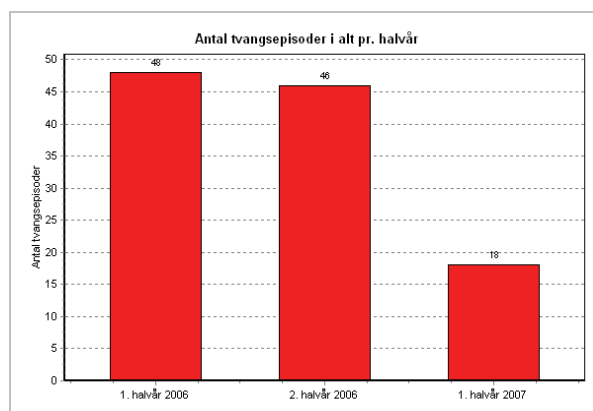
- vi har målt personalets vurdering af den faglige kvalitet ved anvendt tvang to gange .

Skadesanmeldelserne

- vi vil løbende registrere arbejdsskadesanmeldelserne og følge udviklingen ,om den er stigende i forbindelse med vores indsats på at nedbringe tvangsanvendelse

Resultater

I projektperioden er den samlede anvendte tvang faldet markant og vi ser samtidig en øget kvalitet i de situationer, hvor der er blevet anvendt tvang. (se diagram)



Tvangsmedicinering

Målet er opfyldt (se tabel / diagram 3 og 4)

Vi har fået tilbagemelding fra den ene patient, hvor vi testede eftersamtale ved tvangsmedicinering. Patient giver udtryk for han har haft gavn af disse samtaler.

Fastholdelse

Målet var at reducere med 50 %. Vi har reduceret med 100 %. (se diagram 6)

Beskyttelsesfikseringsskema

100 % målopfyldelse.

Eftersamtaler ved anvendt tvang

Der har været få tvangsepisoder i projektperioden. Eftersamtalerne er blevet afholdt, (100 % målopfyldelse), men flertallet af patienterne har glemt tvangsepisoden.

Indlæggelsessamtalerne

Periode	Antal indlæggelsessamtaler	Antal indlæggelser	Målopfyldelse
December	4	5	80%
Januar	7	7	100%
Februar	9	9	100%
Marts	12	13	92%
April	9	11	82%
Maj	9	9	100%
Juni	11	11	100%
I alt	61	65	94%

Indlæggelsessamtaler er blevet en del af afsnittets rutine og er indtil videre gennemført med en høj procents målopfyldelse. I april satte vi fokus på pårørendesamarbejdet, og det kan evt. forklare det beskedne fald i målopfyldelsen. (se ovenstående tabel). Tilbagemeldingerne viser, at samtalerne giver en god og tæt relation til patienten ,og der fremkommer gode og relevante data.

Patienttilfredshed ved indlæggelsessamtalen (tryghed, tillid, lydhørhed og medinddragelse)

Testet på 16 patienter, alle svarer ja til ovenstående. Ønsket mål 75 %, opnået mål 100 %.

Aktivitetsplanen

Alle patienter har en aktivitetsplan dvs. 100 % målopfyldelse.

Flytning mellem afsnittets to miljøer

100 % af flytningerne er foregået frivilligt.

Vedrørende måling af patienttilfredsheden er vi stødt på det problem, at nogle af patienterne ikke kan huske, de er blevet flyttet (demensproblematik).

Alle patienter, som kan huske de er blevet flyttet, har været tilfreds med måden de er flyttet på.

Pårørendesamarbejde

Vi har fået 5 spørgeskemaer retur. Disse viser at 100% har følt sig velkomne og medinddragede, de har oplevet lydhørhed og fået indfriet deres forventninger. 80% har følt sig velinformeret.

Udskrivningssamtale

Der arbejdes fortsat målrettet med samtalerne.

Den faglige og organisatoriske kvalitet

I februar vurderede 85 % af personalet den fagligt kvalitet på højt niveau (svarprocent:100)

Personalet beskrev forslag til forbedringer, som blev iværksat.

I juni vurderede 100 % af personalet den faglige kvalitet på højt niveau (svarprocent:73%, ferieperiode).

Skadesanmeldelser i forbindelse med patientsituationer:.

I 2005 havde vi 3 skadesanmeldelser og i første halvår 2006 havde vi 4.

Vi har haft én skadesanmeldelse i projektforsløbet.

Resultater fra den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse

Vi tillader os herved at citere dele af en pressemeddelelse af 10. juli 2007, af journalist Thomas Larsen, Region Sjælland.

"Psykiatrien i Region Sjælland er Danmarks mester i tilfredse patienter.

Psykiatriske funktioner i Roskilde, Næstved og Vordingborg har deltaget i en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om tilfredshed med behandling og information. Resultaterne er nu offentliggjort, og psykiatrien i Region Sjælland scorer højest hos både patienter og pårørende."

Vi er selvfølgelig meget glade for den udtalelse og de resultater vi har opnået, men vi ved også godt at "træerne ikke vokser ind i himlen", og at der stadig ligger et arbejde i at vedligeholde det, vi har opnået, men også et arbejde for at blive endnu bedre.

Iværksatte forandringstiltag

I alle forandringstiltag er der udarbejdet standard og guide, som bygger på afsnit G's forudsætninger, erfaringer og praksis. Der er tale om kvalitetssikring, men også kvalitetsudvikling, som vi mener, lever op til en høj faglig og organisatorisk standard. Vi er bevidste om, at det udarbejdede koncept fortsat kan forbedres.

Kontaktpersonordningen, som afsnittet har arbejdet udefra i mange år, har vi, i forbindelse med dette projekt, taget op med henblik på kvalitetssikring/udvikling udfra vores nye koncept. Vi ser dette miljøterapeutiske element som en væsentlig faktor i forhold til at nedsætte tvang i afsnittet. At etablere, opretholde og udvikle en konstruktiv relation til patienten og sikre helhed og kontinuitet er altafgørende for den enkelte patients pleje og behandling i indlæggelsesforløbet.

At skabe en samarbejdsrelation og ligeledes en følelsesmæssig base for patienten som har betydning for patientens compliance, velbefindende og helse.

Indlæggelsessamtalen ser vi som et vigtigt redskab i en aktiv medinddragelse af patient og pårørende i pleje-behandlingsforløbet. Samtalen tager udgangspunkt i patientens hverdag, og dataindsamlingen centrerer sig om patientens livshistorie, personlige ressourcer og interesser, som danner grundlag for den individuelle aktivitetsplan. Der lægges vægt på patientens egen opfattelse og oplevelser samt kontaktpersonens vurdering og konklusion.

Vi mener, at samtalen er med til indirekte at reducere tvang, fordi patientens aktuelle situation udefra patientens oplevelse bliver kendt af kontaktpersonen tidligt i forløbet, hvorved en bærende relation mellem kontaktperson og patient / pårørende bygges op.

Pårørendesamarbejdet er blevet udformet på en mere forpligtende måde. Vi ønsker, at pårørende opfattes som en integreret og vigtig del af pleje- behandlingsarbejdet. At inddrage pårørende ser vi, som et forebyggende element i forhold til tvang, fordi samarbejdet er med til at styrke og forbedre indsatsen for patienten under indlæggelsen. Pårørende kender patienten bedst og kan derved støtte og hjælpe patienten i svære situationer. Der kan gensidigt trækkes på erfaringer.

Udover det faste koncept er der desuden udarbejdet pårørendepolitik og pårørendepjece.

Individuelle aktivitetsplaner startede med testningen af ballstick og afsnittets havegynges på en enkelt patient.

Udover det faste koncept er der udarbejdet flere guidelines med konkrete, målrettede aktivitetsforslag i forhold til patienter med angst, depressiv adfærd, øget psykomotorisk tempo, suicidaltruende – og aggressiv adfærd. Planen udarbejdes sammen med patient og evt. pårørende og revurderes 1 x ugentlig.

Vi ser dette tiltag som et væsentligt forebyggende element i forhold til at reducere tvang, da patienten via meningsfyldt og tilpasset aktivitet får mulighed for at være optaget af noget uden for sig selv og derved opleve aktiviteterne som et midlertidigt fristed.

Aktiviteterne foregår for det meste sammen med kontaktpersonen eller andet tværfagligt personale, afhængig af aktivitetens art og patientens behov.

Flytning af patienter mellem afsnittets to miljøer erfarede vi, i forbindelse med patient interview inden første læringsseminar, kunne kvalitetsudvikles og – sikres. At flytte miljø, mener vi, er en stress-faktor for patienten og derfor har vi fokus både på den opfølgende samtale, men også selve flytningen og tilpasningen i det nye miljø.

Vi ønsker med dette tiltag at gøre overgangen til det nye miljø lettere for patienten og samtidig via den opfølgende samtale give patienten mulighed for at få den nødvendige orientering om årsagen til flytningen og ligeledes en mulighed for at få yderligere indsigt i egen situation. Vi lægger vægt på at flytningen foregår frivilligt dvs. mindste middel princippet.

Observationsskema ved beskyttelsesfiksering med guide er udarbejdet med henblik på intensiv observation og vurdering af plejen før og under en beskyttelsesfiksering.

Tvangsfikseringsskema er udarbejdet, men vi har ikke haft mulighed for afprøvning.

Eftersamtaler ved anvendt tvang påbegyndte vi inden den reviderede psykiatrilov trådte i kraft. Materialet er i overensstemmelse med den reviderede lov. Vi har fokus på det faglige indhold i disse samtaler - "kommunikationens svære kunst" - således at personalets kommunikationskompetence styrkes, og patienten får mulighed for at bearbejde en svær fase i sygdomsforløbet.

Udskrivningssamtaler er et vigtigt afsluttende udviklingstiltag i indlæggelsesforløbet, og har til hensigt at opsummere indlæggelsesforløbet for patienten og pege på konkrete resultater og forandringer. Ligeledes evalueres aktivitetsplanen med henblik på

opfølgning af relevante aktiviteter, når patienten udskrives.

Vi har lagt op til, at pårørende deltager i denne samtale for at ruste både patient og pårørende til udskrivning, ved at rette fokus mod de udfordringer, patienten vil møde i hverdagen med henblik på planlægning, koordinering og støtte. Ligeledes har vi lagt op til, at såfremt der er anvendt tvang i indlæggelsesforløbet, kan dette berøres i den udstrækning patienten har behov for dette.

Kommentarer til processen

Teamsammensætning:

Vi finder vores teamsammensætning meget hensigtsmæssig, da den tager højde for, at der kan træffes beslutninger her og nu og samtidig er den praksisnær.

Overlægen er ansvarlig for den behandlingsmæssige del, afdelingssygeplejersken er ansvarlig for den sygeplejemæssige del samt personaleressourcerne i afsnittet. De har samtidig indblik i hvilke øvrige tiltag, der forventes indført sideløbende med gennembrudsprojektet.

Udviklingssygeplejersken har erfaring omkring projektarbejde, processer og organisering, samt deltager i det kliniske arbejde én gang ugentlig.

Basissygeplejersken har kendskab til afsnittets rutiner og strukturer og har et stort berøringsfelt i samarbejdet med det øvrige personale, og kan virke som indikator for i hvor høj grad personalet kan rumme flere nye tiltag.

Tidligt i forløbet aftalte vi den enkeltes rolle i processen. Dette er løbende blevet evalueret.

Tovholderfunktionen har været en meget vigtig del i processen, idet vi har arbejdet med mange tiltag, som kræver stort overblik og indebærer, der arbejdes både på det administrative, det organisatoriske og praktiske plan.

Teammøder /referater

Vi har afholdt teammøder x 1 ugentlig af to timers varighed siden 6 juni 2006 (dvs. altså inden I. LS)

De ugentlige teammøder, som er højt prioriterede med kun få aflysninger (ferie, kurser) ser vi som en del af PDSA cirklen, da det er her planlægning, "study"/ refleksion, udvikling af ideer og nye tiltag, justeringer og status over igangværende tiltag foregår. Møderne har sikret os det nødvendige overblik, har sikret fælles forståelse både i forhold til fokus og "hvem gør hvad, hvornår". Dette har bevirket at vi har arbejdet målrettet, visionært og (synes vi selv) meget engageret.

Vi har haft gavn af at bruge projektets foreslåede skabelon til referater og har bestræbt os på at skrive udførlige referater, som bl.a. er blevet brugt til at holde fast i aftaler, planlægning og udarbejdelse af månedsrapporter.

Personaleinformation/Personaleengagement.

Personalet havde på forhånd lidt kendskab til gennembrudsmetoden, dels fordi hele institutionen havde været på temadag vedr. skærmning og gennembrudsmetoden, hvor deltagere fra 1. bølge fremlagde resultater og erfaringer fra projektet og dels fordi, der var udpeget nøglepersoner i afsnittet, som fik ekstra undervisning i metoden og som herefter skulle arbejde udefra denne metode, samt videregive egne erfaringer til hele personalegruppen.

Nøglepersonerne i afsnittet havde lavet tiltag i form af eftermiddagsmøder ud fra metoden, hvor det øvrige personale havde været involveret i processen.

Afdelingssygeplejersken har løbende sikret information til personalet om projektet, metoden, testresultaterne og justeringerne ved de daglige rapportsituationer og de månedlige personalemøder.

Dette har bl.a. skabt brugbare refleksioner, som har fået afsmittende virkning på det udarbejdede materiale samt givet os konstruktiv feed - back, og den nødvendige opbakning fra personalegruppen.

Personalets forslag bruges ved justeringer af materialet. De kan således se deres fingeraftryk, hvilket kan give medejerskab til projektet og virke motiverende for fortsat aktiv deltagelse i processen

Gennem denne information og ved at lægge materialet ud til personalegruppen (incl. lægerne) før det skulle testes med henblik på gennemlæsning og kommentarer, har personalet hele tiden kendt til de nye tiltag. Personalets engagement har ligeledes medført, at noget af materialet er testet tidligere end egentlig planlagt.

Der foregår kontinuerligt individuel vejledning til personalet og tilbagemelding på de gennemførte tiltag.

Processkitserne fra første LS hang synligt i afsnittet det første halve år.

Den generelle udmelding fra personalet er ,at det er dejligt ,at der sker udvikling i afsnittet, og at de selv synes de er gode til indbyrdes at udveksle information, støtte og hjælpe hinanden med at huske det hele og give erfaringer videre.

Det er vigtigt at være opmærksom på det personale der ansat i en fast aften- eller natturnus, således at de også føler sig medinddragede og får ejerskab.

Diverse auditresultater er løbende blevet lagt ud og drøftet i personalegruppen. Det har en meget positiv virkning på personalets engagement. Målingerne viser tydeligt, hvor indsatsen har været effektiv og hvor der er forbedringspunkter, der skal arbejdes videre med.

Personalet glæder sig over de områder der lykkes og trækker i arbejdstøjet, hvor der skal ske forbedringer i indsatsen.

Psykiatrilov

Vi følte at vi var velforberedte på den reviderede psykiatrilov, da vi på forhånd havde udarbejdet diverse tiltag som loven foreskriver.

Månedssrapporter

Udarbejdelse af månedssrapporter har givet os et godt overblik over processen ,og har samtidig været et godt værktøj i forhold til ajourføring i den omfangsrige proces. Selvom det har været tidskrævende, har tiden været givet godt ud.

Månedssrapporterne har været tilgængelige for personalet.

Øvrige faktorer der også har påvirket processen:

Samtidig med dette projekt har vi, som krav udefra, sikret dokumentationen af den mundtlige og skriftlige information til patienterne vedrørende kontaktperson/ordning. Plejetyngden har været høj i december måned, og dette indvirkede selvfølgelig også på projektet

En halv temadag i marts omkring tavshedspligten fik en inspirerende betydning for processen specielt i forhold til udmøntningen af pårørendesamarbejdet

Vores Epidata var forsvundet og trods ihærdige forsøg kunne de ikke genskabes.

Derfor måtte vi indtaste alle data på ny. Dette var et irriterende og forsinkende element i processen.

Ledelsesopbakning/ information til ledelse.

Centerledelsen er løbende blevet informeret via månedssrapporter + opfølgning ved møder.

Har fået tilsendt standard og guide på samtlige tiltag.

Centerledelsen har ligeledes løbende givet positiv feedback på indsatsen.

Vi har oplevet at centerledelsen har haft fuld tillid til, at vi selv har kunnet administrere tidsforbrug og ressourcer indenfor en fornuftig ramme.

Vi fik undervejs bevilget ekstra timer til sekretærarbejdet.

Information og feed back fra Sekretariatet i Århus

Denne kontakt har været givende i vores arbejde. Vi har fået input på forskellige niveauer, som har betydet, at vi både er blevet inspirerede og har fået konstruktiv vejledning ud fra vores konkrete tiltag.

På læringsseminarerne har vi fået viden og inspiration til det videre arbejde.

Tilbagemeldingerne omkring PDSA, målsætninger, grafer og månedsrapporterne har bevirket, at vi ikke er kørt af sporet og har løbende udviklet vores kompetence i forhold til dette projekt.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Projektet er meget tidskrævende, især vedrørende den skriftlige dokumentation, tovholderfunktionen og sikring af information og opfølgning.

Det administrative tager tid, kan indimellem virke som en barriere for kreativiteten, da hvert lille forslag kræver forankring i hverdagen/praksis

Vi blev hurtigt meget optaget af projektet. Kreativiteten, ideerne og ambitionerne blomstrede. Vores ambitionsniveau har været højt, men har virket som en motivationsfaktor for os selv – vi skulle bare lige finde balancen.

Udfordringerne har hele tiden været at prioritere opgaver i forhold til tid, ressourcer og relevans. Hele tiden fastholde, justere, informere og administrere de enkelte udviklingstiltag samt have overblik over helheden og sammenhængen i projektet.

Den røde tråd ser vi ved, at vores indsatsområder er sammenhængende i patientforløbet. Standarder og guide griber ind i hinanden og ind imellem overlapper de hinanden.

Justering i ét tiltag bevirker rettelser og justeringer i det øvrige materiale, samt udskiftning af samtlige arbejdsplaner i samtlige mapper vedrørende udviklingstiltagene i projektet. Dette kræver stort overblik og tid – men er strengt nødvendigt i processen.

Vi har lært, at vi i starten skal tænke småt, være systematiske og afpasse emne og proces i forhold til den enkelte PDSA test og holde os til planen. Ved afvigelser begrunde disse fagligt.

Erfaringen gør, at vi tænker automatisk og rutineret i PDSA cirkler uden nødvendigvis at have dem nedskrevet.

Vi kan fortsat se en fordel i at arbejde efter gennembrudsmetoden, da test, justeringer og endnu engang test er gavnlige elementer ved implementeringen af kvalitetsudviklingstiltag.

Testningerne gør at personalet måske er mere afslappede i forhold til nye tiltag, samtidig får de ved deres tilbagemeldinger indflydelse, hvilket øger motivationen og giver medejerskab. Vi oplever, at de små succesoplevelser er motiverende for både teamet og personalet i det videre arbejde. Vi har set en tendens til, at de tiltag, der er fokus på i forhold til en enkelt patient så småt begynder at afspejle sig i plejen af andre patienter. Det har været en positiv erfaring at man godt kan starte med involvering af få i personalegruppen og gradvist udvide til hele personalegruppen.

Vi har ligeledes lært vigtigheden af at begrebsafklare. Vi jonglerede på et tidspunkt med begreber som instrukser, vejledninger, guide, guidelines, spørgeskema og evalueringsskema uden egentlig at have defineret klart, hvornår vi brugte hvilke begreber,.

Det gav os overblik, da vi besluttede os for et koncept bestående af standarder og guide, spørgeskemaer til patienter og pårørende samt evalueringsskemaer til personalet. Dette for at opnå fælles sprog og ensartethed og det blev også meget lettere at finde materialet på PC'en

Vores patientgruppe indeholder også patienter med svær demensproblematik, hvilket medfører at de ikke vil kunne deltage fuldt ud i diverse samtaler. Vores holdning er, at vi skal forsøge at gennemføre samtalerne, hvorfor det er vigtigt at fleksibilitet og kompromisser, indgår i samtaleprocessen. Få oplysninger er bedre end ingen oplysninger – vi skal se muligheder i stedet for begrænsninger.

Vi skal være opmærksomme på at processen tager tid, således at vi ikke forcerer denne, og kvaliteten kan lide derunder. Derfor må vi tøjle vores trang til at se resultater her og nu.

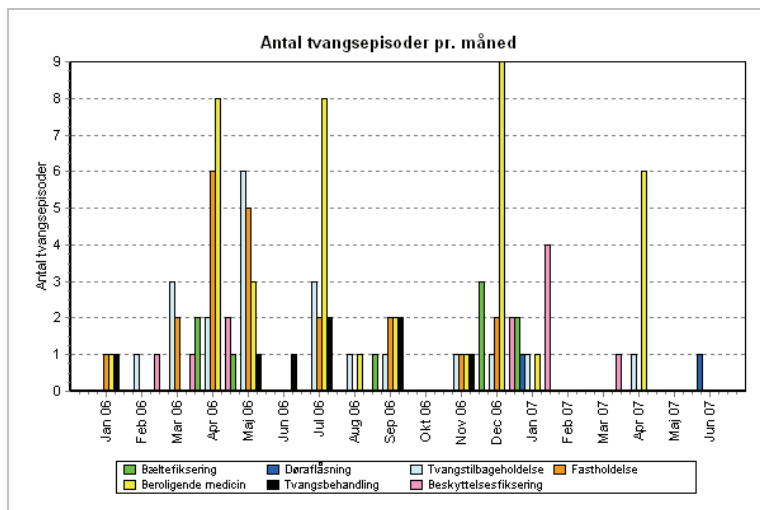
Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Vi vil:

- Planlægge en temadag for hele afsnittet
- Arbejde på at indarbejde eks. eftersamtaler, udskrivningssamtaler i Opus- Notat
- Fortsætte den konstruktive proces med nye tiltag efter vores koncept og ud fra gennembrudsmetoden (bl.a. medicinadministration, tvang ved personlig hygiejne, dokumentation, tværfaglig konference)
- Afholde teammøde x 1 månedligt
- Teste det materiale vi ikke har haft mulighed for at teste i projektperioden (eks maniscoreskema, observationsskema i forbindelse med tvangsfiksering)
- Løbende monitorere de tiltag vi har sat i gang i projektperioden
- Resultaterne fra patienttilfredshedsundersøgelsen vil indgå i det videre udviklingsarbejde. Selvom vi får gode tilbagemeldinger, ser vi forbedringsmuligheder i materialet.

Diagrammer og tabeller

Skema 1



Døraflåsning registreres først som tvangsepisode fra 1 januar 2007 (ændring i psykiatriloven)

Skema 2

Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	3	4	0
Antal forløb med tvangsbehandling	3	5	0
Antal dage tvangsbehandling	78	118	0
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	26	30	0
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	26	24	0

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	10	5	2
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	12	7	2
Antal dage tvangstilbageholdelse	362	232	10
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	36	46	5
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	30	33	5

Døraflåsning	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, som døren har været låst for	0	0	2
Antal forløb med døraflåsning	0	0	2
Antal timers døraflåsning	0	0	11
Gns. antal timers døraflåsning pr. patient	0	0	5
Gns. antal timers døraflåsning pr. forløb	0	0	5

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	2	3	2
Antal forløb med bæltefiksering	3	4	2
Antal timers bæltefiksering	6	48	33
Gns. antal timers fiksering pr. patient	3	16	16
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	2	12	16

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	4	9	3
Antal ordinationer af beroligende medicin	12	21	7
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	3	2	2

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	5	5	0
Antal fastholdelser	14	7	0
Gns. antal fastholdelser pr. patient	2	1	0

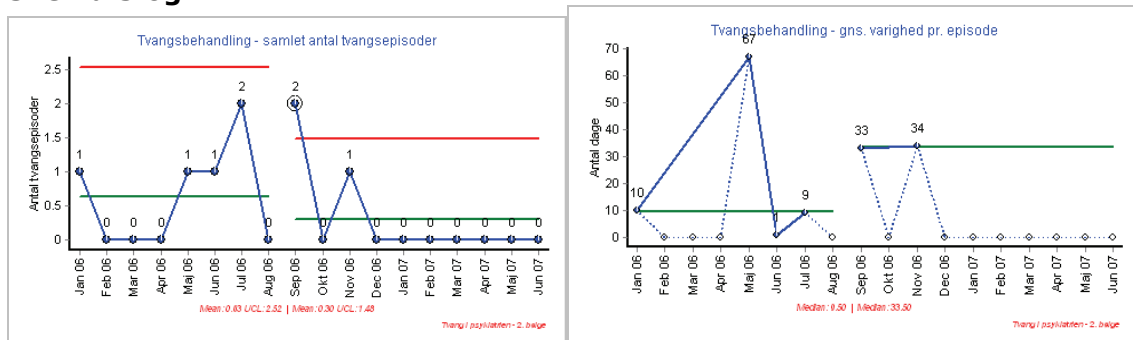
Beskyttelsesfiksering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været beskyttelsesfikseret	1	2	3
Antal beskyttelsesfikseringer	4	2	5
Gns. antal beskyttelsesfikseringer pr. patient	4	1	1

Som tidligere nævnt er tvangen faldet markant. Dette skyldes flere ting. I forhold til den beroligende medicin mener vi bl.a. det kan hænge sammen med de individuelt udarbejdede aktivitetsplaner, og at vi er blevet bedre til at bruge eksempelvis kugledyne og sanseintegration.

I forhold til de øvrige områder:

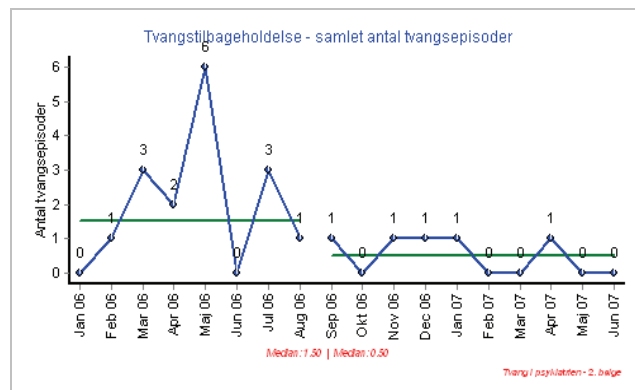
Vi har haft fokus på medansvar og medinddragelse. Vi har måske opbygget en større tolerance. der afholdes flere samtaler, med haft fokus på samtalens svære kunst, der er øget refleksion i personalegruppen, vi har en større rummelighed, og kan derved give patienterne øget tryghed, når vi viser vi kan containe kaos og vrede følelser.

Skema 3 og 4



Vi har nået vores mål, idet vi endnu ikke i 2007 har haft tvangsmedicineringsforløb. I 2006 havde vi 2 tvangsmedicineringsforløb på samme patient, idet patienten var indlagt i 1. halvdel af 2006 og efter udskrivelse genindlagt i 2. halvdel af 2006. Samme patient en blevet tvangsindlagt i slutningen af juni måned 2007, men indtager medicinen frivilligt.

Skema 5



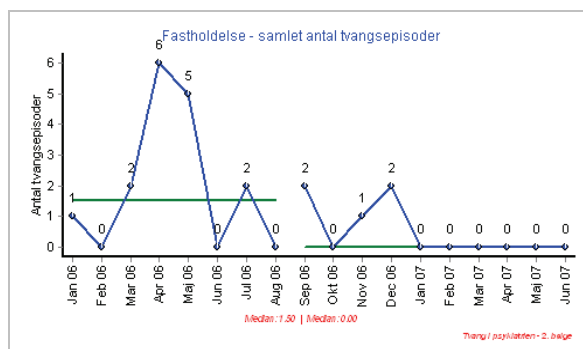
Selvom vi ikke har haft decideret fokus på tvangstilbageholdelser et antallet af disse reduceret.

I første halvdel af 2006 blev 75 % af de tvangsindlagte patienter tvangstilbageholdt

I anden halvdel af 2006 blev 50 % af de tvangsindlagte patienter tvangstilbageholdt

I første halvdel af 2007 blev 22 % af de tvangsindlagte patienter tvangstilbageholdt.

Skema 6



Målet var at reducere med 50 %, men målopfyldelsen er på 100% i 1. halvår 2007.

Afslutningsvis kan vi kun tilslutte os Carl Scharnberg, som siger:

*"Ingen kan alt
alle kan noget
sammen kan vi endnu mere"*

Gennembrudsprojekt

Team Roskilde



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Psykiatrien Roskilde Distrikt Nord Afsnit 22
Teammedlemmer	Overlæge Henrik Folker, Beskæftigelsesvejleder Kirsten Koefoed Social-og sundhedsassistent Finn Egtved Jørgensen Afd. Spl. Eva Enevoldsen rfhf@ra.dk rfkkk@ra.dk rffej@ra.dk rfeen@ra.dk
Beskrivelse af afsnittet	Distriktet modtager borgere fra Roskilde kommune. Af hovedpunkter i Distriktets strategier og visioner kan nævnes: Prioriteringen af den lette adgang til psykiatrien mhp. tidlig behandlingsindsats og forebyggelse. Dette indebærer åben adgang til visitation i distriktpspsykiatrien, og patienter, der stifter bekendtskab med psykiatrien gennem skadestuen, tilbydes efterfølgende visiterende samtale i distriktpspsykiatrien eller i døgnafsnittene, når der er behov herfor. Distriktet behandler patienter med alle diagnosegrupper. I den forbindelse lægges der vægt på godt samarbejde med de sociale, kommunale samarbejdspartnere. Patienterne tilbydes, så hurtigt det er muligt, at overnatte hjemme. Den relativt hurtige udslusningsprocedure kombineres med, at patienterne uden yderligere formaliteter vil kunne overnatte på samme afsnit, som de kommer fra. Distriktet forsøger at minimere anvendelsen af tvang ved hjælp af modulprincippet (små overskuelige enheder på hver 7 senge på enestuer) og ved at styrke kompetencerne hos personalet i aggressionsforvaltning og kommunikation via videobaseret procesanalyse.
Resumé af resultater	Afsnit 22 har i samarbejde med afsnit 21 og resten af distrikt Nord arbejdet intensivt med forebyggelse, kvalitetssikring og spredning af erfaringer fra projektet. Frekvensen af den mest definitive form for tvang – bæltefiksering – blev foretaget for 14 personer for hele basis- og projektperioden. Disse personer var bæltefikseret i alt 26 gange. I hele forløbet blev bæltefikseringsprocenten for alle patienter under et $14/209 = 6,7\%$. Antallet af fikseringer pr. fikseret pt. $26/14 = 1,9$. Det ses, at antallet af bæltefikseringer i det første halvår 2006 var 12 og at det faldt til 6 i første halvår 2007. Anvendelse af beroligende medicin ved tvang faldt fra 10 til 3 tilfælde. For Roskilde Amtssygehus Fjorden 2006 var hyppigheden under et $4,8\%$ med 1,4 fiksering pr. fikseret pt. Sammenlignet med andre danske psykiatriske afdelinger er dette lidt lavere. DK gennemsnit er $7,3\%$ for 2005. Ved opgørelse i grupper af psykiatriske afdelinger i Tyskland 2004 lå bæltefikseringsprocenten på $10,4\%$ og i Schweiz på $6,6\%$. Antallet af fikseringer pr. fikseret pt. var her $3,2$ og $1,5$. Gennembrudsprojektet har initieret en reduktion i udvalgte tvangsparametre. Generelt ligger afsnit 22 på et lavt niveau for anvendelse af bæltefiksering både på nationalt og internationalt niveau.

	Arbejdsmiljø, sygedage og skadesanmeldelser har som altid været intensivt monitoreret og ligger på et tilfredsstillende niveau. Patienttilfredshedsundersøgelsen viser fortsat en høj grad af tilfredshed med behandlingsforløbet og øget håb for fremtiden. Døren til afsnittet er nu kun låst, når der er en specifik grund til det. Aflåsning er reduceret fra potentielt 1638 timer til 277 timer for første halvår 2007.
--	---

Målsætning, resultatmål og procesmål

Værdier i samarbejde

Faglig kvalitet - Gensidig respekt - Indlevelse og omsorg – Information – Sammenhæng

Afsnit 22 har i projektperioden arbejdet på:

- At forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang.
- At udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang, når tvang anvendes.
- At minimere behovet for anvendelsen af tvang.
- At sprede effekten af Gennembrudsprojektet lokalt.

Resultatmål 1:

90 % af alle patienter, der har oplevet tvang, svarer "nej" til, at personalet har udøvet unødvendig magt under tvangen.

Begrundelsen for valg af dette resultatmål er, at den magt vi har pligt til at udøve bliver foretaget med indlevelse, omsorg og respekt jævnfør vores overordnede værdier i samarbejdet med brugerne.

Procesmål 1A:

At 100 % af udøvet tvang bliver reflekteret i personale teamet under enten/eller

- a. Konference
- b. Personalemøde.

For derigennem at sikre den faglige kvalitet, den gensidige respekt, indlevelsen og omsorgen.

Refleksionen forgår med udgangspunkt i et fast skema og områder til videre udvikling bliver dokumenteret heri.

Procesmål 1B:

At opsummere og videreudvikle personale teamets samlede viden og kunnen omkring den nødvendige tvang ved at udarbejde 3 undervisningsserier omkring den praktiske tvang, for derigennem at sikre den faglige kvalitet, gensidige respekt, indlevelse og omsorg.

Vi har den overbevisning, at sikkerhed i håndværket er med til at minimere tvangen og sikre arbejdsmiljøet målt via miljøscore og antal skadesanmeldelser.

Resultatmål 2:

90 % af afsnittets tvangsepisoder vurderes af personalet som håndteret på et "meget højt fagligt niveau."

Begrundelsen for valg af dette resultatmål er at værdierne i samarbejdet skal være præget af faglig kvalitet, indlevelse og omsorg som beskrevet i arbejdsgrundlaget for samarbejdet med patienter og pårørende.

Procesmål 2:

At 80 % af de tvangsepisoder vi ikke finder håndteret på et "meget højt fagligt niveau", bliver bearbejdet af projektgruppen med udgangspunkt i forandringskatalogets idéer; for derigennem at udvikle den faglige kvalitet, bevare den frugtbare dialog og samarbejdet omkring minimering af tvangen i behandlingen.

Resultatmål 3:

At anvendelsen af tvang i henhold til fysisk magtanvendelse reduceres med 20 % i projektperioden sammenholdt med baseline.

Begrundelsen for valg af dette resultatmål er at vi i forvejen har haft et lavt niveau af tvang de to foregående år og det er et højt mål for os at reducere tvangen med 20 %

Procesmål 3:

At 100 % af personalet arbejder intensivt med fokus på minimering af tvang ved at de individuelle erfaringer til forebyggelse dokumenteres i form af "den gode historie".

Historierne bliver drøftet på personalemøde, så de er tilgængelige til inspiration for alle med henblik på læring og erfaringsudveksling.

Resultatmål 4:

Forekomsten af tvangsepisoder i Psykiatrien Roskilde som helhed nedbringes med 20 %. Begrundelsen for valg af dette resultatmål er, at vi gerne vil starte spredningen af faktuelle data omkring tvang, så projektet bliver synligt udenfor afsnittet. Alene kendskabet til de faktuelle data omkring tvang forventer vi vil øge fokus.

Procesmål 4A:

Forekomst af tvang rapporteres månedligt til hele lægegruppen på RAF med anvendelse af grafer etableret af projektet.

Procesmål 4B:

Det forventes at ledelsen for Region Sjælland etablerer mulighed for, at al tvang kan opgøres på afsnitsniveau. Dette med henblik på at fokusere på tvangsepisoders forekomst og med henblik på at minimere hyppigheden af tvang.

Målinger

- Følge udviklingen af data fra det gule indstik i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse.
- Patientens tilkendegivelse omkring tvangsepisoder dokumenteres senest ved udskrivelsen i forbindelse med eftersamtalerne.
- Projektgruppen opgør månedligt om 100 % af antal af refleksionsskemaer svarer til 100 % af tvangsepisoder.
- Følge udviklingen af antal og varighed af tvangsepisoder.

Findes problematiske områder omkring tvangsepisoderne tages straks initiativ til at drøfte dette i det tværfaglige forum for at gennemgå synspunkter og overvejelser åbenlyst.

- At der månedligt bliver dokumenteret 3 gode historier og disse alle bliver fremlagt på personalemøde.
- Følge afsnits tal fra Psykiatrien Roskilde over den anvendte tvang månedligt.
- Månedlig orientering på Psykiatrien Roskildes morgenkonference om resultaterne af data fra Epi-Data.

Indikatorer på afledte forandringer:

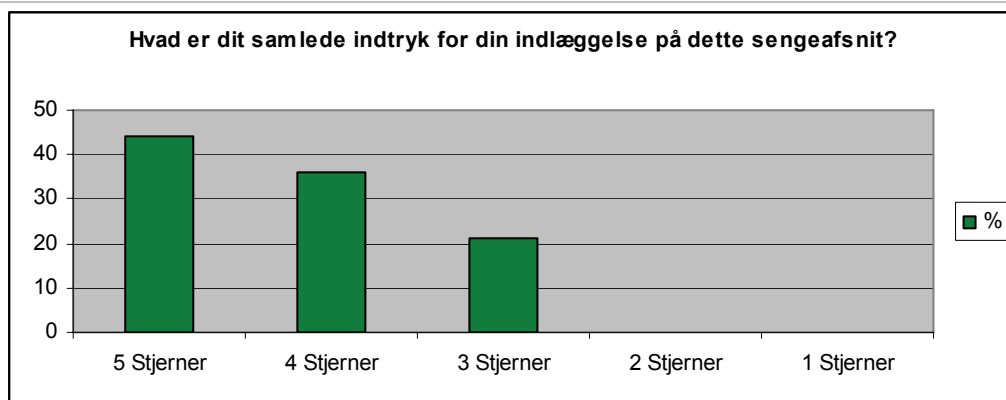
- Miljøscoring (se bilag) udføres efter hver vagt af personalet, observeres dagligt af ledelsen og anskueliggøres via månedlige opgørelser. Disse analyseres af Projektgruppen månedligt.
- Skadesanmeldelser optælles månedligt og analyseres af sikkerhedsrepræsentanten og formidles til Projektgruppen.
- Sygedage optælles månedligt af ledelsen. Disse analyseres af Projektgruppen.
- Indlæggelsestidsstatistik udkommer månedligt og analyseres af Projektgruppen.

Resultater

Det er ikke muligt at dokumentere om 90 % af alle patienter der har oplevet tvang, svarer "nej" til at personalet har udøvet unødvendig magt under tvangen.

Data fra patienttilfredshedsundersøgelsen viser at 68 % har i høj grad fået det bedre af at være indlagt. 69 % har i høj grad fået øget håb og livsmod i forhold til fremtiden.

Det samlede indtryk af indlæggelse på afsnit 22:



Fordelingen svarer alt i alt til patienttilfredshedsundersøgelsen i 2005, men bare lidt bedre.

Projektgruppen har månedligt holdt styr på, at alle tvangsepisoder blev evalueret ved hjælp af refleksionsskemaet.

Vi har nået målet. Alle tvangsepisoderne er blevet analyseret ved hjælp af et fastlagt skema til refleksion over kvaliteten af den udførte tvang. Det giver mening i forhold til kvalitetssikring og fastholdelse af et fagligt højt niveau. Især udveksles gode erfaringer om forebyggelse og der forgår samtidig en debriefing af episoden, der er med til at sikre arbejdsmiljøet. Refleksionen er med til at intensivere arbejdet med at afkorte tvangstilbageholdelsesperioder. Der bliver hurtigere lagt en intensiv plan for tiltag der kan være med til at afkorte perioden.

Alle får en dybere forståelse og en form for konsensus skabes så en ny praksis i forbindelse med den nye lov stille og roligt bliver udviklet.

Niveau af den faglige kvalitet af den udførte tvang er opgjort ved personalemøder og konferencer.

Personalet tilkendegiver, at disse drøftelser er givtige og spreder effekten af forebyggende tiltag hurtigt. Findes problematiske områder omkring tvangsepisoderne tages straks initiativ til at drøfte dette i det tværfaglige forum for at tilkendegive synspunkter og overvejelser åbenlyst. Vi har haft stor glæde af, at naboafsnittet deltog i de refleksioner, der foregik under fælles personalemøder. Det har øget åbenheden og den fælles forståelse af problemstillinger omkring tvang.

I forbindelse med drøftelserne er der fremkommet nye ideer til forandringstiltag, der kunne være med til at lette hverdagen, intensivere forebyggelsen eller forbedre dokumentationen. Dette har været styrende for en del af de iværksatte forandringstiltag. Implementering af den nye psykiatrilov har givet anledning til ændring af vores informationsmateriale til nyindlagte patienter og revideret checkliste i forhold til vedtagne rutiner for 2007.

Det traditionelle lukkede afsnit hører fortiden til. Det samme gælder for det traditionelle åbne. Alle må forholde sig til patienten ud fra de ønsker og behov den enkelte patient har, mere end hvad vi som afsnit definerer os som.

Som konsekvens blandt andet heraf er vi pr. 1. januar 2007 overgået til, at afsnittet er åbent når der ikke foreligger specifik grund til aflåsning. Når dette er tilfældet rapporteres det til Sundhedsstyrelsen på linie med anden tvang.

Projektgruppen har udarbejdet 3 undervisningsdiasserier.

Kugledynevejledningen har været med til at intensivere brugen af dem i forebyggelsen af tvang. Hele personalegruppen medtænker nu dette hjælpemiddel i tilrettelæggelsen af plejen. Patienterne er generelt meget glade for dem og en del låner dem med hjem i udslusningsfasen.

Vejledningen omkring praktisk tvang bliver anvendt som debatoplæg, introduktionsmateriale og til at øge fagligheden internt i afsnittet og i resten af Distriktet. Materialet er blevet meget vel modtaget på andre afsnit.

Vejledningen omkring dokumentationen af tvang bliver anvendt til kvalitetssikring af at

registrering og alle formalia omkring episoden er korrekte. Den anvendes som opslagsbog i hele distriktet.

Skriftlig information om afsnittets behandlingstilbud er udfærdiget. Effekten heraf er selvfølgelig meget afhængig af den problemstilling den enkelte patient har, meget tid skal bruges til at vejlede mundtligt især i den akutte fase.

- **At der månedligt bliver dokumenteret 3 gode historier og disse alle bliver fremlagt på personalemøde.**

Den gode historie handler generelt om, at det enkelte personalemedlem via kontaktpersonskendskabet og kontakt over tid har opbygget en relation, der har kunnet hjælpe patienten igennem svære perioder uden brug af døgnindlæggelse og tvang. Relationen har kunnet holde til store udfordringer for patient og personaler, og de har formået at finde en løsning sammen i fællesskab. Alles ansvar og kompetencer har været anvendt fuldt ud. Der er udvist fleksibilitet og snarrådighed i situationen. De gode historier bliver ikke længere skrevet ned men fortalt i situationen eller ved evaluering af vagtens miljøscore. Det er med til at fremme "det positive" og give inspiration til hinanden. Dette lykkes rigtig godt og opleves som udviklende i dagligdagen. Samtidig er fortællingen med til at beskrive arbejdsfeltet, kontaktpersonsrollen og det ambulante arbejde.

Ved kvalitetsaudit omkring kontaktpersonordningen opnåedes en scoring på 96 % i forhold til at have fået en kontaktperson indenfor de 24 timer.

Ved journal gennemgang for registrering af personalets kontakt med pårørende og primær sektor sås ud fra 7 patienter i alt, at 6 havde haft en eller flere pårørende/netværkssamtaler. En patient der ikke har pårørende har fået beskikket en værge. 5 havde haft samtaler og samarbejde i forbindelse med deres primær kontakt i psykiatriordningen i kommunen. En havde kun haft kontakt til sagsbehandler i kommunen.

Alt i alt et tilfredsstillende resultat.

Samme audit har vi anvendt til den ambulante gruppe af patienter tilknyttet afsnittet: 23 patienter havde haft en eller flere pårørende eller netværkssamtaler. 7 bor med bostøtte døgnet rundt. 12 har haft samtaler og samarbejde i forbindelse med deres primærkontakt i psykiatriordningen i kommunen. 3 patienter har ikke haft mulighed, ønske eller erkendt behov for kontakt ud over den kontakt vi tilbyder i det ambulante forløb. Heraf er den ene lige opstartet i et ambulante forløb og det primære mål er at skabe en alliance, der kan danne grundlag for en senere kontakt i primærsektoren, da der ingen pårørende er oplyst om.

- Udviklingen af antal og varighed af tvangsepisoder på afsnit 22: Se afsnit med grafer fra Epi-data.
- Udviklingen af antal og varighed af tvangsepisoder i Psykiatrien Roskilde: Se grafer.
- Der er afholdt 1 månedlig orientering på fælleskonference ved Psykiatrien Roskilde om resultaterne af data fra tvangsindberetningerne.

Indikatorer for afledte forandringer:

Miljøscoring udføres efter hver vagt af personalet, observeres dagligt af ledelsen og anskueliggøres via månedlige opgørelser.

Denne daglige evaluering af dagens miljø er med til at bevare et godt arbejdsmiljø og finde fælles løsninger på eventuelle problemer, så man kan være på forkant ved næste vagt. Samtidig anvendes den ved overvejelser om ekstra ressourcebehov. Det er godt at få sat ord på, hvordan vagten har været

Niveauet af vrede har ligget mellem 4 og 3,7. (Værdien 4 svarer til utilfredse og irriterede patienter og værdien 3 svarer til oprørte, råbende eller højlydt tale fra patienter) Dette er en lille stigning af mængden af vrede som ikke kan henføres til tvangsprojektet, men til en patient der efter et års ventetid på et bosted er ved at være rigtig træt af at vente.(figur 1)

Antal timer hvor afsnittet har kunnet have åben dør viser en markant stigning, siden vi startede på at åbne dørene i 2005.(figur 2).

Udfordringen med at holde dørene åbne til afsnittet i så vid udstrækning som muligt giver

en livlig debat omkring faglige tiltag. Hvordan bliver aftaler indgået? Oplever alle at faglighed, værdighed og sikkerhed bliver tilgodeset?

Skadesanmeldelser er optalt månedligt og analyseret af sikkerhedsrepræsentanten og Projektgruppen.

I forbindelse med opstart af tvangsprojektet gennemgik vi skadesanmeldelser indgivet fra 01.01.05 og frem til opstarten af tvangsprojektet. Der viste sig et tydeligt billede af tre grupper af patienter, der voldte os vanskeligheder i forhold til risiko for skader. Den ene gruppe er de demente patienter, der er indlagt primært hvis de er til fare for sig selv eller andre. Den anden gruppe er patienter med svært misbrug. Den tredje er patienter med anden kulturel baggrund, med dårligt kendskab til det danske sprog.

Ved gennemgang af data samlet i projektperioden viser det sig, at vores konklusion stadig er den samme og vi nok ikke vil have nogen effekt i form af en reduktion af skadesanmeldelser ved en yderligere fokusering på risikovurdering af aggressioner.

Det er tydeligt at en patient, der har givet anledning til skadesanmeldelser ved en indlæggelse ikke har givet anledning til det samme ved genindlæggelse. Kontinuiteten og genkendelsen er vigtig.

Der har ikke været flere skadesanmeldelser i projektperioden, så den mindre tvang har ikke givet sig udslag i flere sikkerhedsmæssige problemstillinger. (figur 4).

Sygedage er optalt månedligt.

Sygefraværet har været lavt siden projektets start. Dette har stor betydning for ressourcerne i dagligdagen og kontinuiteten generelt. Afsnittets fravær har aldrig været højt og fokusering på minimering af tvang skønnes ikke at have haft nogen indvirkning på denne parameter. (figur 3).

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er ikke blevet forøget i forbindelse med forsøget med at minimere tvangen.

Indlæggelsestiden har i basisperioden været på 17 døgn. I projektperioden blev indlæggelsestiden gennemsnitligt 24 døgn.

Belægningsprocenten var 110 % i basisperioden og 94 % i projektperioden.

Den høje belægningsprocent har ikke givet anledning til alvorlige sikkerhedsmæssige problemer eller en afvisende holdning i forhold til den enkelte patient udtrykte behov. Dette skyldes primært fokusering omkring det intensive indlæggelsesforløb generelt.

- Månedligt udfærdiges diagrammer over udviklingen af miljø, sygedage og arbejdsskader på afsnitsniveau til hele distriktet. Diagrammerne viser et meget tilfredsstillende niveau for afsnit 22's vedkommende. (figur 4)

Iværksatte forandringstiltag

- Revideret informationsmateriale til patient og pårørende ved ankomst til afsnittet.
- At fortælle "den gode historie".
- Udarbejdet vejledning omkring anvendelse af kugledyne.
- Udarbejdet patientvejledning vedrørende kugledyne.
- Anskaffelse af Stress-less stole.
- Anskaffelse af gyngestol.
- Anskaffelse af kuglepuder.
- Udleveret informationsmateriale fra "Bedre Psykiatri" til alle interesserede pårørende.
- Journalaudit omkring opfyldelse af mål for inddragelse af pårørende, netværk og primær sektor.
- Observationsskema ved bæltefiksering.
- Fast vagt vejledning.
- Udarbejdelse af undervisningsmateriale omkring praktisk tvang.
- Forekomst af tvang er rapporteret månedligt til hele lægegruppen ved Psykiatrien i Roskilde med anvendelse af grafer etableret af projektet.
- Igangsat initiativer der kan føre frem til etablering af afsnits henførbare data omkring tvang.

- Udarbejdet vejledning omkring dokumentation og administration omkring tvang.
- Udarbejdet registreringsskema til dokumentation af lægetilsyn ved bæltefiksering, skærmning over 24 timer, udskrivningssamtaler og koordinationsplaner.
- Vejledning til eftersamtaler.
- Skema til vurdering af faglig kvalitet ved nødvendig anvendelse af tvang.
- Implementeret erfaringer og undervisningsmateriale fra tvangsprojektet i resten af distriktet.
- Projekt: Miljø, sygedage og arbejdsskader.

Fastholdt fokus på:

- Fælles pligt til gensidig udveksling af information ved vagtens start mellem afsnittene i Toftehus.
- Særlig opmærksomhed ved svære paranoide tilstande, stofmisbrug og anden etnisk baggrund for at forebygge tvang.
- Undervisning i aggressionsforebyggelse foregår med fagpersoner, der også deltager i tvangsprojektet.
- Arbejdet med respekt for patientens integritet og værdighed også ved hjemmebesøg.
- Arbejdet med åbne døre til kontoret og parathed i hverdagen.
- Undgå regler og indgå aftaler.
- Miljøscore.
- Gruppeaktiviteter, som de enkelte kan deltage i som led i behandlingsplanen.
- Samarbejdsaftale med primærkommunen ved indlæggelse og udskrivning.
- Psykoedukation i gruppe er under indkøring.
- Video-supervision af kommunikationsforløb med patienter.
- Musik anvendes som beroligende aktivitet.
- Processen fra lukket afsnit til intensivt afsnit med åben dør afhængigt af behovet.
- Arbejdsskader og Sikkerhedsorganisationens standardrutiner i forbindelse hermed følges.
- Åbenhed i forhold til deltagelse af pårørende og netværk i samtaler med læge og kontaktpersoner efter ønske.

Kommentarer til processen

Vi har fastholdt, at overordnet for vort arbejde, er de værdier i samarbejdet med patienter og pårørende, der er vedtaget i det tidligere Roskilde Amt. Vigtigst for os er, at de tiltag vi afprøver og processer vi sætter i gang, er en forbedring både på det faglige og det etiske plan, ikke en afprøvning for projektets skyld.

Det var godt at tage spredningen af projektet med fra starten af projektperioden.

Det var godt, at der ikke blev givet ekstra ressourcer til projektperioden, så vi kunne fastholde et realistisk niveau for forventningerne til forandringstiltagene. Nu har vi lavet noget, der kan holde fremover.

Det var godt at fokusere på at tage hele personalegruppen med også fra afsnit 21, så der blev massivt fokus på forebyggelse også på det "åbne afsnit". Samtidig var der flere øjne til at analysere tvangen.

Det har været godt at få udarbejdet de undervisningsmaterialer og vejledninger som er med til at forbedre og lette introduktionen til nyansatte fremover.

Kravene til personalet blev væsentligt øget i tre af projektperiodens måneder grundet midlertidig nedlukning af senge på et andet afsnit. Derfor blev det til ganske få formelle møder i projektgruppen men selve projektet blev så i stedet mere allemandseje.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Gennembrudsforum har været det bedste, 1. læringsseminar var alt for zappende i konceptet. Det andet var bedre. Telefonkonferencerne er ikke givtige, men telefonvejledningen og netværksmøderne var mere udbytterige for projektets resultat. Tovholderne for projektet er dynamiske og inspirerende og vil med eller uden gennembrudsmetoden være et aktiv for et projekt.

Det er godt for tempoet med klare deadlines.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Vi ved, at vi i forbindelse med omlægninger på grund af Regionsdannelsen har ny ledelse pr. 1. september, men regner med fortsat at arbejde med kvalitetsudvikling. Tvang og indikation for tvang bliver afgjort i det yderste led. Den høje grad af uddelegeret ansvar og kompetence har været en af hjørnestenene i minimeringen af tvangen. En holdning, der er baseret på aftaler i stedet for regler er vigtig. Miljøet, hvor der kun er 7 indlagte og det friske pust udefra med de ambulante patienter, der er tilknyttet afsnittet over tid, er vigtig for rollemodellen "At blive rask" og komme videre. Lokalkendskabet og kontinuiteten over år er forbyggende for tvang. En stor del af patienterne henvender sig selv ved behov for behandling og bliver indlagt uden de store formaliteter. De åbne døre stiller krav til personalet og patienter om at tage ansvar for sig selv og hinanden på en helt anden måde end i den traditionelle lukkede afdeling.

Hvis vi kunne bestemme en del af udviklingen, ville vi vægte videreudviklingen af psykoedukationen højt, det at have små enheder, høj grad af uddelegeret ansvar og kompetence, det ambulante arbejde, det hjemmelavede aftensmåltid og ikke mindst kontinuitet i personalegruppen og patienttilhørsforholdet. Den blandede patientgruppe med hver deres problemstilling er med til at give et varieret billede og individuelle løsningsforslag kommer i højsædet. Dette er med til at sikre en fleksibel og individuel pleje og behandling med et minimum af tvang.

Tilpasning af Epi-Data til fleksibel brug i fremtiden vil være afgørende for den fortsatte proces med at minimere tvangsansvendelse. Dette ses allerede nu iværksat af Projektgruppen. Der bør findes mulighed for fortsat løbende registrering af tilfredshedsdata.

Roskilde Amt og efterfølgende Region Sjælland nåede ikke i projektperioden at skabe mulighed for løbende overvågning af anvendelsen af tvang på afsnitsniveau.

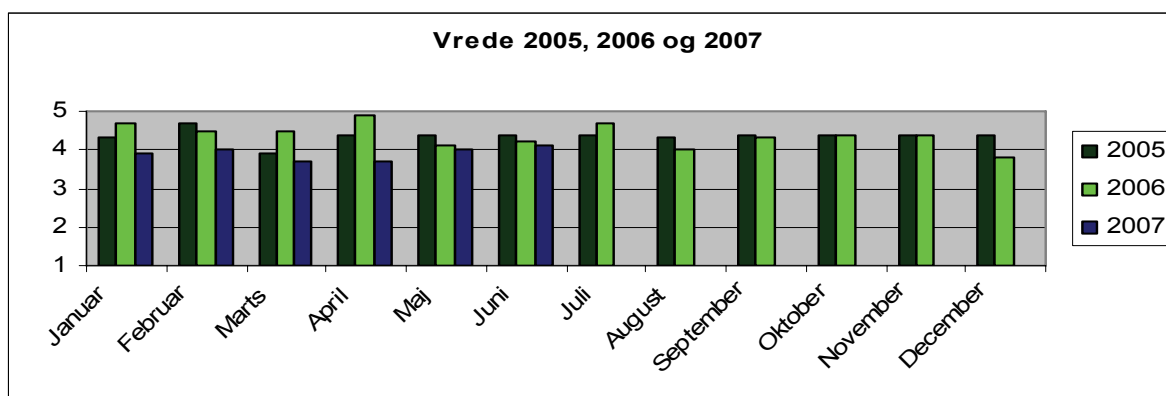
Dette er nødvendigt hvis medarbejderne i et afsnit skal kunne se resultaterne af en indsats for at minimere anvendelsen af tvang.

På internationalt plan arbejdes der med opgørelser af tvang i relation til diagnosegrupper for patienterne. En behandlingsenhed skal kunne oplyse om tvangsansvendelse for hver diagnosegruppe og for antallet af patienter i alt som er behandlet i hver diagnosegruppe. Dette skal så også kunne relateres til befolkningsgrundlaget i optageområdet. På længere sigt ville det være ønskeligt at Sundhedsstyrelsen kunne levere denne dokumentation. Foreløbigt etableres data af denne art i et europæisk forskningsprojekt, som afsnittet deltager i.

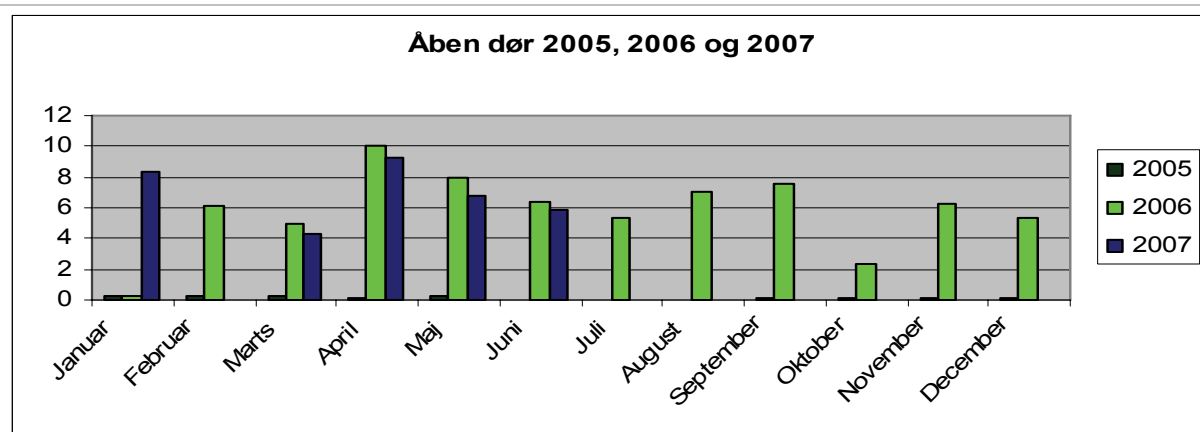
Det vil dermed bedre kunne belyses om den faktiske forekomst af tvang er på et optimalt niveau.

Diagrammer og tabeller

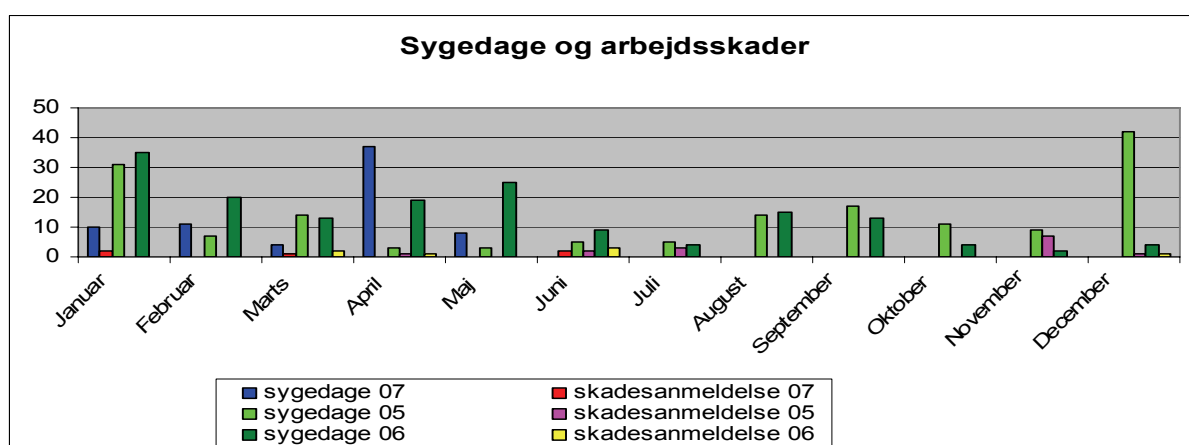
Eksempler på resultater på Miljøscoring



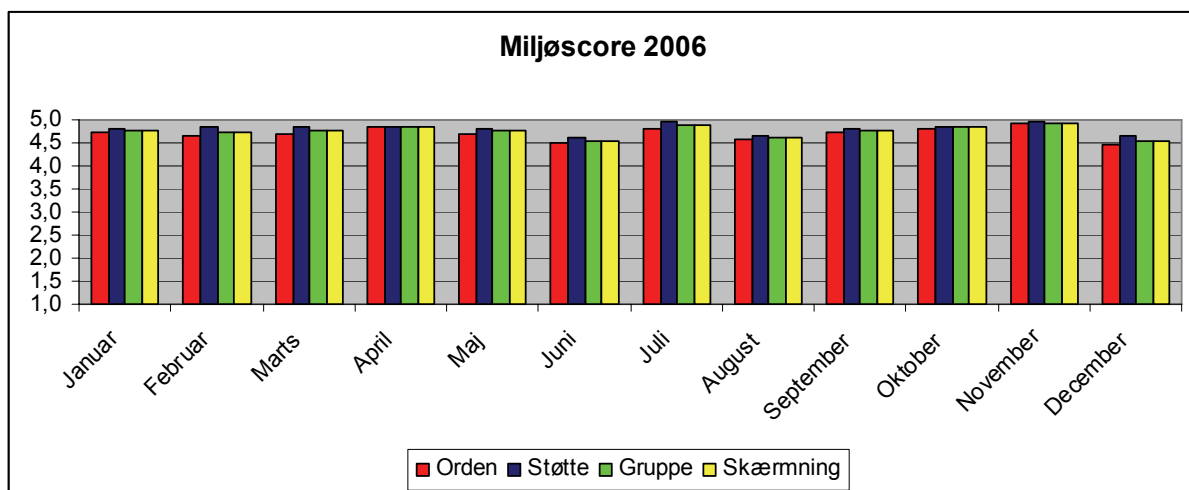
Figur 1. Viser udviklingen at niveauet af vrede før og under projektperioden. Niveauet for vrede let stigende tendens, men er stadig på acceptabelt niveau.

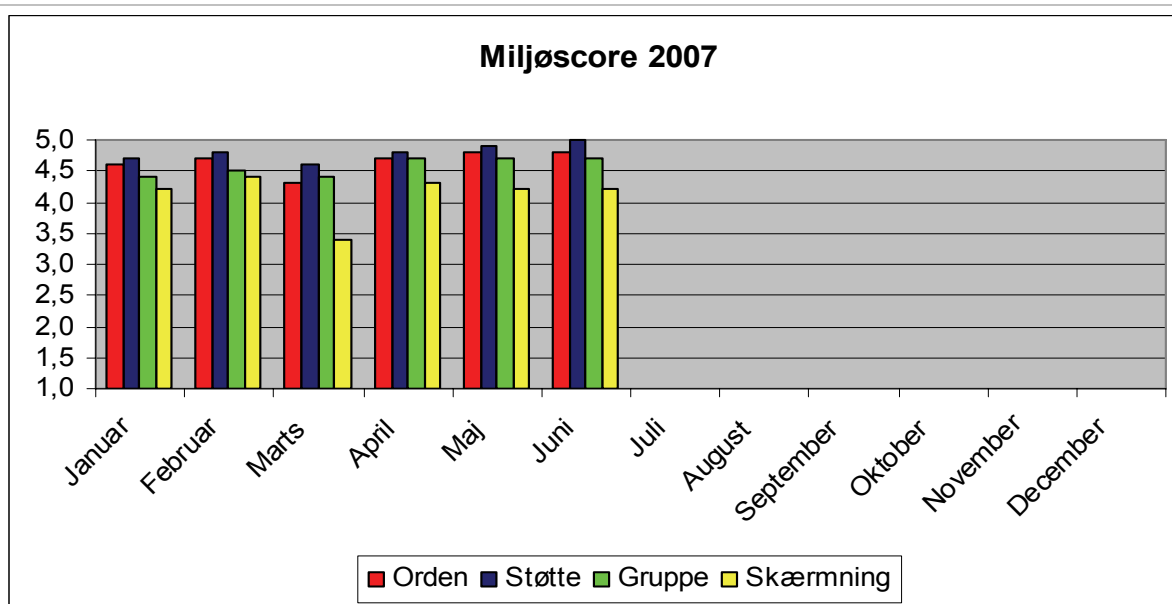


Figur 2. Diagrammet viser udviklingen af antal timer det har været muligt at holde afsnittets hoveddør ulåst. En udvikling der er meget positiv.



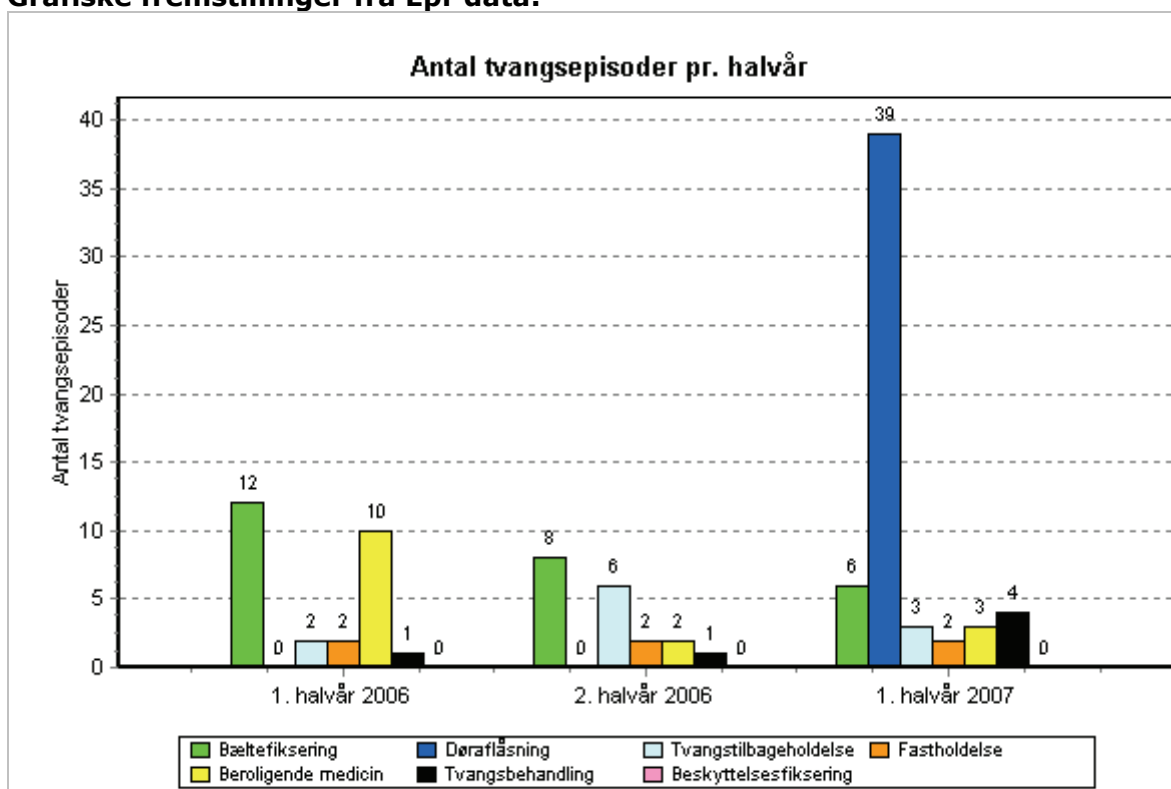
Figur 3. Niveau af skadesanmeldelser er ikke øget i projektperioden og antal sygedage på afsnittet ligger lavt. Det lidt højere antal sygedage i februar og april skyldes planlagte operationer.





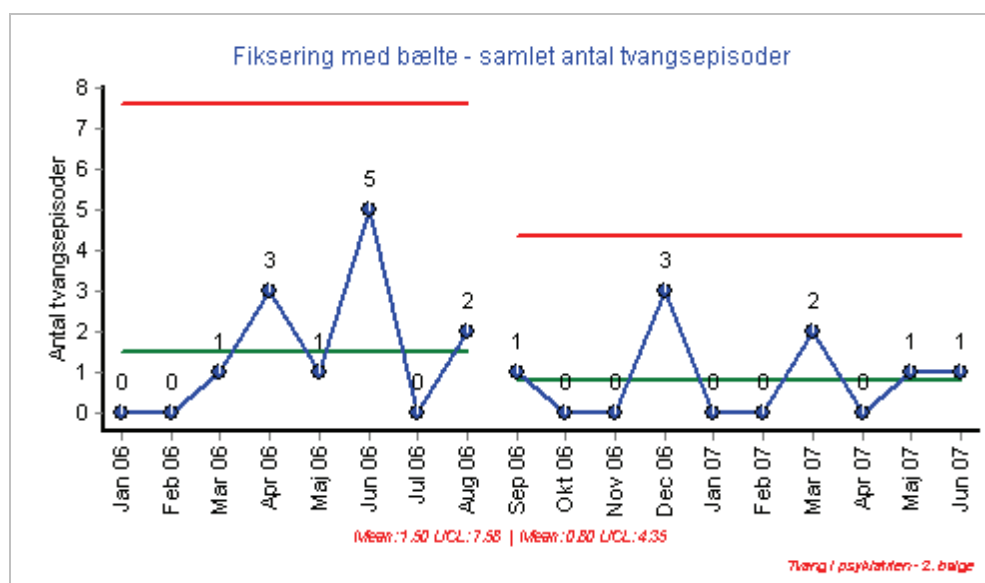
Figur 4 Ved sammenligning af score for 2006 med tidligere år ses en samlet let stigning af miljøscore, dvs. at personalet alt i alt oplever behandlingsmiljøet som bedre. Der ses en større variation for de enkelte måneder som gruppen vælger at tolke som en større grad af fokus på det vi opfatter som grundlæggende for forebyggelse af stress, udbrændthed og tvang. Variationerne svinger i forhold til tvangsepisoderne, men vi ser også at vi godt kan udøve tvang og bibeholde et højt miljøscore.

Grafiske fremstillinger fra Epi-data:



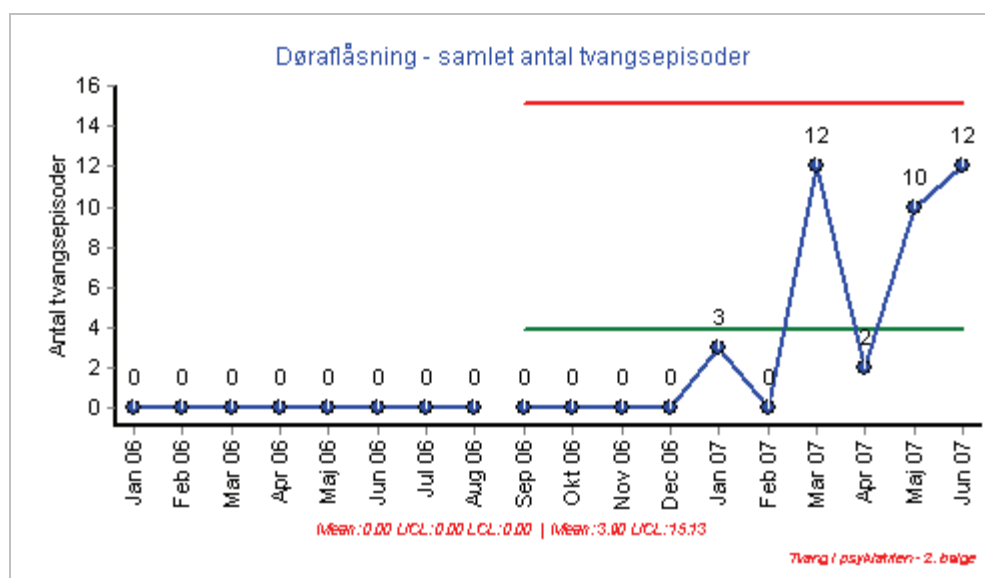
Kommentar:

I overblikksform ses en let faldende hyppighed af anvendelse af tvang. I 1. halvår 2007 ses registrering af døraflåsning. Dette blev tidligere ikke registreret, da afsnittet permanent havde aflåst dør. Som en udvikling af projektet har vi fra 1.1.2007 som udgangspunkt haft afsnittet med åben dør. Den har dog været aflåst når det var nødvendigt, og det er disse aflåsninger, som her ses registreret.



Kommentar:

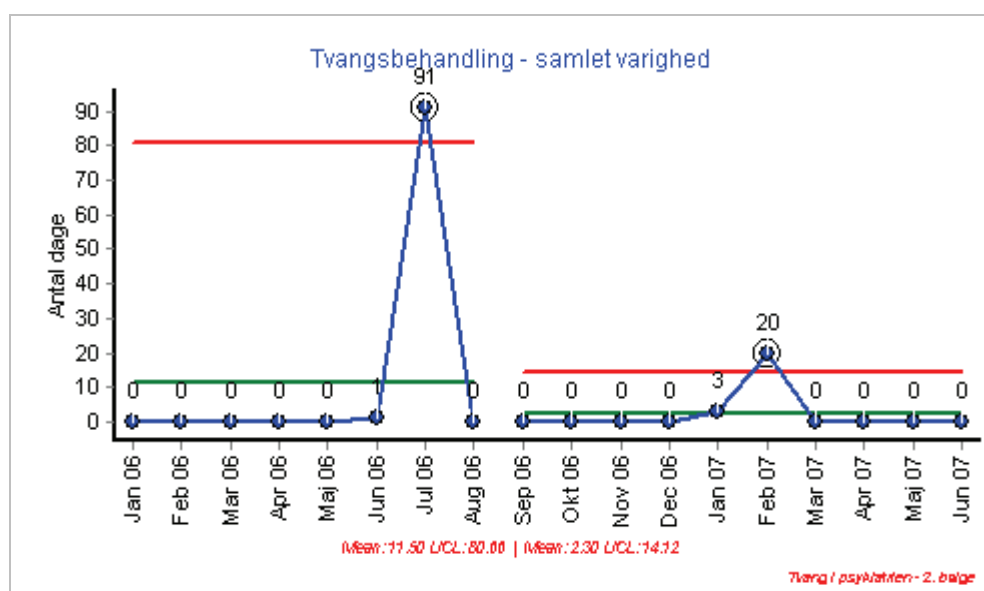
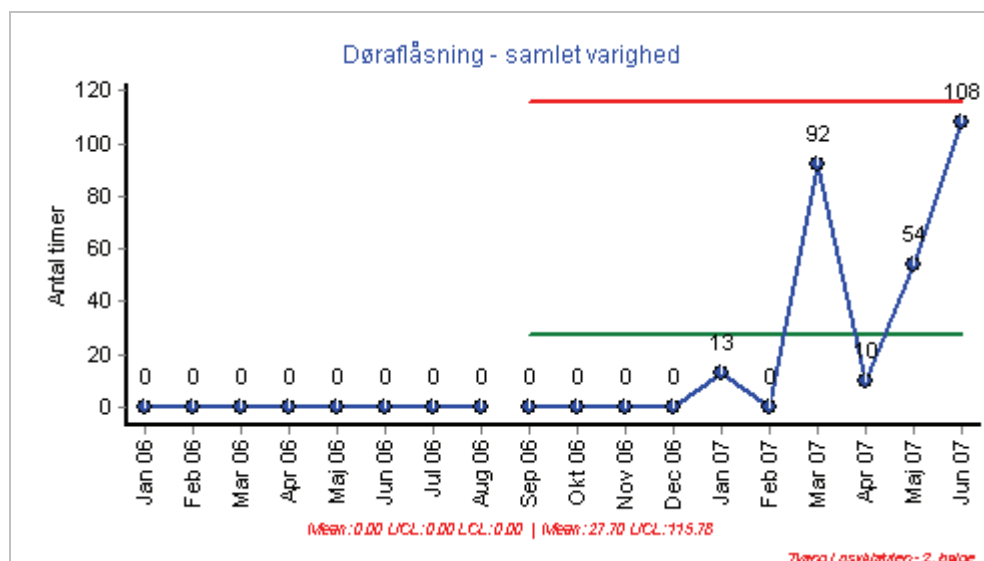
Projektperioden strakte sig fra 1.09.2006 til 30.6.2007. Sammenlignet med den forudgående periode ses et lille fald i forekomsten af fiksering med bælte. Antallet var i forvejen meget lavt.



Kommentar:

Her ses forekomsten af aflåsning af dør. Se ovenfor med hensyn til omstændighederne. Den samlede tid for aflåsning var 277 timer (se efterfølgende figur og tabel). Hvis døren generelt havde været aflåst i denne periode, ville det have omfattet 9 timer per dag eller i alt 1638 timer.

Der er altså opnået en betydelig højere grad af frihed for patienterne og den tidligere skjulte tvang er gjort eksplícit.



Kommentar:

Varighed af tvangsbehandling blev reduceret i projektperioden. Forekomsten af tvangsbehandling var generelt meget lav. Værdi for gennemsnit i basis og projektperiode er markeret med grønt. Rød markering angiver +2*spredningen.

Oversigt i tabelform over ændring af forekomst af tvang før, i en overgangsfase og i projektperioden 1.9.2006 til 30.6.2007:

Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	1	1	4
Antal forløb med tvangsbehandling	1	1	4
Antal dages tvangsbehandling	1	91	23
Gns. antal dages tvangsbehandling pr. patient	1	91	6
Gns. antal dages tvangsbehandling pr. forløb	1	91	6

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	2	6	3
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	2	6	3
Antal dages tvangstilbageholdelse	11	493	33
Gns. antal dages tvangstilbageholdelse pr. patient	6	82	11
Gns. antal dages tvangstilbageholdelse pr. forløb	6	82	11

Døraflåsning	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, som døren har været låst for	0	0	11
Antal forløb med døraflåsning	0	0	39
Antal timers døraflåsning	0	0	277
Gns. antal timers døraflåsning pr. patient	0	0	25
Gns. antal timers døraflåsning pr. forløb	0	0	7

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	6	5	3
Antal forløb med bæltefiksering	10	6	4
Antal timers bæltefiksering	119	39	100
Gns. antal timers fiksering pr. patient	20	8	33
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	12	7	25

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	3	1	2
Antal ordinationer af beroligende medicin	10	2	3
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	3.33	2	1.5

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	1	2	2
Antal fastholdelser	2	2	2
Gns. antal fastholdelser pr. patient	2	1	1

Kommentar:

Ovenstående tal bør relateres til antallet af patienter der er behandlet i afsnit 22 i basisperioden 1.1.2006 til 31.8.2006 og til projektperioden 1.9.2006 til 31.6.2007. Disse tal kan hentes i Det Grønne System.

Basisperiode: 90 patienter indlagt eller tilflyttet. Indlæggelsestid: 17,3 dage
Belægningsprocent: 110

Projektperiode : 119 patienter indlagt eller tilflyttet. Indlæggelsestid: 24,1dage
Belægningsprocent: 94

Forekomsten af tvang kan herved sammenlignes med andre afsnit i Danmark og internationalt.

Frekvensen af den mest definitive form for tvang – bæltefiksering – var i afsnit 22 beregnet som forekomst af personer hvor bæltefiksering blev foretaget 14 personer for hele basis- og projektperiode. Disse personer var bæltefikseret i alt 26 gange. I hele forløbet blev bæltefikseringsprocenten for alle patienter under et $14/209 = 6,7 \%$. Antallet af fikseringer pr. fikseret pt. $26/14 = 1,9$. Det ses, at antallet af bæltefikseringer i det første halvår 2006 var 12 og at det faldt til 6 i første halvår 2007. Anvendelse af beroligende medicin ved tvang faldt fra 10 til 3 tilfælde. For Roskilde Amtssygehus Fjorden 2006 var hyppigheden under et $4,8 \%$ med 1,4 fiksering pr. fikseret pt. Sammenlignet med andre danske psykiatriske afdelinger er dette lidt lavere. DK gennemsnit er $7,3 \%$ for 2005. Ved opgørelse i grupper af psykiatriske afdelinger i Tyskland 2004 lå bæltefikseringsprocenten på $10,4$ og i Schweiz på $6,6$. Antallet af fikseringer pr. fikseret pt. var her $3,2$ og $1,5$. Gennembrudsprojektet falder sammen med en reduktion i udvalgte tvangsparametre. Generelt ligger afsnit 22 på et lavt niveau for anvendelse af bæltefiksering både på nationalt og internationalt niveau.

Gennembrudsprojekt

**Team Glostrup
Afsnit P76/77**



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Psykiatrisk Center Glostrup - afsnit 76/77. Nrd. Ringvej 69. 2600 Glostrup. 43 23 36 77.
Teammedlemmer	Tina Jensen - Sosu-assistent: tinjen01@glo.regionh.dk Annette Buchholtz - Sosu-assistent: annbuc01@glo.regionh.dk Anett Jensen - Konst. afd. sygeplejerske. Tina Bielefeldt - Sygeplejerske: tinbie01@glo.regionh.dk Katja Clemmensen - 1.reservelæge. Mette Dalsager - Sosu-assistent (suppleant i tilfælde af sygdom)
Beskrivelse af afsnittet	• Alment voksen-psykiatrisk afsnit med en normering på 22 patienter.(har altid mellem 22 og 25 patienter indlagt.) • Afsnittet er et integreret afsnit med 15 åbne og 9 (10) lukkede sengepladser, og et varierende antal dagpatienter. • Centeret fungerer i regionsopdelte afsnit. Vi modtager patienter fra Ishøj/Vallensbæk og Brøndby kommune. • Borgerantal: 66.923 • Personalegruppen består af sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, plejere, læger, socialrådgiver. • Der er tilknyttet en ergoterapeut, en fysioterapeut og en psykolog med konsulent-funktion til afsnittet. • Vi arbejder miljøterapeutisk og med kontaktpersonsystemet, udfra en psykodynamisk tankegang. Midt i projektperioden blev vi med kort varsel opgraderet til lukket sikret afdeling.(6 ugers varighed)
Resumé af resultater	• Nedsat antallet af bæltefikseringer. • Nedsat liggetid i bælte. • Øget bevidsthed om det forebyggende arbejde. • Øget kontakt mellem patient og personale. • Bevidsthed om betydningen af eftersamtaler

Målsætning, resultatmål og procesmål

Målsætning:

- At nedsætte antallet og varigheden af bæltefikseringen.
- At forbedre patienternes tilfredshed med udøvelse af tvang - bæltefiksering.
- At have fokus på forebyggelse.

Resultatmål 1:

- 90 % af patienterne, der har oplevet tvang, svarer "Ja" til at personalets brug af tvang alt i alt foregik på en ordentlig måde.

Procesmål 1A:

- Alle patienter (100 %) der under indlæggelsen oplever tvang (alle former) tilbydes en eftersamtale med kontaktlæge og kontaktperson.
- Spørgeskema til patienten "Patienttilfredshed med tiden i bælte".

Procesmål 1B:

- At der udnævnes en leder i den akutte situation, både ved tvangsfiksering og ved akut beroligende injektioner, samme person har ansvaret for udfyldelse af tvangsprotokolskema nr. 3.
Se lokalinstruks vedr. tvangsfiksering: Lederens opgave.

Resultatmål 2:

- 90 % af personalet vurderer, at afsnittets håndtering sker på "et meget fagligt højt niveau" eller "et højt fagligt" niveau.

Procesmål 2A:

- Håndtering af tvang er et fast punkt på den ugentlige tværfaglige konference. Herunder audit på journaler/sygeplejekardex samt tvangsprotokolskema nr. 3.
- Spørgeskema til personale. (100 %)

Procesmål 2B:

- Ved indlæggelsessamtale eller senest 2 dage senere foretages en lægefaglig risikovurdering af patient.
Vold af alle patienter. (100 %)

Resultatmål 3:

- Nedbringe den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringer med 50 % sammenlignet med baseline perioden 1.januar – 31. august.

Procesmål 3A:

- Ved alle bæltefikseringer (100 %) anvendes bæltefikseringsjournal og der skal være tilsyn af bæltefikseret patient hver time af fast personale i afsnittet.

Procesmål 3B:

- Alle patienter der bæltefikseres (100 %) tilbydes beroligende musik (MusiCure) eller andre aktiviteter under fikseringen.

Målinger

Vi har haft spørgeskemaer omkring patienttilfredshed med tiden i bælte. Og et skema omkring personalevurdering af bæltefikseringsjournalen.

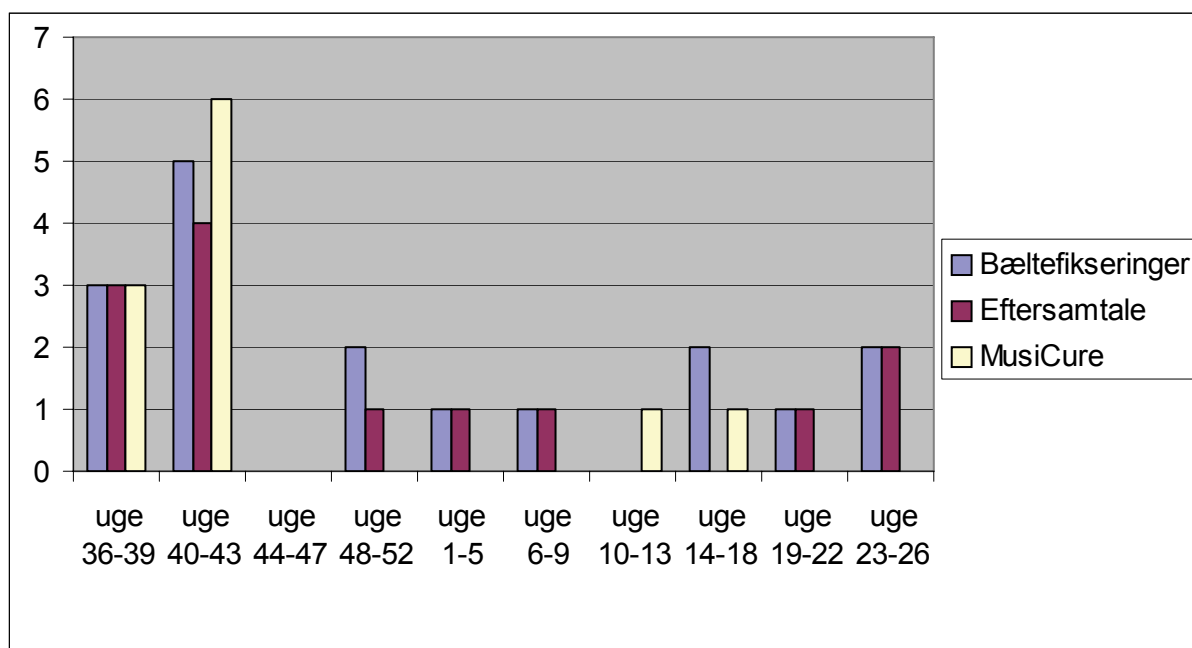
Desværre har vi ikke nogle brugbare målinger via disse skemaer. Vi har ikke modtaget besvarelser på skemaerne p.g.a personalet har manglet undervisning i brug af disse. Desuden har vi haft et begrænset antal bæltefikseringer i måleperioden.

Vi har selv lavet en graf på Excel over antallet af bæltefikseringer, eftersamtaler og brugen af MusiCure.

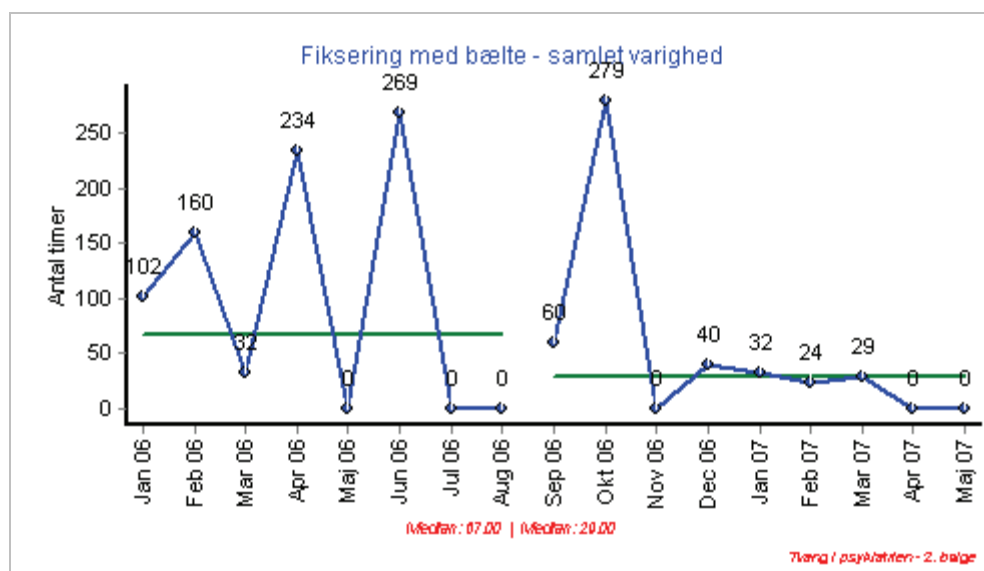
Vi har indtastet data på Epi-data

Resultater

Vi kan via vores egen graf konkludere, at vi har nedsat antallet af bæltefikseringer med mere end 50 %, dvs. at det ønskede mål er opnået.



Vi kan yderligere konkludere via Epi-data (diagrammer/type 11_03) at bæltefikseringstiden er nedsat fra gennemsnitlig 67,3 timer pr patient til 14,5 time pr. patient. Altså er vores resultatmål 3 opnået med et fint resultat.



Type 11_03.

Vi kan ikke måle patienttilfredsheden, da det ikke er lykkedes at få implementeret brugen af spørgeskemaerne i afsnittet. Det samme gælder måling af personaletilfredsheden i afsnittet.

1: Forbyggende/Før bæltefiksering:

For patienterne har forandringstiltagene betydet at der er en øget bevidsthed og indsats omkring det forebyggende arbejde med den psykiske syge patient.

- Øget bevidsthed om at tilbyde/benytte PN medicin
- Øget bevidsthed om at benytte skærmning eller tæt personale- kontakt.

Forud for en eventuel fiksering planlægges forløbet og opgaverne fordeles i personalegruppen, hvilket giver meget mere ro i situationen. Det er vores klare indtryk at vi derved undgår nogle bæltefikseringer.

2: Under selve fikseringen:

Bæltefikseringsjournalen har betydet at kontakten under selve fikseringen er forbedret betydeligt.

- Patientens behov og ønsker til gode ses.
- Øget kontakt mellem patient og personale giver øget forståelse og empati for patienten.
- Øget bevidsthed på at få kortere liggetid i bælte.

3: Efter fikseringen:

Eftersamtalerne har betydet, at patienterne har mulighed for at bliver hørt og personalet får derved bedre forståelse for patienterne.

- 1. eftersamtale finder sted dagen efter ophørt fiksering, hvor vi tilstræber at både læge og plejepersonale deltager.
- 2. eftersamtale finder sted 7 dage efter med plejepersonale.

Den gode effekt kan aflæses på Epi-grafer. (Senere i rapporten)

Vi oplever samtidig med at vores oprindelige mål er opnået, at vi har fået en del bonus resultater.

Vi fornemmer tydeligt at hele personalegruppen har fået større indsigt og fokus på at anvende tvang, som behandling og ikke udelukkende som beskyttelse. Vores fornemmelse baserer vi på, at vores fikseringer bliver drøftet meget mere i personalegruppen, og der fokuseres nu mere på, hvordan vi bedst kan behandle den fikserede patient.

Det er ikke længere tabu at tale om tvang/bæltefiksering med patienten, og det er nu også blevet tilladt at patienten i bælte kan tilbydes stimuli såsom MusiCure, højtlesning og lign. På vores afsnit har det indtil nu været en fast regel, at patienter i bælte ikke måtte få stimuli. Vi har nu fået positiv erfaring med brug af MusiCure.

Under projektet er personalet på afsnittet blevet mere opmærksom på vigtigheden i at arbejde som et team og forberede sig bedre inden en mulig bæltefiksering. Dette har helt klart skabt mere ro og overblik i situationerne, hvilket har resulteret i, at det som tidligere skrevet alligevel ikke altid har endt med en fiksering.

Personale, som har været tilkaldt i disse situationer, har meldt tilbage til os, at det har været en god oplevelse for dem, at afsnittet har været så velforberedt og har haft ro og overblik.

Iværksatte forandringstiltag

Vi har indført nogle bæltefikseringsmapper til brug ved enhver fiksering. Mappen indeholder:

- Procedure – skema ved bæltefiksering.
- Lederens opgave ved fiksering.
- Vejledning ved brug af Bæltefikseringsjournaler.
- Observationsskema ved bæltefiksering.
- Formålet med eftersamtale.
- Eftersamtale-skema.
- Patienttilfredshed med tiden i bælte.
- Personalevurdering af bæltefikseringsjournaler
- Vejledning i brug af musicure
- MusiCure dokumentationsskema

Alle disse skemaer og lign. findes i forandringskataloget eller i gennembrudsprojektets filer.

Vi har for at fastholde vores gode resultater sat tvang på dagsordenen som fast punkt på personalemødet som holdes en gang pr måned. Under dette punkt vil vi fremvise en graf fra Epi-data for at følge udviklingen løbende, samt drøfte de tvangssituationer som eventuelt har fundet sted og episoder hvor tvang er undgået.

Vi har på kontoret opsat en planche med vores mål og lign. og fra denne planche har vi lavet en røde linie som fører hen til bæltefikseringsmappen. Dette for at personalet dagligt bliver husket på at bruge de nye tiltag.

Kommentarer til processen

Vores tovholder har fra projektets start været frikøbt i 8 timer ugentligt. Blev senere i projektet frikøbt i 12 timer ugentligt, da det hurtig viste sig, at 8 timer var utilstrækkeligt.

At have en frikøbt medarbejder til projektet har vist sig at have både fordele og ulemper.

Fordelene har været, at en person havde overblik over projektet og var den røde tråd. Havde tid til at fordybe sig i projektet.

Ulemperne har været, at det øvrige team ikke har haft dette overblik. Det var svært for de andre i teamet at få overblikket og svært for tovholderen at uddelegere opgaverne, dette gør processen meget sårbar.

Der har været planlagt teammøder hver anden torsdag kl. 14-15.

Dette har været svært at overholde af flere årsager:

Skiftende arbejdstider, ferie, sygdom i den øvrige personalegruppe, kursus og lignende. Vi har i projektperioden været ramt af udskiftning og sygdom i teamet. Vores afdelingssygeplejerske skiftede job og vores frikøbte tovholder blev langtidssygemeldt, hvilket resulterede i at nye medlemmer i teamet skulle sættes ind i processen hvilket besværliggjorde denne.

Derud over har afdelingen fra midt januar til midt marts været opgraderet til Lukket Sikret afdeling, hvilket resulterede i at mange ressourcer blev brugt i denne periode til at effektivisere afdelingens ny arbejdsgang.

Fra teamets side har der været planlagt 2 tema-eftermiddage til undervisning af resten af personalegruppen, idet flere personaler gav udtryk for behov for information. Desværre var fremmødet meget begrænset. Vi vurderer at dette ikke skyldes manglede interesse fra personalets side, men at personalet mangler "ejerskab", samt er meget presset pga. arbejdstyngden og meget sygefravær.

Teamet ønskede i starten af projektet at afholde en hel tema-dag således at

personalegruppen kunne tage del i "ejerskabet". Dette kunne der ikke findes ressourcer til, idet ledelsen prioriterede et andet igangværende projekt på afdelingen til nedbringelse af sygefraværet.

Den nye psykiatrilovs indførelse bevirkede at det var forholdsvis nemt at implementere bl.a. bæltejournal og eftersamtaler.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Vores erfaring med gennembrudsmetoden er, at det er en struktureret måde at arbejde på, når der skal implementeres nye tiltag og arbejdsgange samt ændre allerede eksisterende arbejdsgange i en afdeling.

Personalet er selv en del af den arbejdende proces, og har dermed stor indflydelse på den endelige udformning af den indførte procedure / arbejdsgang.

Vi synes at gennembrudsmetoden er en sej proces, da der er meget papirarbejde i det daglige. Det kræver også en del undervisning i gennembrudsmetoden for det øvrige personale hvis det skal fungere.

Som helhed har vi i afsnittet fået nogle rigtige gode resultater og erfaringer af at være med i projektet, hvilket jo tydeligt fremgår af det skrevne i afsnittet om vores resultater. (se graferne senere i rapporten)

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Der er ikke lagt nogle videre planer, men vi i teamet mener at følgende punkter ville være givende for vores afsnit at arbejde videre med:

Samarbejdskontakter:

Hvor personalet spørger patienten om der er nogle ting/forhold, som vi skal være opmærksomme på, og som kan hjælpe patienten, hvis de føler tiltagende rastløshed, vrede, er opkørt eller angst.

I samarbejde med patienten vil personalet finde ud af, hvordan vi bedst kan hjælpe patienten, når de oplever eller vi oplever at de er ved at miste kontrollen, så tvang kan forebygges.

Risikovurdering:

Dette er en opgave som er forbeholdt lægen under den indlæggende samtale. Denne risikovurdering skal så føre til udarbejdelse af en samarbejdskontrakt.

Konflikthåndtering:

Personalet sendes løbende på kursus i at mestre verbal konflikt håndtering.

Vi vil søge midler til en aktivitetsvogn indeholdende følgende:

DVD film, musik CD, MusiCure, bøger til højtlesning, en lille transistorradio til lån for patienterne m.m.

Fastholdelses teknik:

- Kontinuerlig undervisning for hele personalegruppen i psykofysisk træning.

Fastholdelse af de opnåede resultater:

- Fortsætte med tvang som fast punkt på personalemødet hver måned.

Diagrammer og tabeller

Diagrammer fra Epi-data.

Grundet nogle tekniske problemer har det ikke været muligt at opdatere vores grafer for juni måned.

Antal fikseringer med bælte på Afsnit P76/77

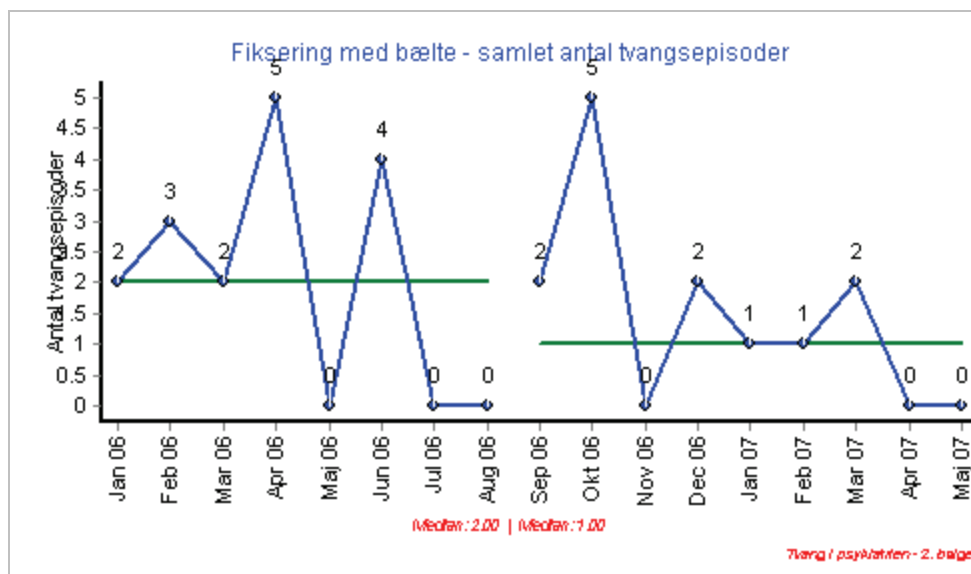


Diagram 11_01.

Ovenstående diagram (11_01) viser antallet af vores bæltefikseringer siden januar 2006 til maj 2007. Diagrammet viser med tydelighed, at antallet af fikseringer er faldet kraftigt i projektperioden.

Antal timer i bælte på Afsnit P76/77

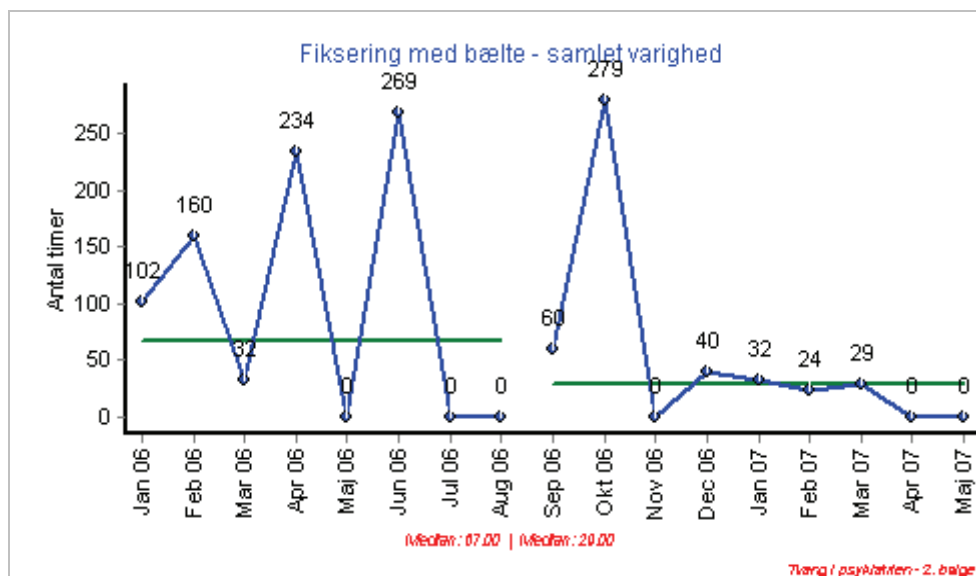
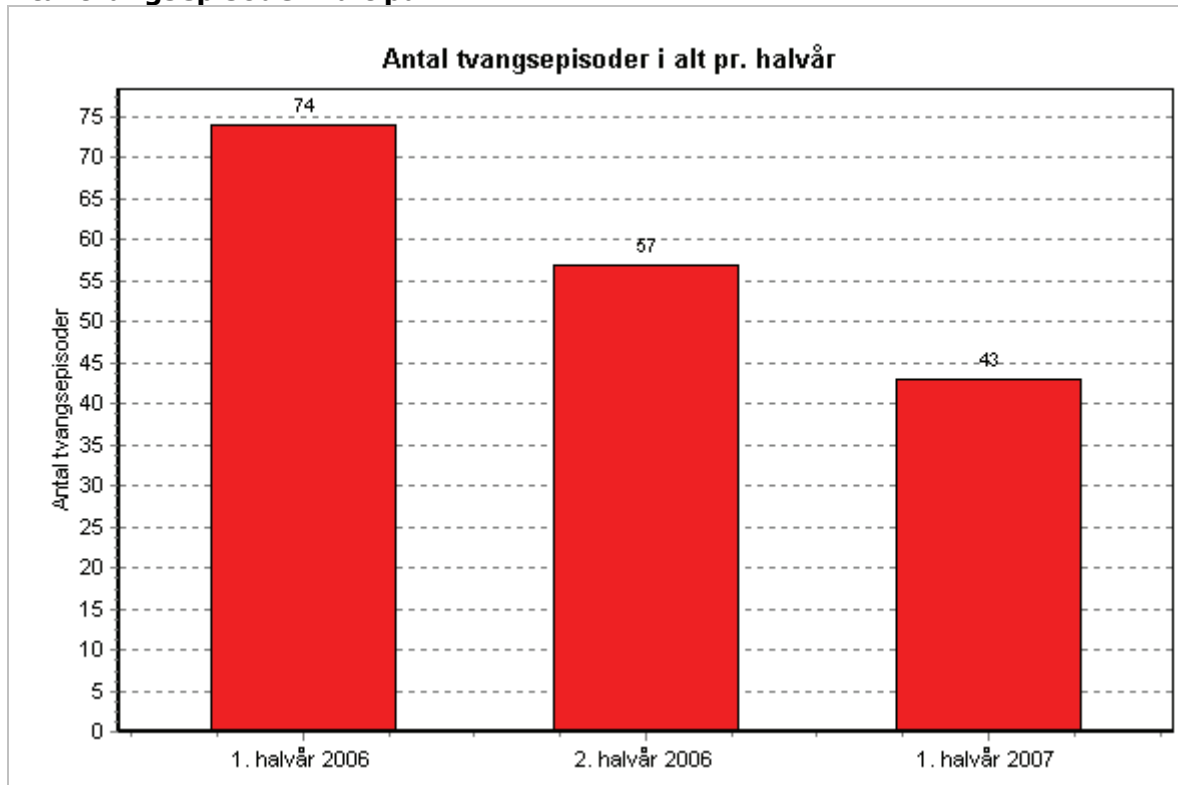


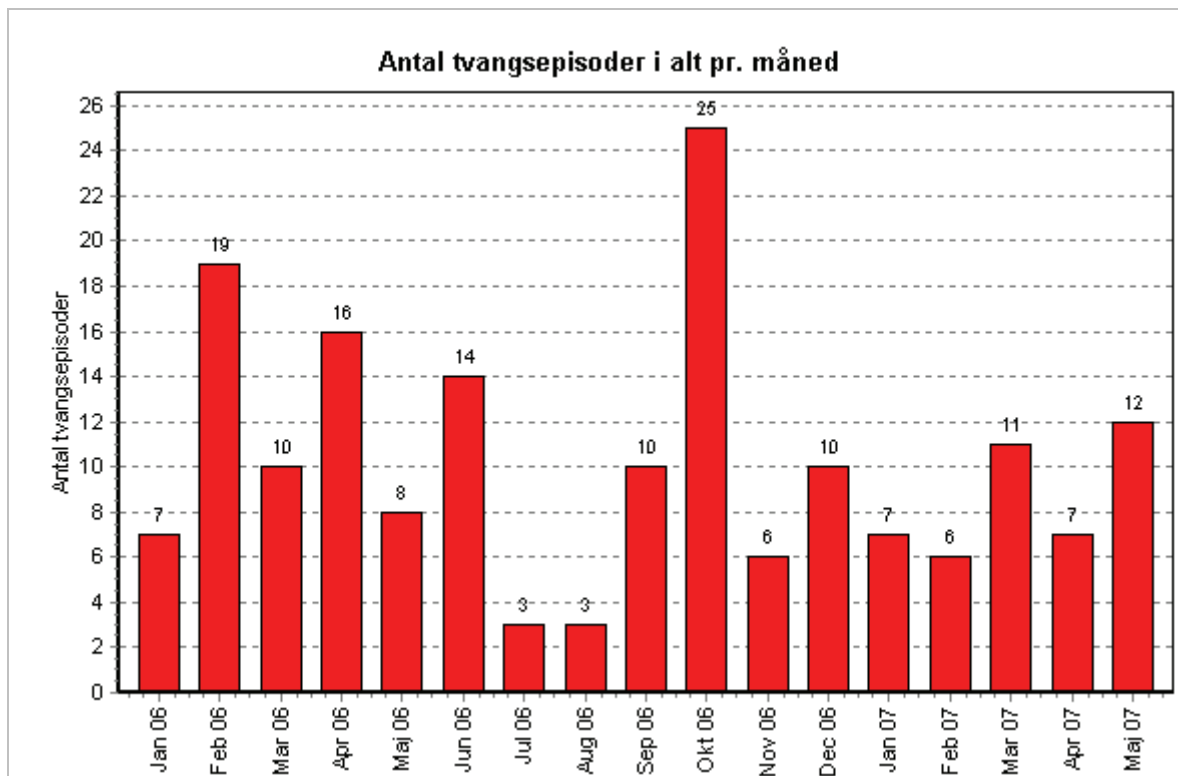
Diagram 11_03.

Dette diagram(11_03) viser med tydelighed at liggetiden for vores bæltefikserede patienter er nedsat fra 67,3 timer til 14,5 timer.

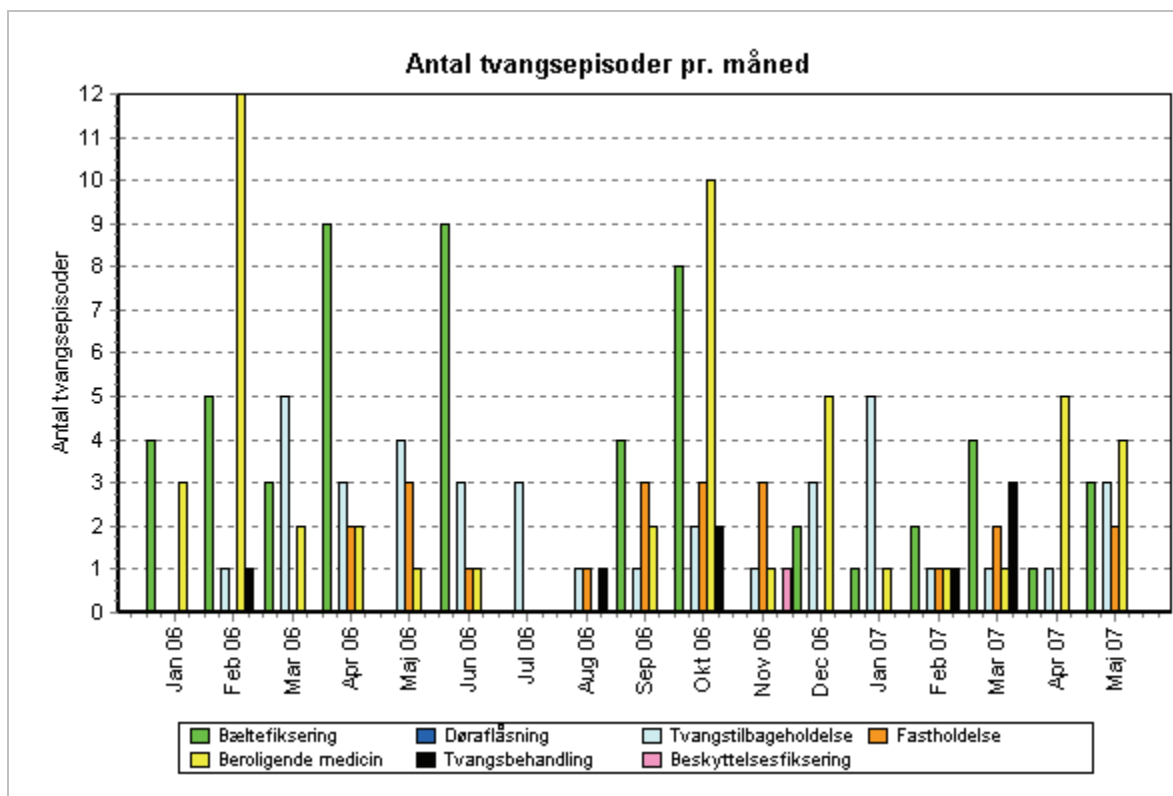
Antal tvangsepisoder i alt på P:



Det ses tydeligt på denne graf at fokuseringen på tvang har mindsket det samlede antal af tvangsepisoder på afd. P



Denne graf understøtter hvad forrige graf viser, netop at antallet af det samlede antal tvangsepisoder på afd. P er faldet kraftigt.



På denne graf er de forskellige former for tvang udspecificeret. Det er tydeligt, at det er alle former for tvang som er faldet i antal og ikke kun tvangsfikseringerne, som vi havde som vores mål. Fokuseringen på tvang har altså givet et generalt fald i alle tvangsformer.

Gennembrudsprojekt

Team Gentofte A-3212



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Team Gentofte A-3212 Psykiatrisk Center Gentofte Niels Andersens Vej 65 2900 Hellerup Tlf: 39773639
Teammedlemmer	Ass. afd.sygeplejerske, Kristine Korsgaardkrkohe01@geh.regionh.dk Sygeplejerske, Camilla Sambleben camsam01@geh.regionh.dk sygeplejerske, Veronica Køhn, verkoe01@geh.regionh.dk Ergoterapeut, Pernille Helweg-Larsen, pehela01@geh.regionh.dk Overlæge, Morten Ekstrøm moek@geh.regionh.dk
Beskrivelse af afsnittet	A-3212 er et intensivt psykiatrisk afsnit normeret til 12 patienter. Vi har 4 enkeltstuer, 4 flersengsstuer samt fælles bad og toilet på gangen. Det er et rygefrit afsnit på nær et rygerum. A-3212 er en uddannelsesplads for læger, sygeplejersker og sosu-assistenten. Der er ansat 4 læger, 6 sygeplejersker, 14 sosu-assistenten, 1 ergoterapeut, 1 fysioterapeut samt 1 psykolog og 1 socialrådgiver på konsulentbasis. Patientgruppen lider hovedsageligt af skizofreni, bipolære sindslidelser, personlighedsforstyrrelser, depression, demens og delirøse tilstande. Vores behandling består af miljøterapi, kognitiv terapi, jeg-styrkende sygepleje, medicin, ergoterapi, fysioterapi, psykologiske samtaler, socialrådgivning.
Resumé af resultater	Team Gentofte A-3212 har arbejdet indenfor "Forebyggelse af tvang", "Tvangsepisoder" samt "Opfølgning på tvangsepisoder". • Medianværdien af antal bæltefikseringer fra baselineperioden er 1 og medianværdien for vores projektperiode er 0,5 dvs. medianværdien er faldet 0,5. • 100 % af fikserede patienter er blevet vurderet "egnet" i forhold til, at aktivitet kunne være gavnligt under fiksering. 50% af de fikserede patienter har haft en aktivitet, som de var med til at vælge selv ud fra aktivitetsvognen. Patienterne har i spørgeskemaet vurderet, at aktiviteten har været meningsfuld og gavnlig. De har scoret maksimal meningsfuldhed og gavnlighed. • Personale og patienter er glade for fælles morgenmad for alle faggrupper og patienter. Flere patienter har givet udtryk for, at det er et godt tiltag, hvor de føler, der er plads til at tale om almindelige hverdagsting. Personalet mener, det er en god måde at starte ugen på og at behandlerrollen hos personalet bliver mindre synlig i dette forum. • 21 % af patienterne er blevet modtaget v.h.a • modtagelsesstandard. Målet er 95 %. • Af de adspurgte patienter har 61,5 % op til 67 % svaret "I høj grad" eller "I nogen grad" til 5 af de 6 spørgsmål i vores patienttilfredshedsundersøgelse. 62 % svarede ved sidste spørgsmål, at de følte sig utrygge ved medpatienter. 25 % af de udskrevne patienter har svaret på patienttilfredshedsundersøgelsen. • Afdelingen er blevet mere fokuseret på at reducere tvangen og personalet har højnet det faglige niveau mht. deeskalering.

Målsætning, resultatmål og procesmål

Vores målsætning var at arbejde med at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang samt, at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang. Vi forventede, at den forbedrede praksis ville medføre en reduktion i anvendelsen af tvang.

Forebyggelse af tvang

Resultatmål 1:

90 % af alle patienter skal svare "I høj grad" eller "I nogen grad" til at have oplevet forudsigelighed og hensyntagen under indlæggelsen på A-3212.

Procesmål 1:

- 1a. Alle patienter får udleveret mappe ved indlæggelse med husorden, pjecer mm.
- 1b. 95 % af alle patienter modtages efter udarbejdet modtagelsesstandard. I sygeplejekardex dokumenterer plejepersonalet på tjeklisten, om modtagelsesstandarder er brugt.
- 1c. Hver mandag deltager patienter og personale i fælles morgenmad med henblik på at styrke relationen mellem patienter og personale.
- 1d. 95 % af alle patienter skal inden udskrivelse, evaluere hele indlæggelsen, herunder om der blev taget individuelle hensyn og om patienten oplevede forudsigelighed.
- 1e. Patienterne bruger stillerummet, når de "kører op", bliver angste eller har brug for at samle tankerne i trygge, hyggelige omgivelser uden for mange stimuli, enten alene eller med et personale.

Formaliseret tvang

Resultatmål 2:

For at forbedre patienttilfredsheden og hermed reducere tvangen skal alle patienter, der er tvangsfikseret eller skærmet på højeste niveau, vurderes i forhold til om aktivitetsvognen er gavnlig. Hvis pt. vurderes egnet til aktivitet, skal aktiviteten fremme at fikseringen eller skærmningsperioden hjælper pt. til at samle tankerne, så fikseringsperioden eller skærmningsperioden bliver forkortet og opleves mindre ubehagelig.

Procesmål 2:

- 2a. Alle patienter, der bliver fikseret eller skærmet, vurderes ved hjælp af afkrydsningsfelt i bæltejournalen, om det er gavnligt at tilbyde aktivitet fra aktivitetsvognen.
- 2b. Efter fiksering/skærmning vurderer patienten, om aktiviteten har været meningsfuld via evalueringsskema.

Opfølgning af tvangsepisoder

Resultatmål 3:

100% af alle bæltefikserede patienter skal have tilbudt en eftersamtale.

Procesmål 3:

- 3a. Alle patienter som har været udsat for fiksering tilbydes en eftersamtale hurtigst muligt, eller senest 3 dage efter bæltefikseringens ophør.

Målinger

Hvordan har vi målt?

Da vi skulle teste modtagelsesstandarden på småskalaniveau, fik personale og patienter et evalueringsskema, hvorpå de skulle vurdere modtagelsen på afdelingen.

Spørgsmålene indeholdt bl.a. følgende: Havde patienterne følt forudsigelighed og individuel hensyntagen? Følte personalet at modtagelsesstandarden var et brugbart redskab?

Vi fik kun positive tilbagemeldinger og derefter blev standarden implementeret. For at kunne registrere om modtagelsesstandarden er blevet brugt ved modtagelsen af hver nyindlagt patient, har vi sideløbende ført tjekliste, som er blevet lagt i kardex. Herefter har vi udregnet procentdelen af patienter, der er modtaget med modtagelsesstandarden. For at måle resultatet af vores fælles morgenmad, har vi udført kvalitative interviews af patienter og personale. Efter en testperiode på et par uger, hvor vi interviewede 5 patienter og størstedelen af personale ved kvalitative interviews, var tiltaget implementeret.

Evaluerings af indlæggelsesforløbet har vi valgt at måle ved hjælp af en tilfredshedsundersøgelse. Vi har optalt de udskrevne patienter fra uge 8 til og med juni. Dette tal har vi sammenlignet med antallet af patienter, der har svaret på skema om tilfredshed med indlæggelsen.

Stillerummets anvendelighed har vi målt via kvalitative interviews. Testperioden er endnu under afvikling, da det er et forholdsvis nyt tiltag, og at rummet i perioder må inddrages til patientstue.

Måling af aktivitetsvognens effekt under fiksering er gjort, ved at vi tilføjede et afkrydsningsfelt i den allerede eksisterende bæltejournal, hvorpå det time for time blev vurderet, hvor vidt patienten kunne have gavn af aktivitet under fiksering. For at kunne vurdere, om patienterne fandt det meningsfyldt og gavnligt at have aktivitet under fiksering, udarbejdede vi et spørgeskema, hvor patienter, der havde haft aktivitet udfyldte et spørgeskema indeholdende en vurdering med skala fra 1 – 10. Her spurgte vi, om hvor vidt aktiviteten var meningsfuld og gavnlig og dermed hjalp dem til at få ro, blive afledt eller blive mere samlet og dermed få forkortet fikseringsperioden. Der er på nuværende tidspunkt kun 3 patienter der har svaret på dette spørgeskema, da undersøgelsen endnu er i opstartsfasen.

Eftersamtale på bæltefiksering ville vi i starten måle vha. et registreringsskema, så vi kunne udregne, antallet af fikserede patienter, der fik tilbudt eftersamtaler, men da den nye psykiatrilov trådte i kraft, gik vi over til at dokumentere eftersamtalerne i sygeplejekardex. Det er blevet en del af vores rutiner, at tjekke kardex dagen efter en fiksering for at se, om der er lavet en eftersamtale.

Hver måned indtaster sekretæren i epidataprogrammet. Det har ikke været muligt, at få vores egen sekretær til at indtaste vores data pga. ressourcemangel og sygdom. Det har i stedet været en sekretær fra en anden afdeling, en studiemedarbejder eller lign.

Resultater

På baggrund af vores walkthrough øvelse erfarede vi, at modtagelsen af nye patienter ikke var standardiseret. Vi ønskede at have fokus på, at patienterne oplever forudsigelighed, tryghed og individuel hensyntagen ved første møde med afdelingen. Vi lavede herefter en modtagelsesstandard hvor det væsentlige i patientens førntidig, nutid og fremtid blev afdækket samt en 24 timers seddel som gav informationer til patienten omkring de næste 24 timer i døgnnet, bl.a. lægesamtaler og samtaler med patientens team. Vi erfarede efter nogle måneder, at 24 timers sedlen ikke blev brugt, pga. at personalet orienterede patienterne mundtligt om det første døgn, hvorfor 24 timers sedlen ikke bruges mere. Modtagelsesstandarden er til dels blevet implementeret. Den bliver brugt ved nogle modtagelser, men der er stadig tilfælde, hvor den ikke bliver brugt. På baggrund af personalets udsagn formoder vi, at modtagelsesstandardens indhold bliver brugt, men at selve papiret og afkrydsningen ikke altid benyttes. Vores mål er at 95% bliver modtaget ved hjælp af modtagelsesstandarden. På nuværende tidspunkt bliver 20,1% modtaget med modtagelsesstandarden. Vi formoder,

at dette også er grundet personaleudskiftning og derfor nyt personale, som endnu ikke er blevet sat ordentligt ind i modtagelsesstandarden. En anden faktor der spiller, kan være manglende ressourcer og ledelse i afdelingen.

Under processen af skrivningen af statusrapporten har vi opdaget en bias i form af, at patienter som er overflyttet fra en åben psykiatrisk afdeling, ikke modtages ved hjælp af vores modtagelsesstandard, da den er rettet imod nyindlagte patienter fra eget hjem. Patienter overflyttet fra åbne afdelinger til vores afdeling, har vi dog registreret som nyindlagte og derfor skævvrides vores resultat.

Vi arbejdede ud fra den forudsætning, at tvangen ville blive reduceret, hvis patienterne oplevede forudsigelighed og individuelle hensynstagen. Vi udarbejdede et spørgeskema "Patienttilfredshedsundersøgelse" som 95 % af alle udskrevne patienterne skulle udfylde. Dette skema indeholder 6 spørgsmål, hvor der spørges ind til hvordan patienterne har oplevet indlæggelsen og om de har følt, at der blev taget individuelle hensyn. Svarmulighederne var "i høj grad", "i nogen grad" og "slet ikke". Målet var, at 90 % af de adspurgte patienter svarede "i høj grad" eller "nogen grad" til de 6 spørgsmål. 25 % af de udskrevne patienter har svaret på spørgeskemaet. Derved er de 95 % ikke opfyldt, men der arbejdes videre med processen. Resultatet af patienttilfredshedsundersøgelsen viser, at 62 % af patienterne følte sig utrygge ved medpatienter. 62 % af patienterne følte, at der er blevet lyttet til dem under indlæggelsen, 67 % følte, at personalet i høj grad tog hensyn til dem og 61,5 % oplevede i høj grad, at personalet overholdte de aftaler, der blev lavet. Herudover følte 63 % at de fik hjælp af personalet, når de følte sig utrygge. Under småskala testperioden opdagede vi, at der var behov for en redigering i skemaet, således at patienterne kunne skrive uddybende kommentarer. Således kunne personalet få et indblik i, hvor der evt. kunne være behov for forandringstiltag. Skemaet har givet os mange gode informationer, bl.a. at patienterne oplevede at personalet befandt sig for meget inde på kontoret. Dette har resulteret i, at personalet er blevet opmærksomme på at være mere ude i miljøet.

Vi ville have fokus på den patientoplevede kvalitet af fiksering samt skærmning, ved at aktivere patienten med meningsfuld aktivitet under bæltefiksering/skærmningen ved vores aktivitetetsvogn. Vi forventede, at udvalgte og for patienten meningsfulde aktiviteter ville reducere længden af bæltefikseringen og højne kvaliteten. Time for time vurderes det, om aktivitet kan være gavnlig for patienten under fiksering. Siden starten af marts kan vi i bæltejournalerne se, at 100% af de fikserede er blevet vurderet "egnet" i forhold til, at aktivitet kunne være gavnligt under fiksering. 50% af de fikserede patienter har haft en aktivitet, som de var med til at vælge selv ud fra aktivitetetsvognen. Her skal tages højde for, at faste vagter muligvis ikke har været i stand til at vurdere, hvor vidt det har været gavnligt med aktivitet, og hvilke aktiviteter, der kunne tilbydes. Dette på trods af oversigtsskema i bæltejournalen samt aktivitetetsvognen. Yderligere skal det understreges, at de patienter, som har haft gavn af aktivitet under fiksering, kun har haft meningsfuld aktivitet få timer af den aktuelle fiksering. Umiddelbart har aktivitet under fiksering ikke haft noget synlig betydning for længden af fikseringen i forhold til baselineperioden, men patienterne har i spørgeskemaet vurderet, at aktiviteten har været meningsfuld og gavnlig. De har scoret maksimal meningsfuldhed og gavnlighed (10 på skala). Ud af de 31 bæltejournaler, som er blevet udfyldt siden februar, fremgår det, at ca. 50% er blevet vurderet til at kunne have gavn af aktivitet. De patienter, som blev vurderet til ikke at have gavn af aktivitet under fiksering, var næsten alle fikseret mindre end 10 timer. De øvrige patienter var fikseret flere døgn og var blevet vurderet til at kunne have gavn af aktivitet i flere perioder under samme fiksering. D.v.s. at der i deres tilfælde er sat kryds i "ja" i bæltejournalen flere gange på en dag. Patienterne er selvfølgelig ikke blevet vurderet i forhold til gavn af aktivitet om natten.

For at forbedre patienttilfredsheden har vi indført fælles morgenmad hver mandag for alle tværfaglige samarbejdspartnere tilknyttet afsnittet samt patienterne. Dette har vi gjort ud fra en forventning om, at det at starte ugen sammen med patienterne i et frit forum, vil hjælpe med at øge trygheden hos patienterne samt bedre relationen mellem

patienter og personale. Fælles morgenmad har været en fast rutine i afdelingen i et halvt års tid og det er med til at skabe en god start på ugen, samt en mere ligeværdig relation mellem patienter og personale.

Eftersamtaler er lovpligtigt, jf. den nye psykiatrilov. Inden dette blev lovpligtigt, var det vores mål, at have eftersamtaler efter bæltefikseringer, og derfor har vi holdt fast i, at det kun er fikseringer vi måler på og ikke anden tvang.

Via eftersamtalerne har vi arbejdet med at få større forståelse for den enkelte patient således, at vi har bedre forudsætninger for at kunne tage individuelle hensyn, samt at hjælpe patienten til at få større forståelse for situationen og hinandens reaktioner. Dvs. patientens og personalets reaktioner. Herudover har vi arbejdet med at give patienten en mulighed for at verbalisere tanker og følelser omkring tvangssituationer.

Til at starte med lavede vi et skema som kun fungerede til eftersamtaler til fikseringer. Dette skema blev løbende redigeret, så det kunne anvendes til al tvang. Ligeledes indeholdte det lovpligtige punkter jf. psykiatriloven. Eftersamtalen noteres i sygeplejekardex og bliver udført i 100 % af tilfældene.

For at få patienterne til at føle, at der bliver taget hensyn til dem, har vi indrettet et rum, hvor det eneste der befinder sig er en madras og sækkepuder. Vi malede og indrettede rummet sammen med patienterne. Patienterne var meget optaget af at lave rummet og deltog engageret. Rummet blev lavet med den forudsætning, at opkørte patienter, kunne have god gavn af at opholde sig i et rum, hvor der var begrænset stimuli, samt at de her ville kunne få ro. Opholdet i rummet, som vi har døbt "stillerummet", kan enten ske alene eller med kontaktpersonen. Stuen er blevet benyttet nogle få gange og er stadig på målestadiet.

Vi har i løbet af 2. bølge af Gennembrudsprojektet højnet vores faglige niveau og kvalitet af tvang. Afdelingen er blevet mere fokuseret på at reducere tvang og på deeskalering. Sideløbende med Gennembrudsprojektet har afdelingen været en del af et voldskommisiorie hvor "Brøset" er blevet indført som scoringsredskab. Dette har været med til, at afdelingen har skærpet opmærksomheden endnu mere på patienter, der er ved at blive aggressive.

Iværksatte forandringstiltag

- Fælles morgenmad.
- Modtagelsesstandard.
- Eftersamtaler.
- Patienttilfredshedsundersøgelse.
- Aktivitetsvogn.
- "Stillerum"

Kommentarer til processen

Vi besluttede efter 1. læringsseminar, at der var behov for et ugentligt teammøde. Dette blev fastlagt til onsdag fra 8-10. På grund af manglende ressourcer, har det ikke været muligt, at vi alle 4 har haft mulighed for at deltage i disse møder. Det har været en forhindring, da der derfor er blevet brugt tid på at informere teammedlemmer om status. Efter 2. læringsseminar så vi det nødvendigt, at bruge 1 dag månedligt til projektet, da vores mål ellers ville blive svære at nå. Denne dag blev aldrig opfyldt, da teamdeltagerne var nødsaget til at være "på gulvet".

Det har været en stressende og forstyrrende faktor, at der har været få ressourcer til projektet i forhold til, hvad der forventes af projektet. Vi har manglet personale og ledelse på afdelingen og det har betydet, at 2 teammedlemmer har måttet træde til som ledelse. Det har været med til at gøre processen kompliceret og det har gjort det svært at nå personalet og få dets interesse. Gennembrudsprojektet har været nødsaget til at blive sat i 2. række og det har forringet implementeringsprocessen.

Vores sekretær blev sygemeldt og vi måtte af den grund få flere udefrakommende sekretærer til at indtaste vores Epidata. Dette har bl.a. medført, at vores data blev indtastet med data fra a-3212's søsterafdeling og at vi selv, har måtte taste en del ind selv.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Udviklingsprocessen har været utrolig givende i projektet. Det, at få tid til at udvikle og kvalitetssikre afdelingens rutiner med det formål at nedbringe og forbedre tvang, har været en øjenåbner for, at vaner og rutiner kan forbedres til fordel for patienter og personale.

Herudover mener vi, at læringsseminarerne har været meget lærerige og har givet tid til fordybelse.

Det sværeste ved projektet har været at nå hele personalegruppen, at informere og holde dem ved ilden dagligt. Vores vision var, at vi dagligt ville give status på projektet ved morgenkonferencerne. Vi delte personalegruppen op i 4 enheder og blev hver især kontaktperson for hver enhed. Vi ophængte opslagstavle på personalekontoret, hvor vi løbende ville sætte månedsrapporter og informere om nye tiltag. Igen har vores ressourcer været utilstrækkelige og disse visioner er kun blevet en realitet i perioder. Vi kan nu konkludere at hullerne har manglet til at fyldestgøre en fremadskridende proces.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Aktivitetsvognen til patienter der er skærmet er et tiltag, som vi stadig gerne vil have indført, men som endnu ikke bliver brugt nok. At benytte skærmningsniveauer er noget afdelingen så småt lige er begyndt på og aktivitetsvognen, er ikke blevet benyttet nok i denne sammenhæng. Aktivitetsvognen er et tiltag, som vil blive prioriteret højt i den kommende tid og forhåbentligt vil skærmningsniveaurnes indførsel hjælpe hertil. Vi mener, at meningsfuld aktivitet er et nøgleord til at mindske og forbedre tvangen.

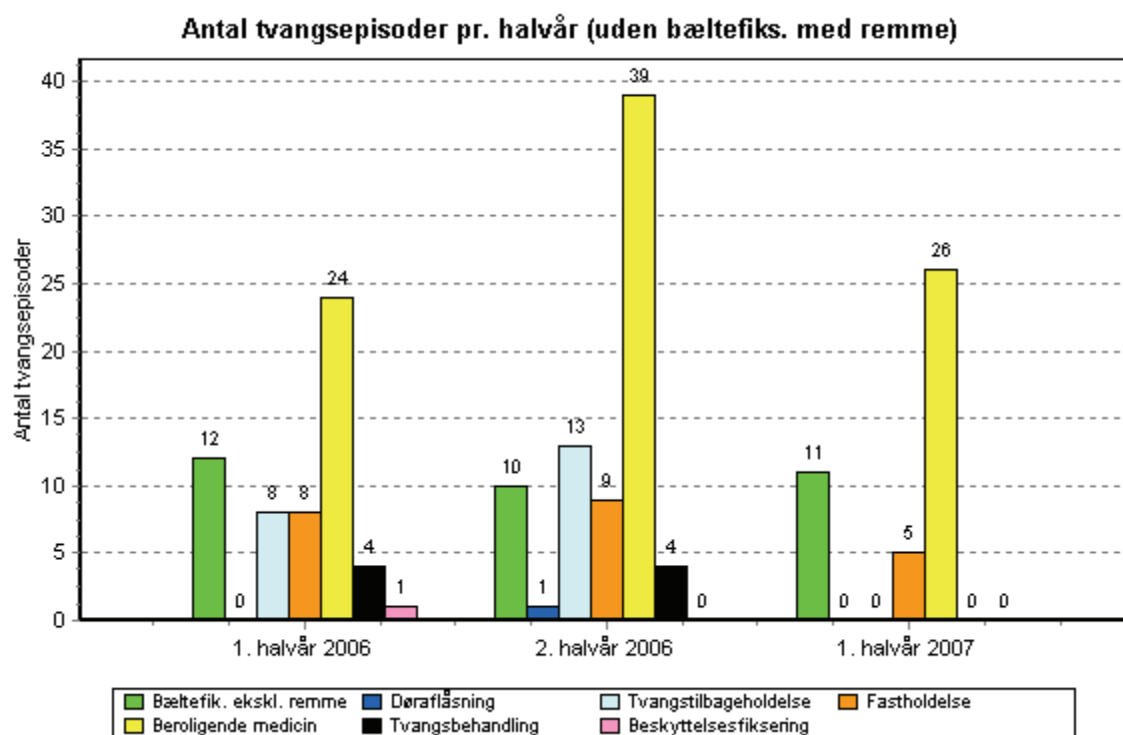
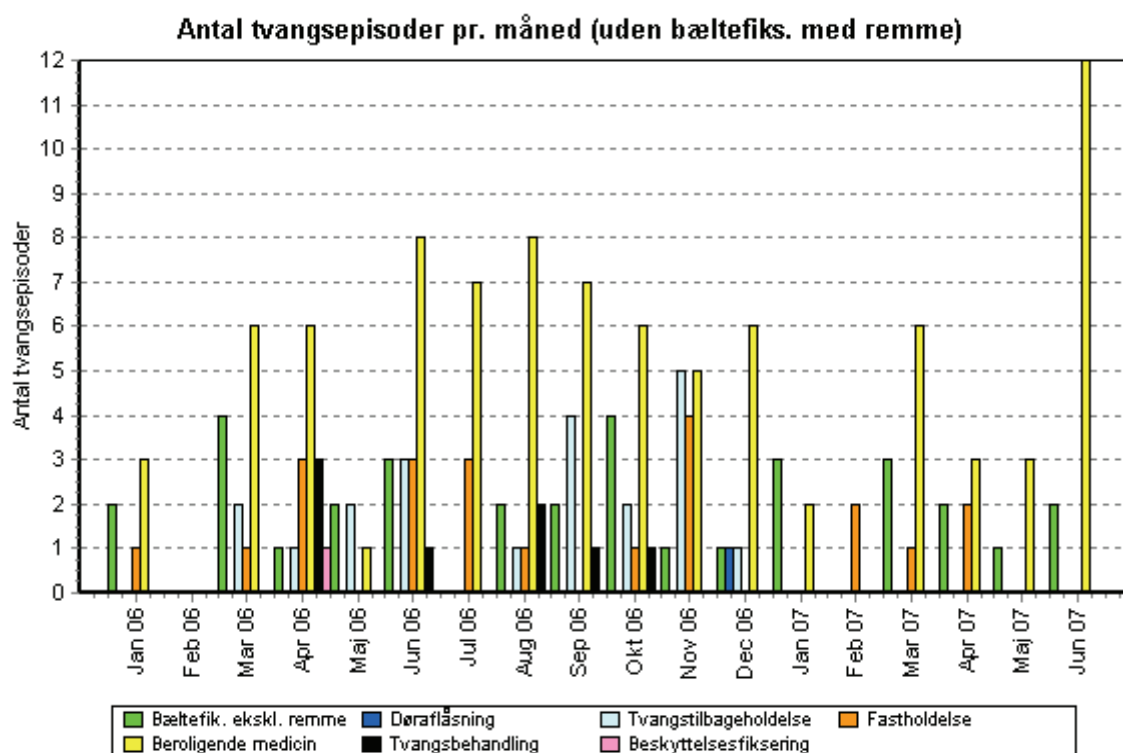
Der vil fortsat blive testet og målt på stillerummet, for at finde ud af, om det er et brugbart redskab til at nedbringe tvangen på afdelingen.

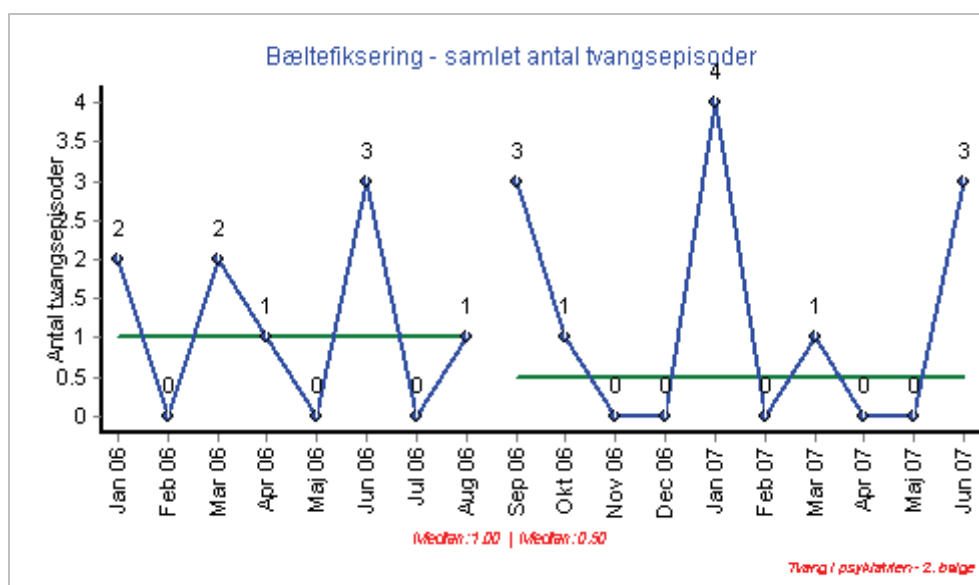
Vi vil herudover begynde at forbedre udleveringen af velkomstmappe til patienter ved indlæggelse og måle på dette.

Ved vores temadag blev der valgt nye teammedlemmer, som blev introduceret til forandringskatalogerne fra 1. og 2. bølge.

Vores deltagelse i Gennembrudsprojektet-2. bølge har medført, at vores afdeling, i en kontinuerlig proces, vil blive ved med at have fokus på kvalitet af tvang.

Diagrammer og tabeller





Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	4	3	0
Antal forløb med tvangsbehandling	4	4	0
Antal dages tvangsbehandling	273	174	0
Gns. antal dages tvangsbehandling pr. patient	68	58	0
Gns. antal dages tvangsbehandling pr. forløb	68	44	0

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	7	13	0
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	8	13	0
Antal dages tvangstilbageholdelse	186	440	0
Gns. antal dages tvangstilbageholdelse pr. patient	27	34	0
Gns. antal dages tvangstilbageholdelse pr. forløb	23	34	0

Døraflåsning	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, som døren har været låst for	0	1	0
Antal forløb med døraflåsning	0	1	0
Antal timers døraflåsning	0	0	0
Gns. antal timers døraflåsning pr. patient	0	0	0
Gns. antal timers døraflåsning pr. forløb	0	0	0

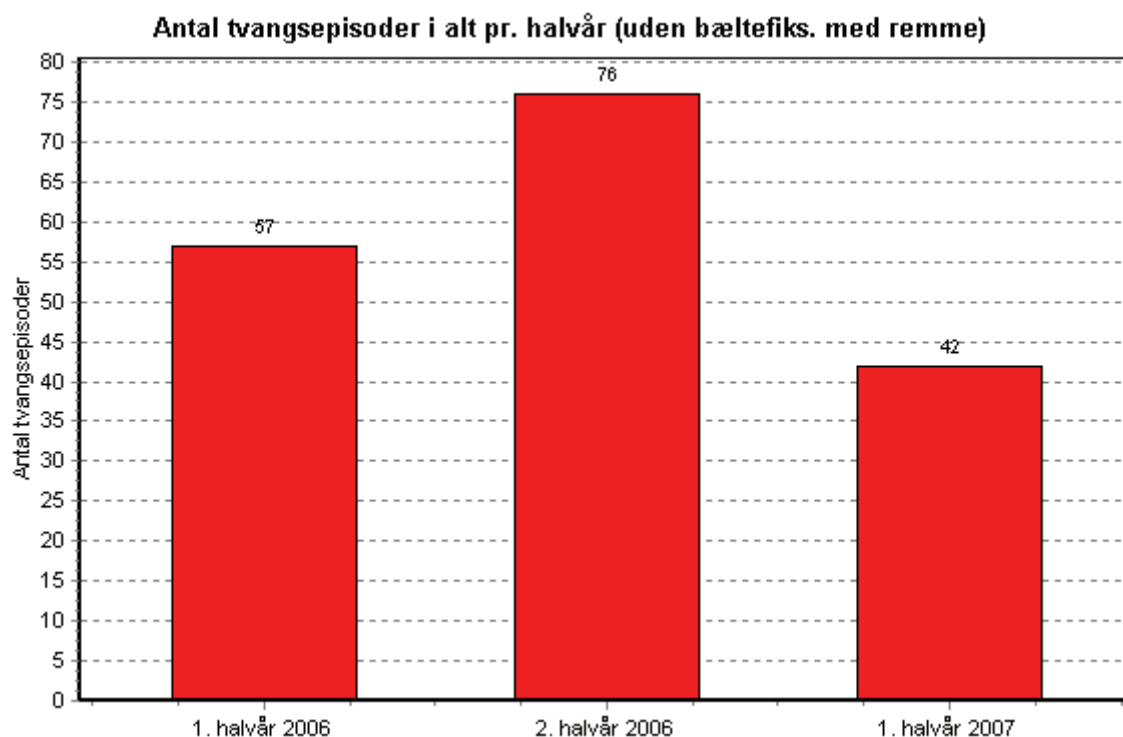
Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	8	8	7
Antal forløb med bæltefiksering	12	10	11
Antal timers bæltefiksering	644	474	422
Gns. antal timers fiksering pr. patient	81	59	60
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	54	47	38

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	8	13	7
Antal ordinationer af beroligende medicin	24	39	26

Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	3	3	4
--	---	---	---

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	7	7	4
Antal fastholdelser	8	9	5
Gns. antal fastholdelser pr. patient	1	1	1

Beskyttelsesfiksering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været beskyttelsesfikseret	1	0	0
Antal beskyttelsesfikseringer	1	0	0
Gns. antal beskyttelsesfikseringer pr. patient	1	0	0



Gennembrudsprojekt

Team Gentofte A-1510



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Team Gentofte A-1510
Teammedlemmer	Sygeplejerske Sasha Reinhardt: SASREI01@geh.regionh.dk Fysioterapeut Elizabeth Mroz, Overlæge Mik Adersen, Ergoterapeut Lars Clemen Lorck
Beskrivelse af afsnittet	Intensivt lukket psykiatrisk afdelingen. Personalegruppen består af sygeplejersker, social- & sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, der er tilknyttet læger, psykiatere, psykologer, social-rådgivere, klinisk diætist og sygehuspræst. Afdelingen er normeret til 24 fuldtidsstillinger. Uddannelsesfunktion for læger, sygeplejersker, social- & sundhedsassistenter. Normeret til 12 patienter. 12 enkeltstuer hvoraf 10 er med egen håndvask og 2 stuer er med eget bad og toilet. Røgfrit miljø på nær 1 rygerum. Patientgruppen lider hovedsageligt af skizofreni, bipolare sindslidelser, personlighedsforstyrrelser, depression, demens, delirøse tilstande. Specialfunktion for spiseforstyrrelser. Vores behandling består af kognitiv miljøterapi, kognitiv terapi, sygepleje baseret på kontaktpersonsystemet, medicin, ergoterapi, fysioterapi, socialrådgivning.
Resumé af resultater	Team Gentofte A-1510 har arbejdet med implementering af samarbejdsaftale, eftersamtale, husorden, evaluering af konflikthåndtering, pårørendesamarbejde og et trygt og forudsigeligt miljø for patienter og personale. Ved udgangen af projektperioden har vi fået indført følgende; samarbejdsaftale (I projektperioden er der blevet udarbejdet samarbejdsaftaler svarende til 55 % på alle indlagte patienter), revideret husorden, skema til eftersamtale, evalueringsskema til personalet i forhold til konflikthåndtering, gangvagtskema samt fælles morgenmad hver mandag og udvidet besøgstid. Desforuden har vi afholdt en temadag for hele afdelingen, hvor vi har arbejdet med gennembrudsprojektet. Vi vil fremover fortsætte arbejdet med implementering og fastholdelse af ovenstående.

Målsætning, resultatmål og procesmål

Vores lokale målsætning:

Afsnit A-1510 vil i projektperioden arbejde med forebyggelse af en potentiel tvangssituation inden den når ud i en tvang. Vi forventer, at den forbedrede praksis vil medføre en reduktion i anvendelsen af tvang.

Vi vil især have fokus på den patientoplevede kvalitet af tvang.

Vi ønsker, at udvikle praksis så miljøet på A-1510 opleves forudsigeligt og trygt for patienterne.

Vores lokale resultatmål:

Resultatmål 1:

85 % af alle nyindlagte patienter får udarbejdet en samarbejdsaftale inden for de første 48 timer.

Resultatmål 2:

Alle patienter (85 %) der oplever tvang kan svare "ja" til at personalets brug af tvang foregik på en ordentlig måde.

Resultatmål 3:

75 % af alle indlagte patienter kan svare "ja" til at der er skabt et forudsigeligt miljø under indlæggelse.

Vores lokale procesmål:

Procesmål 1A: Alle patienter(95 %) der indlægges på afsnit A-1510 får udarbejdet en samarbejdsaftale med et personale.	Procesmål 1B: At personalet (95 %) oplever at samarbejdsaftalen er relevant og brugbar.
Procesmål 2A: Alle patienter (100 %) der under indlæggelse oplever tvang (alle former for tvang) tilbydes en eftersamtale.	Procesmål 2B: At personalet (95 %) oplever et højt fagligt niveau ved konflikthåndtering.
Procesmål 3A: At alle patienter (100 %) inden 48 timer efter indlæggelse bliver informeret om husorden på afdelingen.	Procesmål 3B: At patienterne (100 %) deltager i afdelingens faste aktiviteter herunder fælles mandagsmorgenmad og fælles fredagskaffebord samt det daglige morgenmøde.

Målinger

I projektperioden har vi målt på udførelsen af vores iværksatte forandringstiltag. Vi har uddelegeret ansvaret, hvor de impliceret i projektgruppen har udført løbende målinger fra uge til uge.

Vi har til formålet haft en målebog, hvori vi har nedfældet vores ugentlige målinger.

Der er planlagt og udført målinger på eftersamtaler, den oplevede kvalitet af konflikthåndtering, information om husorden samt udlevering af pårørendefolder, udarbejdelse af samarbejdsaftaler og benyttelse og afkrydsning af checklister. Derudover om patienten i forbindelse med udskrivelse har udfyldt evalueringsskema.

I projektperioden har vi målt på udførelsen af vores samarbejdsaftaler. Ugentligt har vi talt, hvor mange samarbejdsaftaler der er blevet lavet med patienterne.

I direkte forbindelse med vores lokale resultatmål har vi lavet målinger som nedenfor beskrevet.

Målinger i forhold til lokale resultatmål:

R1:

Ugentlige optællinger af alle kardeks med henblik på at undersøge og dokumenterer R1. Lars & Elizabeth er ansvarlige for optælling af kardeks og dokumentering i vores målebog.

Resultaterne skal offentliggøres i hele personalegruppen.

R2:

I eftersamtalen indbygges et spørgsmål omhandlende den patientoplevede kvalitet af tvang.

Sasha er ansvarlig for måling og dokumentation.

Resultaterne skal offentliggøres i hele personalegruppen.

R3

I forbindelse med udskrivelse eller overflytning evalueres miljøet i forhold til tryghed & forudsigelighed ved hjælp af spørgeskema.

Sasha er ansvarlig for måling og dokumentation.

Resultaterne skal offentliggøres i hele personalegruppen.

Undervejs i processen har vi erfaret, at det har været nødvendigt, at udarbejde en checkliste for at kunne måle på, i hvilket omfang vores tiltag bliver udført. Der er således kommet flere og flere målinger til, hvilket har kompliceret processen. Set i bakspejlet kunne det have været hensigtsmæssigt, at udvikle et mere forenklet måleapparat, da det let kan blive uoverskueligt.

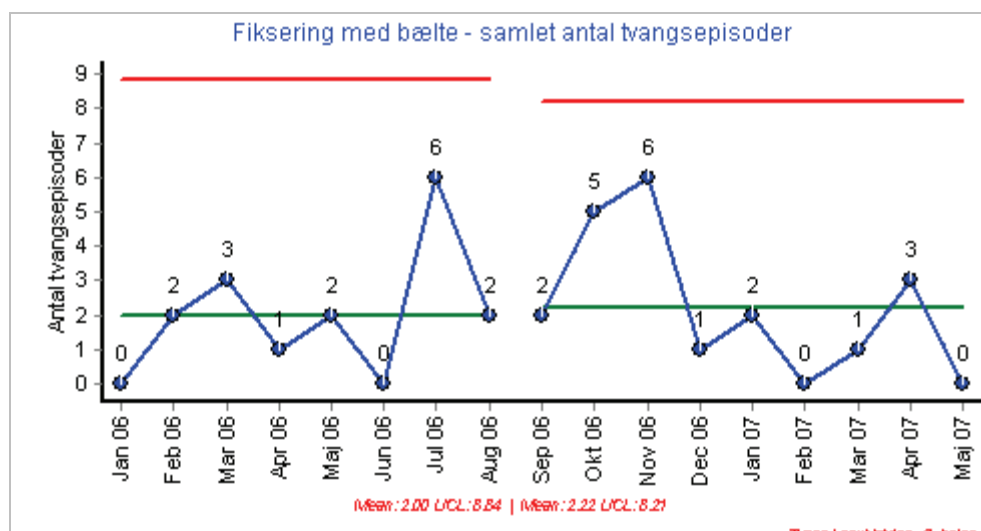
Resultater

Indledningsvis til dette afsnit vil vi, forholde os kritisk til vores lokale resultatmål og procesmål. Set i bakspejlet kunne vi have formuleret procesmålene, så den direkte sammenhæng til resultatmålene fremgår tydeligere.

Som det fremgår i forrige afsnit, ser vi ligeledes en svaghed i forhold til de enkelte målinger af vores proces- og resultatmål. Årsagen hertil er, at vores måleapparat er for svagt, og er blevet udarbejdet ad-hoc og for sent i forløbet. En anden variabel kunne være, at gennembrudsgruppen ikke har været gode nok til, at informere og motivere resten af personalegruppen til at foretage målinger. Det vil sige, at vi helt konkret ikke har særlig mange målinger og vi må derfor konkludere, at vi ikke kan udlede de store resultater og konklusioner heraf.

Vi har valgt, at opdele vores resultater i faktuelle og konkrete resultater samt de mere bløde resultater. De faktuelle resultater er direkte udledninger af diagrammer og tabeller jvf. afsnit herom.

Ud fra diagrammerne omhandlende tvangsepisoder kan vi se, at tvangen er faldet med enkelte udslag over en periode fra oktober til maj. Jvf. nedenstående run-diagram.



Figur 1

Årsagen hertil så vi gerne, som et resultat af de implementerede tiltag, specielt samarbejdsaftalen.

Vi må dog konstatere, at vi ikke har de nødvendige målinger til at underbygge dette postulat.

Bevæger vi os over i de mere bløde resultater, kan vi konstatere at samarbejdsaftalen, som nu er indført på hele Psykiatrisk Center Gentofte og i forbindelse med BVC (Brøset), opleves meget positiv af såvel personale som patienter.

Vi har fået masser af positiv feedback fra personale og patienter. Vi mener os derfor i stand til, at kunne postulere, at samarbejdsaftalen åbner op for "den svære samtale" om potentiel voldelig adfærd og dermed virker forebyggende.

Højdepunktet i projektperioden var Temadagen i marts, hvor hele afdelingen arbejdede med gennembrudsprojektet. Udover de forandringstiltag vi fik produceret på temadagen, oplevede vi at afdelingen efterfølgende fik et fælles projekt, og fik fornyet energi til at arbejde fagligt, kreativt og eksperimenterende i forhold til at nedsætte tvang.

Afslutningsvis må vi konstatere, at det er processen som har været det mest frugtbare resultat. I kraft af gennembrudsprojektet har afdelingen som helhed fået fokus på, at arbejde kvalitetsfremmende og denne nye "kultur" er blevet en del af dagligdagen. Der er således fremover afsat tid til, at gennembrudsgruppen kan fortsætte sit kvalitetsfremmende og tvangsforebyggende arbejde.

Iværksatte forandringstiltag

indført samarbejdsaftale, som er en del af praksis

Baggrunden for udarbejdelsen af samarbejdsaftalen var en hypotese om, at personalet kunne få et arbejdsredskab, der kunne lette tilgangen til den tiltagende urolige patient. Vores hypotese er, at personalet gemmer sig på kontoret, når de kan mærke at den potentielt farlige patient bliver mere opkørt.

Ved hjælp af samarbejdsaftalen får personale og patient tidligt i forløbet en mulighed for, at snakke om det, der er svært at snakke om – "den voldeligt udadreagerende adfærd". Evt. tidligere voldelig adfærd og man får udarbejdet en aftale om, hvornår der skal reageres på den uhensigtsmæssige adfærd.

Samarbejdsaftalen indeholder punkter, hvor patienten kan komme med forslag til hvad, der virker, når patienten har det tiltagende dårligt og hvad, der trigger patienten yderligere. Det helt afgørende er, at vi aftaler med patienten, hvornår vi skal reagerer på vedkommendes adfærd. Det er netop her samarbejdet opstår.

Indført spørgeskema til vurdering af konflikthåndtering (i personalegruppen)
Baggrunden for udarbejdelsen af ovenstående spørgeskema, er et ønske om, at kunne vurdere og højne kvaliteten af tvang. Men idet vi i lange perioder ikke har særlig meget tvang (skema 3) har vi valgt, at gå et skridt tilbage og fokusere på konflikthåndteringen. Vi har yderligere en hypotese om, at en optimering af håndteringen af konflikter, vil virke forebyggende på den formaliserede tvang.

- **Eftersamtale**

At patienten får mulighed for, at sætte ord på de følelser og oplevelser, patienten har haft i forbindelse med den tvang, patienten har været udsat for.

At forbedre kvaliteten af tvang.

At minimere behovet for anvendelse af tvang.

Læring for personale. Hvad gør vi godt? Hvad kan vi gøre anderledes?

Baggrunden for udarbejdelsen af eftersamtalskemaet er et ligeledes krav fra den nye psykiatrilov. Samtidig ønsker vi via eftersamtalskemaet, at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang. Visse patienter har f.eks. oplevet tvangssituationer, hvor de efterfølgende har været i tvivl om, hvorvidt de har forvoldt skade på personalet eller andre patienter. Derudover har mange patienter behov for, at få bearbejdet tvangsoplevelser,

- **Pårørendefolder**

Vi har udarbejdet en pårørendepjece, hvor hensigten er at styrke samarbejdet mellem afdelingen, patienten og de pårørende, fordi de pårørende sidder inde med stor viden om patienten.

Pjecen er blevet udarbejdet, men er endnu ikke blevet endeligt godkendt af centerledelsen.

Udvidet besøgstider fra kl. 13.00-22.00. Desuden har vi i husorden lagt op til større fleksibilitet, idet vi tydeliggør, at man kan lave individuelle aftaler.

Hensigten er, at vi vil gøre det nemmere for patienternes pårørende at komme på besøg.

- **Husorden**

Vi har revideret den gældende husorden, så den afspejler afdelingens kultur og samfundet som helhed, samt indvirker til et forudsigeligt miljø.

Med den nye husorden, ønsker vi nogle klare og tydelige rammer, så afdelingen fremstår som en større helhed. Dermed kan man i højere grad undgå situationer, hvor der bliver lagt for stor vægt på individuelle vurderinger, som kan skabe forvirring og i sidste ende utryghed hos patienterne.

- **Trygt arbejdsmiljø**

Vores hypotese går på, at det er hensigtsmæssigt og forebyggende i forhold til konflikter og evt. tvang, at personalet bruger mere tid sammen med patienterne.

Målet er, at personale og patienter deltager i afdelingens faste aktiviteter herunder fælles mandagsmorgenmad, fælles fredagskaffebord samt det daglige morgenmøde og derved medvirker til et trygt og forudsigeligt miljø.

Fælles mandagsmorgenmad er for alle patienter samt alt det personale der indgår i afdelingen. Der bestilles morgenbrød fra en bager, som leveres på afdelingen.

Dette er for, at gøre det så nemt for alle. Det er nattevagternes opgave, at arrangere morgenbordet. Tanken med dette tiltag er, at patienterne skal møde op og være en del af et rart fællesskab. Morgenmaden spises på afdelingen kombineret med at morgenmødet afholdes.

Et yderligere tiltag som vi forsøger at implementere, er et gangvagtskema. Målet er på sigt, at skemaet bliver unødvendigt i det personalet selv skal søge ud i miljøet og være tilgængelig for patienterne. På kort sigt, er skemaet et hjælpemiddel til systematisk, at planlægge dagen med gangvagter.

Kommentarer til processen

Indledende til dette afsnit vil vi kort redegøre for opstartsfasen, og hvordan vi blev etableret som gruppe i gennembrudsprojektet. Efterfølgende vil vi gå mere i dybden med kommentar til processen.

Kort før 1.læringsseminar blev gruppen lidt pludseligt nedsat bestående af to personer. Sygeplejerske Sasha Reinhardt og Ergoterapeut Lars Clemen Lorck.

Vi tog af sted på første læringsseminar, uden at være forberedt på hvad gennembrudsprojektet egentlig indebar. Dette oplevede vi som meget problematisk, da vi allerede på første læringsseminar skulle vælge forandringstiltag, som ville påvirke hele afdelingen. Vi følte ikke vi alene, kunne tage ansvar for valg af forandringstiltag for en hel afdeling. Det skal ydermere tilføjes, at vores afdeling på daværende tidspunkt var meget uorganiseret og personalet var arbejdsmæssigt presset og træt. I denne periode dvs. oktober og november 2006 ses ligeledes høje tvangstal jvf. "antal tvangsepisoder i alt pr. mdr." (side 9).

Vi valgte derfor på først læringsseminar, at gå roligt og varsomt frem med kun et forandringstiltag.

Efter første læringsseminar brugte vi meget tid på at skabe rum til projektet. Vi oplevede en stor modvilje mod projektet i personalegruppen, og følte, at vi skulle retfærdiggøre vores deltagelse i projektet, hvilket besværliggjorde at engagere yderligere medlemmer til gruppen. Til sidst lykkes det at skaffe yderligere to medlemmer til gruppen. Overlæge Mik Adersen og Fysioterapeut Elizabeth Mroz.

På andet læringsseminar søgte vi, og fik fra Centerledelsen godkendt 2 timer ugentlig til projektet samt en hel dag ugentlig afsat til tovholder. Dette gjorde, at projektet tog den egentlige form.

Som start færdiggjorde vi samarbejdsaftalen, og påbegyndte planlægningen af en temadag for hele afdelingen. Denne temadag blev startskuddet for hele afdelingens deltagelse og engagement i projektet.

Temadagen blev planlagt som gruppearbejde, hvor hver gruppe udarbejdede forandringstiltag indenfor følgende kategorier: Eftersamtale, Pårørendesamarbejde, Husorden og Trygt arbejdsmiljø.

Sammenfattende kan vi sige, at det var epokegørende, at vi fik den fornødne tid til projektet. Desuden var det positivt, at der var en repræsentant fra ledelsen samt at gruppen bestod af tværfagligt personale. Måske havde det været en god ide, at der havde været en SOSU repræsentant med i projektgruppen idet det er en repræsentativ gruppe i afdelingen & idet vi har en fornemmelse af, at formidlingen sker nemmest inden for egen faggruppe.

Samtidig oplevede vi, at overlægens ord har større betydning og gennemslagskraft i personalegruppen, når der eksempelvis skal laves samarbejdsaftaler med patienterne. Afslutningsvis og som kommentar til processen kom vi sent i gang, og har ikke på nuværende tidspunkt så mange konkrete målingsresultater, men vi oplever, at vi via projektet har styrket fagligheden og samlet personalegruppen omkring et fælles fagligt projekt. Herudover har vi skabt en udviklende ånd i afdelingen til gode for både patienter og personale.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Vi oplever, at gennembrudsmetoden er meget nemt tilgængelig og praksisnær, hvilket gør at det er nemt at komme i gang med forandringstiltag. Det kræver ikke en længere planlægningsfase inden man kan påbegynde et tiltag, hvilket er godt på en travl og omskiftelig afdeling.

Vores erfaringer med PDSA testene er, at de er gode til at komme i gang med og til at bruge i den reflektive proces. Vi har primært benyttet os af PDSA tests på et mundtligt plan, og i forbindelse med planlægning, iværksættelse og evaluering af forandringstiltag. Vi har ikke udviklet så mange skriftlige PDSA-test. Årsagen hertil er, at vi synes, det har fungeret godt mundtligt og med den trods alt begrænset tid taget i betragtning, har vi valgt at prioritere anderledes.

Vores erfaringer med læringsseminarene har været positive, idet vi har oplevet dem som værende motiverende og igangsættende for nye forandringstiltag. Det har desuden været inspirerende og betryggende med den sparring vi har fået fra de andre grupper/hospitaler og styregruppen.

I forhold til netværksmøder har vi oplevet, at de har været mere intime med fokus på, hvor vi har været i processen, men det har været en planlægningsmæssig stor udfordring og det er derfor kun lykkedes os at deltage i to netværksmøder.

Vores største stressbelastende erfaring med projektet har været de månedlige rapporter. Vi har ind imellem oplevet månedsrapporterne som meningsløse, hvis vi ikke har implementeret nye tiltag og de derfor nærmest bliver en gentagelse af forrige månedsrapport. På en travl afdeling har vi været nød til at prioritere.

Styregruppen har fungeret fint i projektperioden. Den har været nem tilgængelig og behjælpelig med at guide os igennem processen.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Vi ser ikke processen som afsluttet. Tværtimod planlægger vi fortsat, at implementere de iværksatte forandringstiltag. Det være sig primært eftersamtale og pårørendesamarbejde.

Grundet vores meget positive resultater og erfaringer med gennembrudsprojektet har vi besluttet, at omkonvertere tiden vi har brugt på gennembrudsprojektet til fortsat kvalitetsudviklende arbejde på afsnittet.

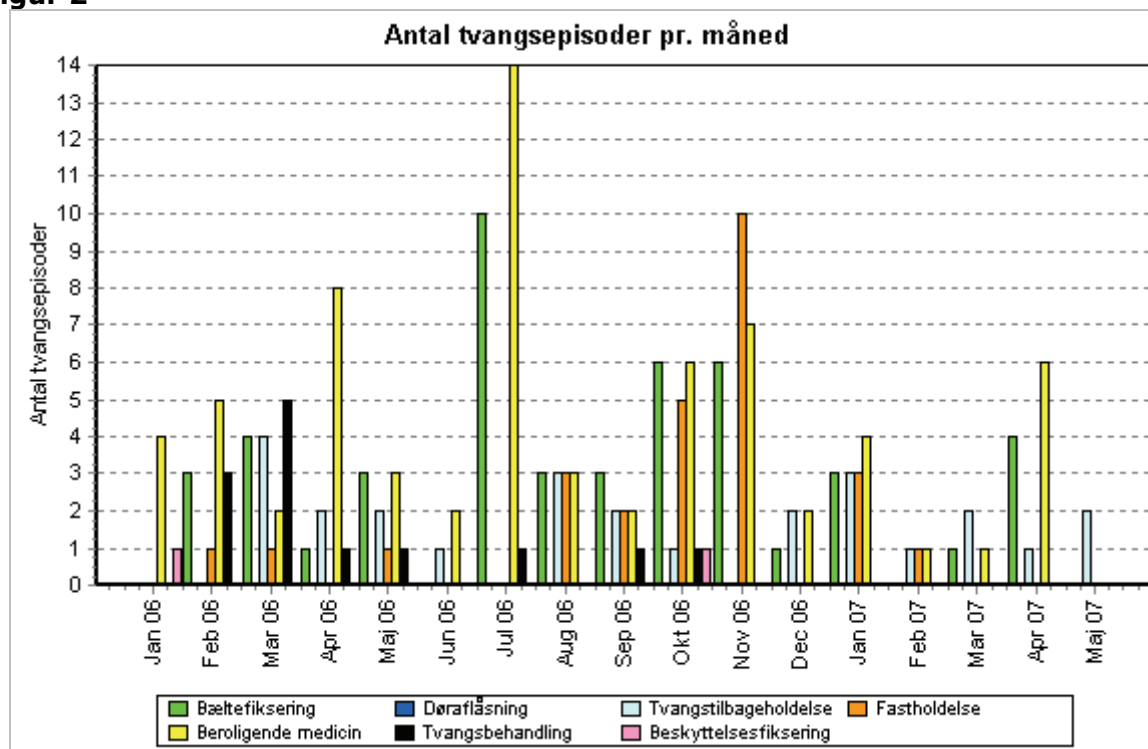
Vi oplever, at det er vigtigt, at der stadigvæk er fokus på kvalitetsudviklende arbejde og fastholdelse af de allerede implementerede tiltag, for ikke at de bliver glemt i dagligdagens travlhed. Derfor vil gennembrudsgruppen fortsat have fokus på at motivere og engagere personalet til at følge den nye implementerede struktur.

Vi vil fortsat lave målinger på de iværksatte tiltag med henblik, at kunne måle effekten af vores arbejde. Vi vil fortsat bruge personalemøder til at følge op informere og motivere resten af personalegruppen.

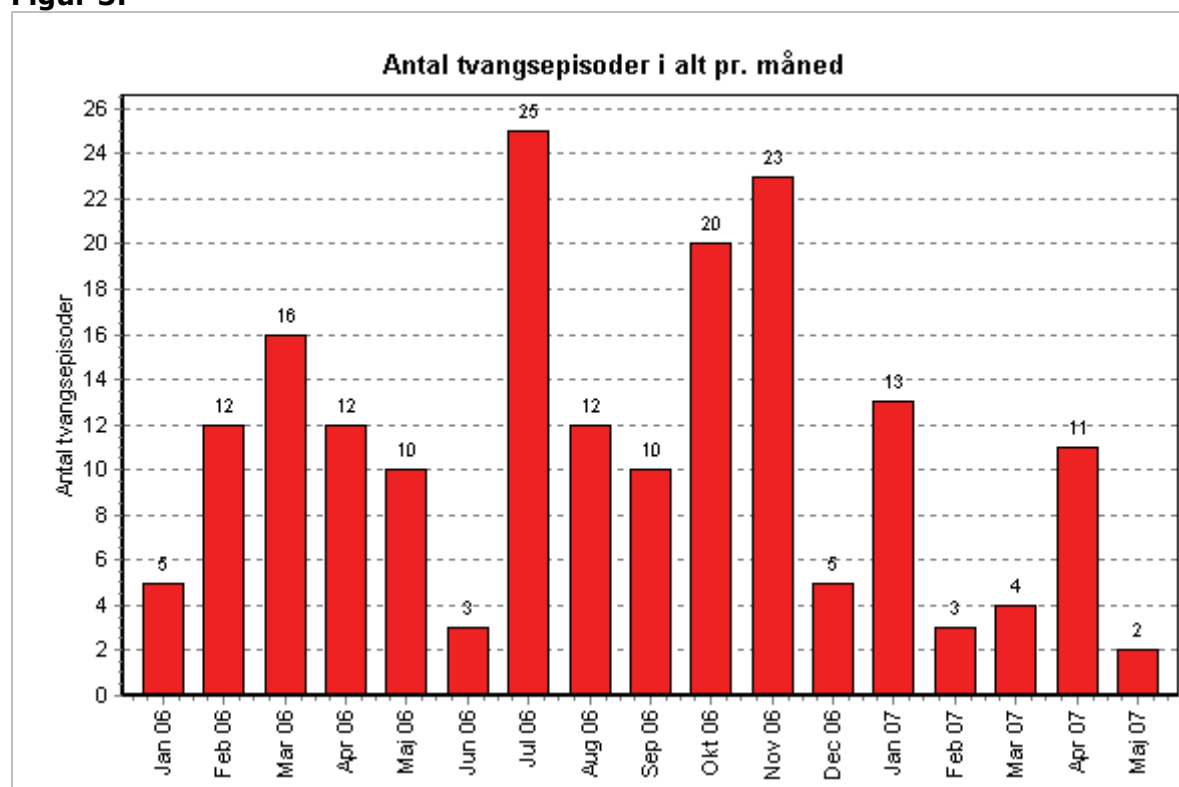
Afslutningsvis ser vi derfor ikke den kvalitetsudviklende proces i forhold til tvang som værende afsluttet men som værende godt i gang.

Diagrammer og tabeller

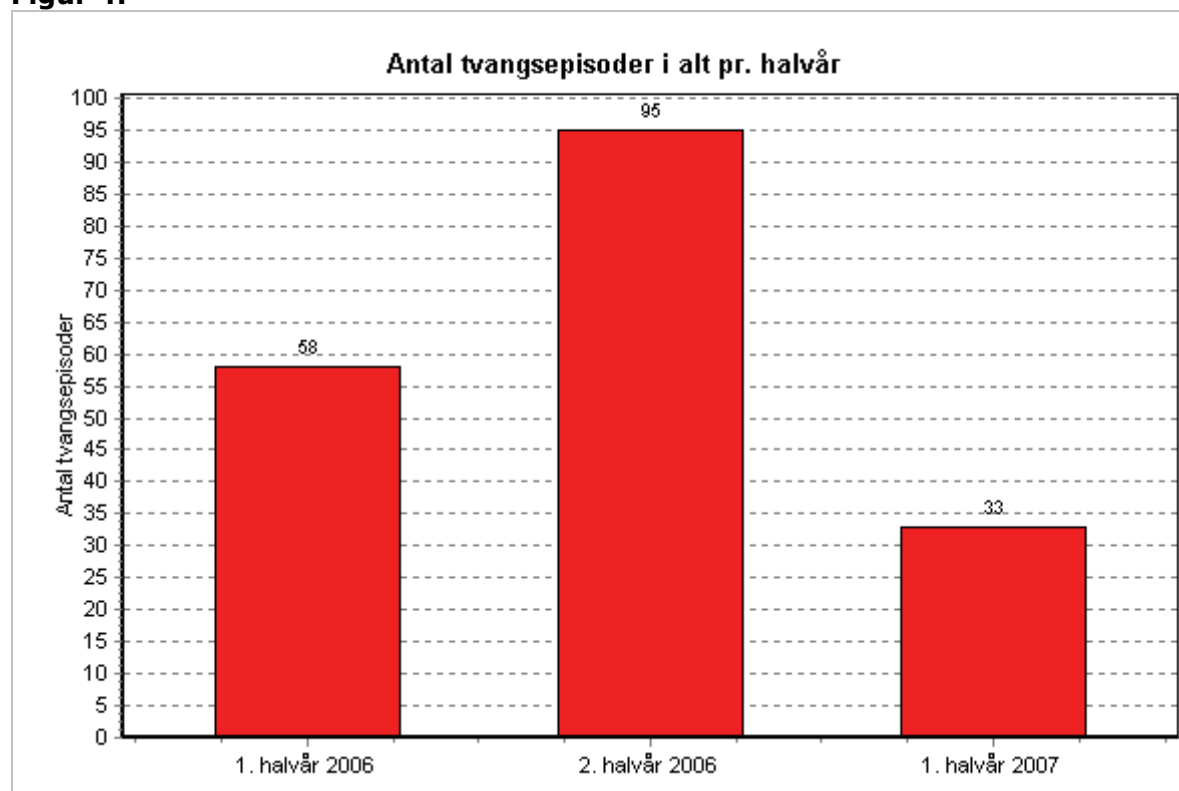
Figur 2



Figur 3:



Figur 4:



Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	5	3	0
Antal forløb med tvangsbehandling	10	3	0
Antal dage tvangsbehandling	303	348	0
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	61	116	0
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	30	116	0

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	9	8	9
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	9	8	9
Antal dage tvangstilbageholdelse	278	216	920
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	31	27	102
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	31	27	102

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	5	13	5
Antal forløb med bæltefiksering	11	29	8
Antal timers bæltefiksering	136	739	86
Gns. antal timers fiksering pr. patient	27	57	17
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	12	25	11

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	14	18	5
Antal ordinationer af beroligende medicin	24	34	12
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	2	2	2

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	3	7	2
Antal fastholdelser	3	20	4
Gns. antal fastholdelser pr. patient	1	3	2

Beskyttelsesfiksering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været beskyttelsesfikseret	1	1	0
Antal beskyttelsesfikseringer	1	1	0
Gns. antal beskyttelsesfikseringer pr. patient	1	1	0

Gennembrudsprojekt

Team Frederiksberg



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Region Hovedstadens Psykiatri Psykiatrisk Center Frederiksberg Afsnit D2øst Ndr. Fasanvej 57-59 2000 Frederiksberg Tlf.nr. 38 16 46 02 / 38 16 46 03
Teammedlemmer	Maj Greifenstein, Afdelingssygeplejerske Dorte Sestoft, Overlæge Klaus Jæger Andersen, assisterende afdelingssygeplejerske Muhammed Al-hlafi, social- og sundhedsassistent Per Kim Jørgensen, Social- og Sundhedsassistent Birgit Langvad Nilsson, Ergoterapeut Trine Varming, Fysioterapeut. Pr. 1. maj 07: John Haleem, Fysioterapeut Maria Tørning, sekretær Anette Lauritsen, Projektkoordinator, Anette.Lauritsen@frh.regionh.dk
Beskrivelse af afsnittet	Præsentation af afsnittet D2øst er et lukket almenpsykiatrisk akut modtageafsnit. Afsnittet er normeret til 12 patienter. Afsnit D2øst modtager kvinder og mænd i aldersgruppen 18-65 år. Optageområdet for Psykiatrisk Afdeling D er Frederiksberg Kommune med 98.000 indbyggere. Patienterne har alle typer psykiatriske lidelser og der indlægges også retslige patienter til behandling og mentalobservation. Afsnittet er tillige stamafdeling for patienter med dobbeltindlæggelse på somatisk afdeling. De fleste patienter er psykotiske og har som følge heraf invaliderende sundhedsproblemer. Indlæggelsestiden varierer fra dage til måneder. Behandling og pleje På afsnittet arbejder vi med individuelle behandlingsplaner og kontaktpersonfunktionen. Vi arbejder ud fra miljøterapeutiske principper med diverse praktiske aktiviteter, ergoterapi, fysioterapi, oprydning, madlavning, tøjvask, personlig hygiejne, hjemmebesøg, gåture, udflugter og socialt samvær. Udgangspunktet for behandlingen er patientens ressourcer. Formålet med behandlingen er, at patienterne gennem struktur, aktivering og støtte, får en mere hensigtsmæssig måde at håndtere hverdagen på.

Resumé af resultater	Vi har arbejdet inden for tre indsatsområder: • Forebyggelse af tvang • Kvaliteten af de nødvendige tvangsepisoder • Opfølgningen på tvangssituationerne. Vi har implementeret følgende: • Alle nyindlagte patienter (100 %) tilbydes aktiviteter af ergoterapeut og fysioterapeut inden for de to første døgn. • Et observationsskema i forbindelse med bæltefiksering, som anvendes 100 % • Alle patienter (100 %), som har været udsat for tvangsforanstaltninger, tilbydes en eftersamtale efter ophørt Tvang. Vi vil arbejde videre med implementering af følgende: • Samtale med patienten om forebyggelse af vold: "Hvordan kan vi hjælpe dig?" • Plejeplan om forebyggelse af vold • Walk - through øvelser
-----------------------------	---

Målsætning, resultatmål og procesmål

Vores målsætning for D2øst

- Vi vil i projektperioden arbejde med at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvangen, samt udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvangen.
- Vi vil arbejde på at patienterne ikke oplever tvangsepisoderne som voldsomme overgreb og vi vil øge patienternes tryghed i tvangssituationerne
- Vi vil arbejde på at opnå en større åbenhed imellem patienter og personale omkring tvang i behandlingen
- Vi ønsker at øge personalets forståelse i forhold til forebyggelse og udførelse af tvang og vi vil øge åbenheden personalet imellem, omkring håndteringen af tvangsepisoderne

Resultatmål

Mål 1 60% af de patienter, som har været frihedsberøvet og/eller tvangsbehandlet, er tilfredse eller meget tilfredse med behandling og pleje ved udskrivningen fra D2øst

Mål 2 Når tvang i henhold til protokol 3 er nødvendig, vurderer personalet at håndteringen af den fysiske magtanvendelse er foregået på en forsvarlig måde, dvs. på et højt fagligt niveau

Procesmål relateret til resultatmål 1

- indenfor 2. indlæggelsesdøgn, kontaktes alle nyindlagte patienter (100 %) af afsnittets ergoterapeut og fysioterapeut, der tilbyder at afdække patientens behov for aktiviteter i indlæggelsesfasen. Tilbudet justeres individuelt, afhængigt af hvad patienten er klar til. De relevante aktivitetstilbud og de aftaler, som indgås med patienten, dokumenteres i journalen.
- Alle patienter (100 %) tilbydes en eftersamtale med kontaktpersonen i forbindelse med ophørt tvang. Om muligt deltager den involverede læge.
- I forhold til alle relevante patienter (100 %), inddrager kontaktpersonen patientens erfaringer med tiltag, aktiviteter og støtte, som kan dæmpe angst og aggressioner. Samtalen og aftalerne med patienten dokumenteres og indarbejdes i patientens plejeplan

Procesmål relateret til resultatmål 2

- Patienter der vurderes farlige eller måske farlige på indlæggelsestidspunktet risikovurderes mindst tre gange dagligt af plejepersonalet ved hjælp af Brøset Violence Checkliste
- Ved alle bæltefikseringer og beskyttelsesfikseringer (100 %) anvendes "observationsskema ved bæltefiksering", med vurdering hver time af plejepersonale/fast vagt og med lægeligt tilsyn mindst 4 gange i døgnet.
- Vi vil gennemføre "Walk-through" øvelser i afsnittet hver anden måned.

Målinger

Herunder beskrives, hvordan vi har målt på resultat - og procesmål

Måling i forhold til Resultatmål 1

Oprindeligt planlagde vi en spørgeskemaundersøgelse, for at måle den patientoplevede kvalitet. Vi har imidlertid fået for få data, trods ihærdig indsats fra teammedlemmerne. Den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse har kørt parallelt med projektet, og vi vil hente data derfra for at få en indikator på udviklingen af patienttilfredsheden.

Måling i forhold til Resultatmål 2

Med henblik på den faglige og organisatoriske kvalitet af tvangen har vi valgt at gennemføre et fokusgruppeinterview med en tværfaglig personalegruppe, som alternativ til en spørgeskemaundersøgelse, som resulterede i en alt for lav svarprocent. Fordelen ved fokusgruppeinterviewet er, at metoden giver mulighed for at få flere

uddybende perspektiver på anvendelsen af tvang end en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse.

Vi gennemførte et fokusgruppeinterview med 8 deltagere af ca. ½ times varighed i slutningen af projektperioden.

I teamet har vi udarbejdet en definition af hvad vi i afsnit D2øst forstår ved et højt fagligt niveau i forbindelse med håndtering af konflikter og tvangsepisoder. Fokusgruppen diskuterede det faglige niveau ved anvendelsen af tvang med udgangspunkt i definitionen og ud fra spørgsmål om, hvad og hvordan vi gør nu og hvad vi kan gøre endnu bedre.

Måling i forhold til procesmål

- Vi har monitoreret tilbudte og afholdte eftersamtaler, samt anvendelsen af observationsskemaer ved bæltefiksering, ved optælling af alle ophørte tvangsforanstaltninger, samt tilbudte og gennemførte samtaler. Fremover vil overvågningen på området ske ved audit på sygeplejefjournalen 2- 3 gange årligt.
- I forhold til tilbudte aktiviteter inden for de første indlæggelsesdøgn til alle nyindlagte patienter, har vi foretaget journalaudit i januar og maj måned på alle indlagte patienters journaler.

Udviklingen af antallet af tvangsepisoder

Vi har månedligt fulgt udviklingen af antallet af tvangsforanstaltninger via grafer og søjlediagrammer fra Epi-data.

Resultater

Herunder præsenteres vores resultater. Først præsenterer og diskuterer vi udviklingen af tvangsanvendelsen på afsnittet. Dernæst præsenteres det tværfaglige personales vurdering af det faglige niveau ved anvendelsen af tvang i afsnittet og til sidst forholder vi os til resultaterne af den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse.

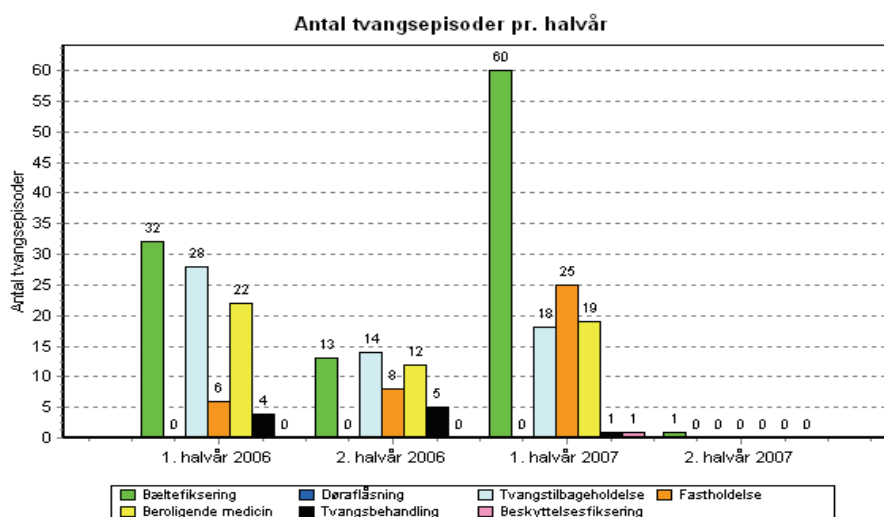
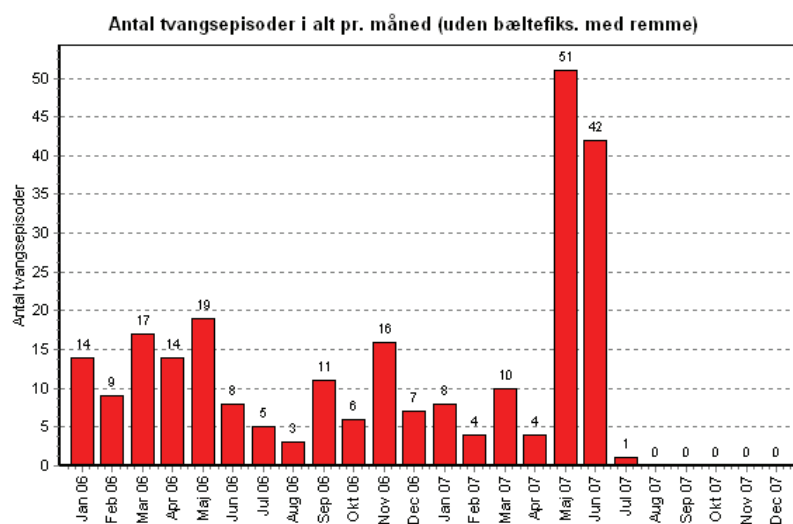
Antallet af tvangsepisoder

Den samlede anvendelse af tvang har været lettere faldende i en stor del af projektperioden. I slutningen af projektperioden, i maj og juni, stiger antallet af bæltefikseringer og fastholdelse markant. Stigningen kan især tilskrives en enkelt patient, en hjerneskadet mand i 40-årsalderen, som er færdigbehandlet, men meget dårlig fungerende. Herudover angår størstedelen af bæltefikseringerne en anden patient, der selv ønsker sig i bælte i kortvarige perioder på grund af stærk selvskadende adfærd. (se diagrammer og tabeller nedenfor)

Mange faktorer spiller sammen, og kan påvirke omfanget af tvangsanvendelsen. Teamet vurderer, at der igennem det sidste år, har indfundet sig en højere grad af ro, stabilitet og kontinuitet i personalegruppen. Gruppen er sammensat af en del personale, som er indstillet på at tale om tvangsanvendelsen og engagere sig i faglige drøftelser om, hvordan det kan gøres bedre. Kulturen i afsnittet har også udviklet sig hen imod en større rummelighed med hensyn til den psykotiske patients tilstand og adfærd, og personalegruppen har tilegnet sig en øget faglig kompetence i håndtering af konflikter. Fokusgruppen vurderer, at denne udvikling har været i gang igennem de sidste 3- 4 år, og udviklingen er forstærket yderligere ved deltagelsen i gennembrudsprojektet.

Deltagerne i fokusgruppen vurderer, at det har haft en selvforstærkende virkning, at vi generelt har fået mere systematisk fokus på forebyggelsen af tvang og øget opmærksomhed på et højt fagligt niveau i anvendelsen af den nødvendige tvang.

En anden faktor, der kan have en indflydelse på omfanget af tvangsanvendelse, er patientsammensætningen. Omkring 30 % af patienterne har i en periode været patienter med retspsykiatriske foranstaltninger, hvilket kan påvirke antallet af tvangstilbageholdelser i nedadgående retning. Dertil har vi en formodning om at Det Opsøgende Psykoseteam og Distriktspsykiatrien bevirker at patienterne indlægges tidligere i sygdomsforløbet, hvilket kan influere på omfanget af tvangsanvendelser.



Tvangsmedicinering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	4	4	1
Antal forløb med tvangsbehandling	4	5	1
Antal dage tvangsbehandling	65	209	13
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	16	52	13
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	16	42	13

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	23	10	14
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	28	14	18
Antal dage tvangstilbageholdelse	606	336	397
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	26	34	28
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	22	24	22

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	10	6	9
Antal forløb med bæltefiksering	21	9	55
Antal timers bæltefiksering	110	150	272
Gns. antal timers fiksering pr. patient	11	25	30
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	5	17	5

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	13	9	8
Antal ordinationer af beroligende medicin	22	12	19
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	2	1	2

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	3	6	4
Antal fastholdelser	6	8	25
Gns. antal fastholdelser pr. patient	2	1	6

Beskyttelsesfiksering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været beskyttelsesfikseret	0	0	1
Antal beskyttelsesfikseringer	0	0	1
Gns. antal beskyttelsesfikseringer pr. patient	0	0	1

Personalets vurdering af det faglige niveau ved anvendelsen af tvang

Det fremgår af fokusgruppeinterviewet, at personalet er enige om, at det faglige niveau i afsnittet er højt i forbindelse med forebyggelse og anvendelse af tvang, samt håndtering af konfliktsituationer.

Deltagerne i fokusgruppen beskriver de vigtigste tiltag i afsnittet som følgende:

- en god modtagelse af patienten i afsnittet, med information tilpasset den enkelte patient og en indlæggelsessamtale, som også giver plads til at patienten bliver hørt og føler sig lyttet til.
- at de forskellige aktivitetstilbud til patienterne ved ergoterapeut og fysioterapeut, generelt giver et roligere miljø i afsnittet, og dæmper patienternes uro og angst
- at vi er gode til at være på forkant med situationerne:
 - Vi taler med patienten om, hvordan vi kan hjælpe patienten med at bevare kontrollen og forebygge udadreagerende adfærd
 - Vi har en øget opmærksomhed på at gribe ind tidligere. Vi taler om, hvad vi kan tilbyde patienterne, for at hindre, at en situation udvikler sig
 - Vi lægger planer for hvordan fremtidige akutte situationer skal håndteres og skriver planen ind i journalen. Patient og personale er velforberedte, hvilket øger trygheden for patienterne og vi har en formodning om, at det, at være på forkant med situationerne bidrager til et bedre arbejdsmiljø for personalet.
- I forhold til selve tvangssituationen har Walk-through øvelserne været medvirkende til at rette vores opmærksomhed mod, hvad der for patienten opleves skånsomt og trygt i en konfliktsituation.
- eftersamtalerne signalerer en større åbenhed om tvangsanvendelse patient og personale imellem.

Patienttilfredshed

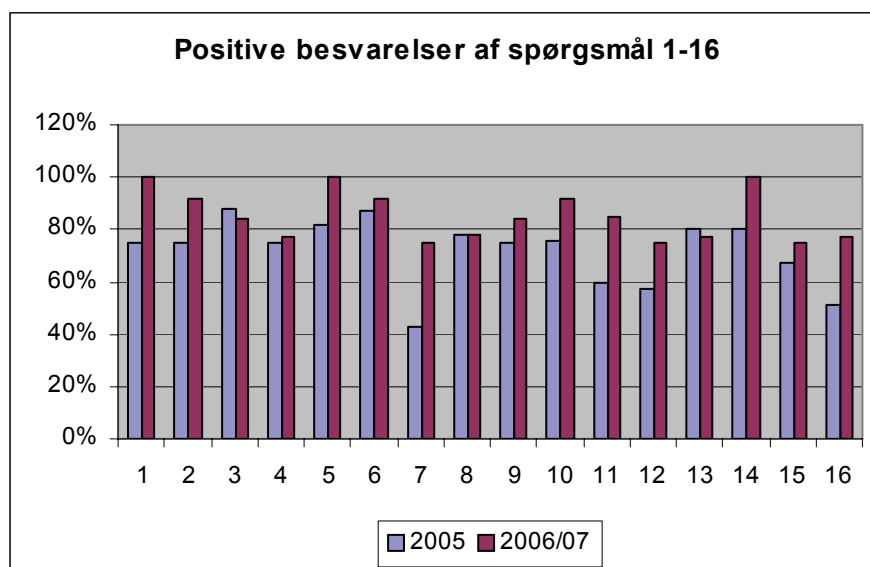
Med hensyn til vurderingen af udviklingen i patienttilfredsheden, har vi et meget lille materiale at konkludere ud fra. Vi har sammenlignet besvarelsene fra den

landsdækkende patientundersøgelse i 2005 med besvarelsene fra 2006/2007-undersøgelsen. Vi har fået svar fra henholdsvis 16 patienter i 2005 og 13 patienter i 2006/2007. Besvarelsesprocenterne, beregnet ud fra forholdet mellem antallet af overflyttet og udskrevne patienter (udtrukket fra vores lokale elektroniske patientregistreringssystem) og de returnerede spørgeskemaer, er henholdsvis 22 % i 2005 og 10 % i 2006/2007. Vi kan derfor ikke karakterisere undersøgelsen som totalundersøgelser. Men vi kan tillade os at anvende undersøgelsens resultater som indikatorer på, om den patientoplevede kvalitet bevæger sig i den rigtige retning. De spørgsmål fra den landsdækkende undersøgelse, hvis besvarelser vi har haft mulighed for at sammenligne fra 2005 og 2006/07, er følgende:

1. Var du tilfreds med den modtagelse du fik på dette sengeafsnit?
2. Kunne du komme i kontakt med plejepersonalet, når du havde behov for det?
3. Var du tilfreds med kontakten med din(e) kontaktpersoner?
4. Var du tilfreds med kontakten til lægen/lægerne?
5. Var der mulighed for, at du kunne tale uforstyrret med personalet på sengeafsnit?
6. Synes du, at personalet viste hensyn og respekt over for dig som menneske?
7. Fik du de informationer om din sygdom og behandling, som du havde brug for?
8. Var du tilfreds med de aktiviteter, du kunne deltage i under indlæggelsen?
9. Var du tilfreds med den indflydelse, du selv havde på din behandling?
10. Når du ser tilbage, synes du så, at du har fået den behandling, som du havde brug for?
11. Oplevede du, at der var en god atmosfære på sengeafsnittet?
12. Var du tilfreds med din kontakt med de andre patienter?
13. Var du tilfreds med de fysiske rammer?
14. Har du fået det bedre af at være indlagt på sengeafsnittet?
15. Har indlæggelsen givet dig øget håb og livsmod i forhold til fremtiden?
16. Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse? Med mulighed for at angive fra 1-5 stjerner.

Ovenstående spørgsmål 1-15 er identisk med det udleverede spørgeskema, mens spørgsmål 16 svarer til spørgsmål 18 i det udleverede spørgeskema.

For at give indikatorerne en mere sikker angivelse af udviklingen i den patientoplevede kvalitet, har vi slået de to Ja-kategorier (*Ja, i høj grad* og *Ja, i nogen grad*) sammen og de to Nej-kategorier (*Nej, kun i mindre grad* og *Nej, slet ikke*) sammen. Med hensyn til besvarelsene på spørgsmål 16, har vi lagt henholdsvis de to positive svar (5 stjerner og 4 stjerner/ enestående og godt) og de to negative svar (2 stjerner og 1 stjerne/dårligt og uacceptabelt) sammen. Herunder ses udviklingen af positive besvarelser.



Den eneste baggrundsuplysning om patienterne, det har været muligt at opgøre er indlæggelsesmåden. I 2005 er 97 % af patienterne på D2øst akut indlagt og i 2006/07 er 100 % af patienterne på D2øst akut indlagt. Akut indlagte patienter er generelt mere utilfredse end planlagt indlagte patienter og derfor er forventningen at patienttilfredsheden på D2øst vil have en relativ høj utilfredshed.

I forhold til at vurdere kvaliteten på afsnittet er den patientoplevede kvalitet en væsentlig indikator. De øvrige aspekter, som indgår i en samlet vurdering af kvaliteten på et hospitalsafsnit er den faglige og organisatoriske kvalitet. På flere områder er der et sammenfald med fremgangen i patienternes oplevede kvalitet og personalets vurdering af den faglige og organisatoriske kvalitet, hvilket kommer til udtryk i det tidligere nævnte fokusgruppeinterview.

På spørgsmål 1: *Var du tilfreds med den modtagelse du fik på dette sengeafsnit ?,* er der i 2006/07 undersøgelsen 100 % positive svar; det vil sige en fremgang på 25 % -point fra 2005. En patient skriver i sine begrundelser for fire stjerner (= godt) i spørgsmål 16: *Jeg har været her fire gange og får altid en positiv modtagelse.*

Fremgangen i patienternes oplevelse af kvaliteten af modtagelsen falder sammen med nogle af de udviklingsaktiviteter, der har været iværksat i projektperioden. Personalet, som deltog i fokusgruppeinterviewet, gav udtryk for, at de har arbejdet med at forbedre patienternes oplevelse af at blive taget godt imod og føle sig velkomne. Personalet har arbejdet med at afpasse informationen til patienten ved modtagelsen, de har forbedret dokumentation af indlæggessamtalen, samt implementeret tilbud om aktiviteter inden for de første to døgn ved ergoterapeut og fysioterapeut til alle nyindlagte patienter. Patienterne svarer meget positivt på, om de kunne komme i kontakt med personalet, når de havde behov herfor (spørgsmål 2), at personalet viste hensyn og respekt (spørgsmål 6), og de svarer 100 % positivt på, om der var mulighed for at tale uforstyrret med personalet (spørgsmål 5). Ligeledes er der en god fremgang på spørgsmålet om en god atmosfære i afsnittet (spørgsmål 11). En patient begrundet sine fire stjerner (spørgsmål 16) således:

pga. personalets forståelse for min situation. Efter gentagne indlæggelser har jeg aldrig følt nogle forbehold overfor mig.

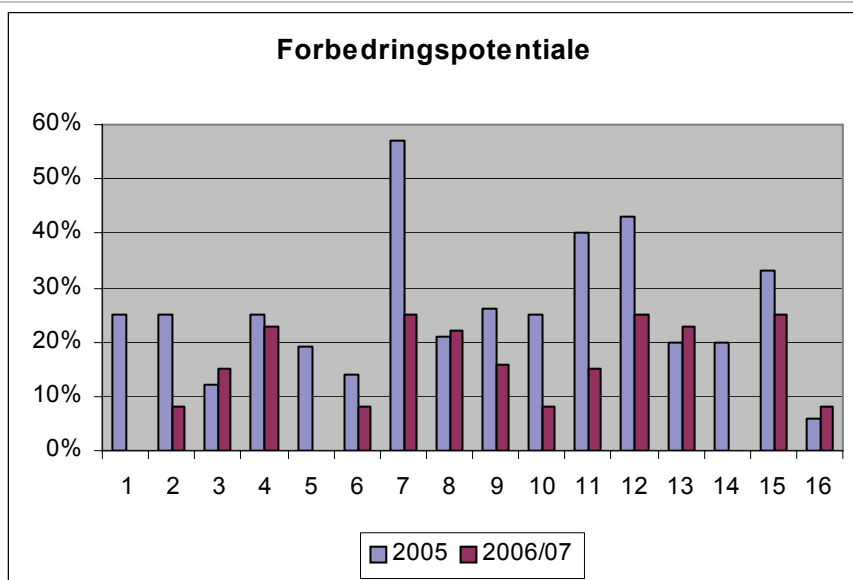
En anden skriver:

meget, meget vigtigt, de lyttede når de havde tid.

I fokusgruppeinterviewet giver personalet udtryk for, at personalegruppen over de sidste par år har udviklet sig i forhold til at have fået en større forståelse og rummelighed med hensyn til den psykotiske patients tilstand og adfærd, hvilket er fundamentalt for forebyggelse af tvang og håndtering af konflikter.

Der er en god fremgang på spørgsmålet om patienten fik de informationer om sygdom og behandling som han/hun havde brug for (spørgsmål 7). På spørgsmålet om patienten synes han/hun har fået den behandling de havde brug for (spørgsmål 10) svarer 92 % positivt, på spørgsmålet om patienten har fået det bedre af at være indlagt (spørgsmål 14) er der 100 % positive svar.

I søjlediagrammet herunder vises det forbedringspotentiale, som de to undersøgelser dokumenterer. Forbedringspotentialet er summen af de to Nej-kategorier. Som det ses af diagrammet er der en markant fremgang i den patientoplevede kvalitet fra 2005 til 2006/2007.



Iværksatte forandringstiltag

Herunder beskrives de forandringstiltag vi har arbejdet med i projektperioden.

Tilbud om aktiviteter inden for de to første indlæggelsesdøgn ved ergoterapeut og fysioterapeut til alle nyindlagte patienter

Ergoterapeut og fysioterapeut kontakter patienterne på første eller anden indlæggelsesdag og tilbyder patienten kreative og fysiske aktiviteter, alt efter hvad patienten er klar til. Disse tilbud var de første, vi fik implementeret i projektet, og de fungerer godt. Der har udelukkende været positive tilbagemeldinger fra patienterne. Patienterne føler sig velkomne, og selvom nogle er for dårlige til at tilkendegive, hvad de gerne vil lave, giver patienterne udtryk for, at de er glade for at blive hørt og få tilbudne. Nogle aktiviteter fungerer som tilbud om beskæftigelse, hvilket modvirker patienternes kedsomhed og signalerer dermed, at vi har interesse i patienterne, som mennesker med behov for udfoldelse. Vi har tillige fået øget fokus på at anvende ergoterapeutens og fysioterapeutens tilbud om individuelle aktiviteter med et terapeutisk sigte for patienter med uro.

Evaluering af virkningen af aktiviteter

Inspireret af andre afsnit i landet, har vi testet brugbarheden af et evalueringsskema i forbindelse med aktiviteter. Testen af skemaet har sammen med personalets erfaringen vist, at det er muligt at dæmpe patienternes angst, uro, rastløshed i forbindelse med aktiviteter.

Risikovurdering (Brøset violence checklist)

Brøset checklisten er en korttids risikovurdering af patientvold, som sygeplejepersonalet har testet i både små- og storskala. Den er forholdsvis enkel at anvende, men vi har ikke fundet den anvendelig, når den står alene som vurderingsinstrument. Vi valgte, at lade den hvile, og har i stedet arbejdet videre med forebyggende samtaler med patienten, som beskrevet nedenfor.

Samtaler mellem patient og kontaktperson om forebyggelse af vold/aggression

Plejepersonalet har testet en forebyggende samtale med patienten, som handler om, hvad personalet kan gøre for at hjælpe patienten med at bevare kontrollen. Det har været lærerigt at erfare, at selvom patienterne er meget dårlige kan de ofte sige noget om, hvad der kan hjælpe dem og hvad der gør en situation værre. Vi besluttede at indarbejde dokumentationen af samtalen i en plejeplan omhandlende forebyggelse af vold, som vi har udarbejdet i den sidste del af projektperioden.

Plejeplan om forebyggelse af vold

I slutningen af projektperioden har vi udarbejdet en fortrykt plejeplan omhandlende forebyggelse af vold. Plejeplanen har både fortrykte dele og plads til at tilføje individuelle

forhold. Plejeplanen sammenfatter en del af de tiltag vi har arbejdet med i projektperioden. Den bygger overvejende på erfaringsbaseret viden, men vi har også inddraget viden fra artikler om undersøgelser på området. Vi har haft plejeplanen med til høring på en temadag om dokumentation, hvor sygeplejepersonale fra hele psykiatrisk afdeling deltog. Vi indarbejdede herefter gode ideer og tilbagemeldinger i den nuværende version af plejeplanen. Næste skridt er nu at teste plejeplanen i større skala og implementere den i de andre åbne og lukkede afsnit i afdelingen.

Walk-through øvelser

Personalet oplever dem som utrolig lærerige. Øvelserne har været med til at rette en øget opmærksomhed mod, hvad der for patienten oplevses skånsomt og trygt i en konflikt – og/eller tvangssituation. Som eksempel kan nævnes:

- hvor vigtigt det er, at man beroliger og forklarer patienten, hvad der sker undervejs
- at man ved hjælp af øjenkontakt kan berolige patienten og får menneskeliggjort hinanden
- at det er vigtigt, at personalet forsøger at få en forståelse af hvad der går forud for en konfliktsituation. I nogle tilfælde kan det medvirke til en deeskalering af situationen.

Observationsskema ved bæltefiksering

Vi har generelt haft få bæltefikseringer i projektperioden, de pludselige stigninger i antallet kan tilskrives to patienter (se diagrammer fra Epi-data). På nuværende tidspunkt er det vanskeligt at konkludere, om der er en sammenhæng mellem den tid patienterne ligger i bælte og anvendelsen af observationsskemaet. Men vi vurderer at kvaliteten af de faglige observationer er steget betydeligt i projektperioden. Der har været en læge tilstede forud for alle de bæltefikseringer, der er foregået i projektperioden.

Eftersamtaler

Alle patienter tilbydes eftersamtaler med deres kontaktperson. Lidt over halvdelen af patienterne ønsker en samtale. Alle Patienterne, som deltager i samtalerne, giver udtryk for, at det er en god idé at afholde samtalerne. Blandt de patienter, som ikke har ønsket en samtale, er der nogle der har begrundet deres afslag med, at de blot ønsker at lægge oplevelsen bag sig. Nogle patienter synes at oplevelserne med tilbageholdelse og bæltefiksering er for tæt på og har ønske om, at der går længere tid inden samtalen tilbydes. Vi har implementeret eftersamtalerne i alle lukkede og åbne afsnit fra december 2006. I tilfælde, hvor patienten overflyttes til åben afdeling, har vi erfaringer for, at patienterne tager imod tilbudet om en eftersamtale med kontaktpersonen på åben afdeling. Vi samler besvarelserne fra eftersamtalerne, således at patienternes tilbagemeldinger kan drøftes ved personalemøder eller lign. i afsnittene.

Andre udviklingsaktiviteter, der har været arbejdet med i afsnit D2øst i projektperioden, som har betydning for patientbehandlingen og tvangsforanstaltninger

Ved siden af gennembrudsprojektet har vi arbejdet på at søge midler til motions-faciliteter, og i juni måned i år blev et nyt motionsrum taget i brug i afsnittet. Vi har derfor fået mulighed for at øge tilbudene om daglig motion til alle patienter. Vi har ligeledes arbejdet med informationen og dokumentationen i forbindelse med modtagelse af patienten. Deltagerne i fokusgruppen vurderer, at vi er gode til at tilpasse informationen i forhold til patientens tilstand. Indlæggelsessamtalen med patienten indeholder bl.a. mulighed for, at patienterne fortæller om deres oplevelse af, hvorfor de er blevet indlagt. Afsnittet har udarbejdet en mappe til patienten, som indeholder informationsmateriale, samt plads til at patienten kan samle udleverede behandlingsplaner, underretning om tvang og lignende. Ifølge fokusgruppen giver patienterne udtryk for, at de føler sig taget godt imod.

Et andet område vi har arbejdet med er samarbejdet med pårørende. Vi har arbejdet med en målsætning om kontakt til pårørende inden for indlæggelsens første døgn. Vi har udarbejdet informationsmateriale til pårørende, som er samlet i en Pårørendemappe og vi har arbejdet med systematiske tilbud om pårørendesamtaler og pårørendeundervisning.

Kommentarer til processen

Deltagelse og engagement

Hele vejen rundt i personalegruppen har projektperioden været præget af et positivt engagement og en åbenhed for at drøfte, hvordan tingene kan gøres bedre. Efter første læringsseminar, besluttede vi at udvide teamet fra fire personer til ni. Vi fik derfor involveret flere i den tværfaglige personalegruppe, hvilket har været godt for projektets gennemførelse, og ligeledes bliver gavnligt for en senere implementering af tiltag i de andre afsnit i afdelingen.

Rammer for projektarbejdet

Teamet har i begyndelsen af projektperioden holdt ugentlige møder, senere to gange månedligt.

I hele projektperioden har vi haft uvurderlig hjælp af afsnittets sekretær til dataindtastning og databearbejdning i Epi-data.

I hele projektperioden har der været tilknyttet en projektsygeplejerske, som har haft til opgave at være tovholder på projektet. Vi vurderer, at projektsygeplejerskens funktion har været en nødvendig forudsætning for projektets gennemførelse. Projektsygeplejersken arbejder ikke i den kliniske praksis, men har haft til opgave at stå for det meste af dokumentationsdelen i projektet: mødeindkaldelse, referater, månedsrapporter med diverse bilag, udarbejdelse og justering af forskellige arbejdsredskaber og skemaer, kontakten til projektsekretariatet, samt kontakten til ledelse og øvrige netværk med henblik på en senere spredning af tiltagene. Tidsmæssigt har projektsygeplejersken anvendt gennemsnitligt 15 timer ugentligt på projektet.

Hvad har været vanskeligt

I begyndelsen af projektperioden var det ikke tydeligt, hvor omfattende ressourcer projektet krævede, både med hensyn til dokumentationsdelen og det tidsmæssige ressourceforbrug. Det har åbenbaret sig undervejs, hvilket har trukket store vekslers på det involverede personales velvilje og opfindsomhed for at skabe tid og rum til projektarbejdet.

I en travl hverdag, har det været svært at finde tiden til at arbejde med projektet. Projektets betingelser har indimellem været hårde i en hverdag, hvor en uopsættelig og stor driftsdel nødvendigvis fylder meget - ikke mindst den daglige patientbehandling - og pleje. Afdelingen modtager også mange uddannelsessøgende og har uddannelsesaktiviteter inden for alle typer sundhedsuddannelser.

Gennembrudsprojektet er ikke den eneste udviklingsaktivitet på afsnittet. Mange andre projekter og aktiviteter har krævet opmærksomhed og engagement, eks.:

Regionsdannelsen, Organisationens overgang fra at tilhøre Frederiksberg Hospital til Region Hovedstadens psykiatri, Akkreditering, lederuddannelse, plejetyngdemåling og et projekt om dokumentation i sygeplejen. Derfor har det nærmest været på trods, at vi indimellem har skabt tid og rum til projektet, hvilket vi har haft god ledelsesmæssig opbakning til. For at overkomme nogle af vilkårene, besluttede vi undervejs, at vi ville afholde teammøderne, velvidende at nogle af teamdeltagerne ikke altid havde mulighed for at deltage.

Den nye psykiatrilov

Den nye psykiatrilov, hvor krav om afholdelse af eftersamtaler er lovbestemt, har været årsag til at implementeringen af eftersamtalerne blev prioriteret højest blandt projektets forandringstiltag. Projektet har således sikret, at vi var på forkant med eftersamtalerne, som var implementeret ved psykiatrilovens ikrafttræden, januar 2007.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Det tiltalende ved gennembrudsmetoden er netværksdannelsen imellem de deltagende afsnit landet over, med masser af udvekslinger af erfaringer og konkrete ideer til forbedringer. De tre landsdækkende seminarer har givet den nødvendige støtte til netværksdannelsen og erfaringsudvekslingen. Vi har derfor ikke selv skulle opfinde alting forfra.

Vi har anvendt gennembrudsmetoden på en ret pragmatisk vis. Det vil sige, at vi har anvendt principperne og metoderne i PDSA-testen i praksis i forbindelse med at teste og

reflektere over, hvilke tiltag der "virker", og hvad kan ændres og forbedres. Dernæst har vi justeret tiltaget og de tilhørende arbejdsredskaber. Vi har ikke dokumenteret alle vores PDSA-test. Det er der flere årsager til, bl.a. prioriteringen af vores tid til udvikling i en travl hverdag. I andre tilfælde, kunne vi hurtigt vurdere sammen, at tiltaget var en forbedring, f.eks. da vi testede observationsskemaet ved bæltefiksering og tilbud fra ergoterapeut og fysioterapeut om aktiviteter i indlæggelsesfasen.

I forhold til et senere implementeringsarbejde, virker test af forandringstiltag, som et overbevisende eksempel. Den direkte indflydelse på tilpasningen eller udviklingen af arbejdsredskaberne, fremmer følelsen af medejerskab og giver god mening.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Vi vil arbejde videre med mange af de ideer vi har fået i projektperioden. Som det fremgår af nedenstående planlægger vi både fremtidige tests, implementeringsopgaver, og fastholdelse og spredning af de tiltag, som har vist sig at være en forbedring. For at holde fokus på udviklingstiltagene, vil vi fortsætte projektarbejdsformen, organiseret med en styre- og projektgruppe på afdelingen. Vi har valgt at fortsætte indtastningen i epi-data, da det er vores mulighed for at følge udviklingen i anvendelsen af tvang på afsnitsniveau.

Fastholdelse af eftersamtaler

Patientens kontaktperson er ansvarlig for at tilbyde og afholde samtalen efter at tvangsforanstaltningen er ophørt. De øvrige kollegaer i lukkede og åbne afsnit har fået information/undervisning om eftersamtalerne. Vi har konstateret, at alle patienter tilbydes samtale og at der dokumenteres flere eftersamtaler, dog mener vi, at der fortsat skal være fokus på området. Vi vil fortsætte med at samle besvarelserne fra patienterne og drøfte disse med jævne mellemrum på f.eks. personalemøder i afsnittene.

Walk-through øvelserne

"Walk-through" øvelserne er efterspurgt blandt personalet. De to gange vi har fået afholdt en øvelse, har udbyttet været meget givende og deltagerne været engageret. Vi vil derfor fortsat arbejde med at indføre walk-through øvelser, som en fast del af afsnittets arbejde med udviklingen af den faglige og organisatoriske kvalitet i tvangsanvendelsen.

Plejeplanen om forebyggelse af vold

Plejeplanen skal vi teste i storskala, implementere og sprede til de andre åbne og lukkede afsnit i afdelingen.

Gennembrudsprojekt

Team R1, Sct.Hans Hospital.

Den, der glemmer sin historie, er dømt til at gøre den om igen.
Den, der vil fremad, må bevillige sig selv et blik tilbage til de
traditioner, man er et produkt af - og til det samfund,
traditionerne blev til i.

Et tilbageblik giver overblik over den lærdom, vi ejer, så vi
frit kan forstå og vurdere - og derefter udstikke en kurs mod
nye mål.

(Randi-Susanne Natvig)

Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Afdeling R, Sct. Hans Hospital
Teammedlemmer	Plejer Kirsten Pedersen Plejer Kim Jørgensen Overlæge Åse Hubbe Sygeplejerske Linda Schrøder.
Beskrivelse af afsnittet	R1 er et lukket, højsikret retspsykiatrisk afsnit med plads til 12 patienter – fortrinsvis mænd, men også af og til enkelte kvinder. Afsnittet rummer de farligste, de mest psykotiske, mest flugtruede og mest personlighedsforstyrrede patienter. Mange af patienterne har anden etnisk baggrund end dansk, og langt de fleste har massive misbrugsproblemer. Alle patienter har retslige foranstaltninger såsom behandlingsdomme, anbringelsesdomme, er mentalobservander eller er varetægtsfængslet i surrogat. Så ud over pleje og behandling varetager afsnittet også det rent sikkerhedsmæssige i forhold til det omkringliggende samfund. Desuden varetager R1 en subacut funktion i forhold til de øvrige afsnit på Sct. Hans Hospital, fængsler, hospitaler i Region sjælland, samt betalingspatienter fra andre regioner. Personalegruppen består af plejere, social-og sundhedsassistenter, sygeplejersker og en ergoterapeut. Desuden er der tilknyttet læger, socialrådgivere, en afsnitspsykolog, samt fysioterapeuter efter behov. En stor del af personalet har arbejdet i afsnittet i mange år, og repræsenterer stor faglig kompetence og erfaring. Denne kombination af erfaring og relativt nyansatte kollegers anderledes tilgang til specialet, skaber en spændende og dynamisk hverdag. Vi arbejder i 3 teams med kontaktpersonordning. Vi arbejder ud fra en psykodynamisk tankegang, og sygeplejen bygger på respekt, omsorg og nærvær for det enkelte menneske. Vi fokuserer i højere grad på relationer og ressourcer end på patienternes begåede kriminalitet! Afsnittet har 12 store pasienstuer med fælles bad/toiletter, og afsnittet er fysik meget rummeligt med god plads, store rum og bred gang. Der er en stor opholdsstue, spisestue, computerrum samt diverse birum, kontorer mm. I kælderen er der store rum til billard, motion samt køkkenfaciliteter, som patienterne kan benytte sammen med personalet. Desuden har vi en dejlig nyanlagt have/gård med boldbane – det hele omkranset af en flugtsikker 5 meter høj mur.

Resumé af resultater	Afsnit R1 har i projektperioden ønsket at arbejde med: • at nedbringe anvendelse af tvang med fokus på bæltefikseringer. • at nedbringe varigheden af evt. bæltefixeringer. • at have fokus på patienternes oplevelser og tilfredshed med evt. bæltefikseringer. • at personalet opkvalificeres i forhold til det kommunikative aspekt i forbindelse med bæltefikseringer. • at personalet opkvalificeres i med henblik på dokumentation i forhold til forebyggelse af tvang. Målene var store, tiden begrænset og vore egne redskaber til at måle med ikke præcise nok, så vi har haft overordentligt vanskeligt ved at nå blot en lille del, af det vi satte os for. Efter diverse startvanskeligheder med ferieafvikling, manglende ressourcer, ingen computer, ingen adgang til EPI-data osv.osv kom vi endelig i gang efter et lille halvt års tid. Det blev hurtigt tydeligt for os, at vi havde været alt for ambitiøse i målsætningerne, og at virkeligheden gav mulighed for langt mindre mål og tiltag. Vi har i processen aldrig fået tilpasset den oprindelige målsætning til virkeligheden, men har alligevel formået at arbejde med dele af de mål, vi satte op. Vi kan se i hverdagen, at vi er lykkedes med at forbedre personalets faglige refleksioner og deres evne til at forebygge tvangsepisoder – og i særdeleshed bæltefikseringer. Vi har generelt fået langt større fokus på tvang i afsnittet, og har udviklet en ”VELKOMST-MAPPE”, som let guider personalet i at modtage en patient – herunder også et udførligt INDLÆGGELSESSAMTALESKEMA, hvor der sættes focus på patientens tidligere oplevelser med aggressionsforvaltning og evt. anvendt tvang. Med afsæt i patientens tidligere oplevelser, har det hjulpet personalet til at kunne forebygge mange tvangsepisoder. Vi har også udviklet en ”TVANGSMAPPE”, som anvendes, hvis en bæltefiksering ikke har kunnet undgås. Her har personalet kunnet hente information, procedurer og vejledning i observationsskema, eftersamtale, patienttilfredshedsundersøgelse mm. med henblik på at hjælpe patienten bedst muligt igennem forløbet. Endelig har vi organiseret og samlet alle papirer vedr. tvang i en reol (”TVANGSREOL”) for at forenkle og overskuelig gøre dette for afsnittets personale og læger. Vi har foretaget målinger på anvendt tvang, og kan se et generelt fald i bæltefixeringer, anvendelse af remme og varighed, mens anvendelse af beroligende medicin og tvangsbehandling har været stigende. Se indlagte senere i rapporten. Vi har til gengæld ikke målt på ret meget andet, og har derfor kun udokumenterede fornemmelser/oplevelser af, hvad der er lykkedes eller ikke er lykkedes.
-----------------------------	--

Målsætning, resultatmål og procesmål

Lokale målsætninger og lokale mål

- At nedbringe antallet af bæltefikseringer.
- At patienten oplever en respektfuld anvendelse af tvang i forbindelse med bæltefiksering.
- At personalet udvikler og højner den faglige kommunikation i forbindelse med bæltefiksering.
- At personalet udvikler og forbedrer udarbejdelse og anvendelse af status/plejeplaner med henblik på forebyggelse af bæltefikseringer.

Lokale resultatmål:

- At nedbringe antallet af bæltefikseringer med 50 %.
- At nedbringe varigheden af bæltefikseringer med 50 %.
- At patienterne i mere end 50 % af tilfældene svarer "ja i høj grad" i patienttilfredshedsundersøgelsen.

Lokale procesmål:

- At der udarbejdes indlæggelsessamtale, status og plejeplan indenfor 24 timer for alle patienter.
- At der i alle tilfælde udarbejdes BVC/SOAS (100%).
- At alt personale (100%) tilbydes undervisning i kommunikation, og at mindst 75% deltager heri. Denne undervisning for at optimere personalets kommunikation til den bæltefikserede patient.
- At alt personale (100%) tilbydes undervisning i fast vagt-funktionen, og at mindst 75% deltager heri. Denne undervisning for at forbedre og højne kvaliteten af fast-vagtfunktionen.
- At alle patienter (100%) indenfor en uge efter ophør af bæltefiksering tilbydes en eftersamtale, samt det gule skema fra Patienttilfredshedsundersøgelsen.

Målinger

1. På Sct Hans Hospital har det gennem flere år været et krav i henhold til akkreditering, at der SKAL udarbejdes indlæggelsessamtale, status og plejeplan indenfor 24 timer.
 - a. Optælling hver måned.
2. Det er et krav på Sct. Hans Hospital, at der laves BVC/SOAS-registreringer.
 - a. Optælling hver uge.
3. Optælling af tvangsepisoder og varighed hver 3. måned. Disse data indtastet på EPI-data.
4. Optælling af antal deltagere i undervisning omhandlende kommunikation og fast-vagtfunktion efter hver undervisningsseance.
5. Optælling af uddelte og besvarede skemaer i patienttilfredshedsundersøgelsen ville blive foretaget hen ad vejen.
6. Udarbejdelse af "tilfredshedsskema" til personalet med henblik på deres vurdering af de iværksatte tiltag i afsnittet i projektperioden.

Resultater

Ad. 1.

Vi har ikke haft ressourcer til at foretage denne optælling, men vi er sikre på, at der i så godt som 95% af alle indlæggelser laves en indlæggelsessamtale (både den krævede i EPJ, samt den af os udviklede model). Disse samtaler udmøntes også oftest i status, mens det ser værre ud med at få udarbejdet plejeplaner, der har focus på forebyggelse af aggressionsforvaltning og tvang. Dette skyldes simpelthen manglende tid.

Ad. 2.

BVC udfyldes 100% i hver vagt hver dag. Det er en enkel rutine at udføre, da det er indlagt på EPJ, som er hospitalets dokumentationsform.

SOAS registreringerne udfylder vi kun i ringe grad, da dette skema endnu kun forefindes i papirform. Tendensen er dog, at vi er blevet bedre til at huske at få udfyldt disse skemaer, men det sker langt fra i alle tilfælde. Fra December 2005 til Juli 2006 registrerede R1 15 episoder i SOAS, og fra September 2006 til December 2006 41 episoder i SOAS. Optællingerne har ikke været foretaget regelmæssigt bla. fordi alle registreringsskemaerne har indgået i et forskningsprojekt, og således ikke har været tilgængelige i afsnittet efter udfyldelse.

Ad.3.

Disse data skulle efter hensigten have været indtastet i EPI-data, men vi har af forsk. årsager haft overordentligt vanskeligt ved at få lagt EPI-data ind i vores computer, og det lykkedes først efter ca. ½ år. Imidlertid forsvandt alle data igen, og optællingen måtte gentages.

De første data, vi havde fået for 1. halvår 2006, var "rå-data" i "papirform", som ikke var udspecificeret i forhold til antal patienter eller varighed af bæltefixeringerne. Vi har derfor valgt at sammenligne 2.halvår 2006 med 1. halvår 2007, og henviser til søjlediagrammer og grafer sidst i rapporten.

Graferne viser et generelt fald i bæltefixeringer og varighed heraf. Med den patientgruppe vi modtager i afsnittet, mener vi ikke, at vi helt kan undgå fixeringer, og i det statistiske materiale fremgår det da også, at der i perioder forekommer fixeringer – og af længere varighed. Dette skyldes bla. at vi modtager meget dårlige fixerede patienter fra andre afsnit eller andre hospitaler, hvor de ikke ser sig i stand til at have patienterne grundet ekstrem voldelig adfærd. Andre årsager kan være, at vi ikke er i stand til at drage tilstrækkelig omsorg for patientens eller omgivelsernes sikkerhed, hvis ikke patienten fixeres. Den type patienter venter som oftest på at komme på Sikringen. De episoder, som viser de store udsving i statistikken, er relateret til ganske få patienter.

På trods af denne vanskelige patientgruppe, er det alligevel lykket at nedbringe anvendelse og varighed af bæltefixeringer! Det skyldes uden tvivl den større focus, vi gennem deltagelse i projektet har sat på tvang i afsnittet - de faglige drøftelser/refleksioner i personalegruppen, de gavnlige tiltag, som vi sammen med de enkelte patienter anvender, flere aktiviteter og ikke mindst et opgør med gamle rutiner og "vi plejer at....."

Anvendelse af beroligende medicin er også faldet i forb. med tvang, mens vi har en antagelse om, at vi generelt har et lidt større forbrug af beroligende medicin (pn.medicin). Det skyldes, at vi har fået større focus på at tilbyde patienten pn.medicin, samtale (enten med plejepersonalet eller med personlig læge), samt aktivitet meget tidligere i forløbet, når der er optræk til, at han/hun har det dårligt.

Ad. 4.

Det har af personalemæssige årsager ikke været muligt at gennemføre disse undervisningsseancer.

Ad. 5.

Så godt som alle patienter har fået tilbudt skemaer til Patienttilfredshedsundersøgelsen, men der har været vanskeligheder med at få fremsendt de små skemaer vedr. tvang til afsnittet, så vi er først meget sent kommet i gang med at anvende dem. Vi har ikke lavet nogen optælling på disse skemaer.

Ad. 6.

For at undersøge, hvorvidt vore kolleger kunne anvende de nye mapper, som teamet havde udviklet, lavede vi et lille "tilfredshedsskema", som alle kolleger fik på en personaledag. Heraf svarede alle, at de fandt de nye tiltag brugbare og gode. Vi har oplevet forbavsende lidt modstand mod projektet og de tiltag, som vi i teamet har arbejdet med. Kollegerne har taget godt imod ideerne, og har anvendt dem med

entusiasme, samt har kommet med konstruktiv kritik hen ad vejen. Det er vores opfattelse, at alle er godt tilfredse med resultatet af projektet, og er lidt stolte over, at vi har opnået at nedbringe antal og varighed af bæltefixeringer med de små midler, som alle har bidraget med.

Resultater

Iværksatte forandringstiltag

Teamet har udviklet en såkaldt **"Velkomstmappe"**, som er tænkt som et arbejdsredskab til personalet. Denne mappe indeholder alt, hvad personalet har behov for til at kunne modtage en patient på en velforberedt, formaliseret og struktureret måde (instrukser, checkliste, pjecer, samtaleskema mm.). Den sikrer, at personalet husker alle relevante informationer, samt får indsamlet væsentlige data (herunder viden om aggressionsforvaltning og oplevet tvang) til brug for dokumentation og planlægning af den individuelle sygepleje.

I EPJ findes en indlæggelsessamtale, som skal anvendes, men det har været teamets opfattelse, at "der manglede noget". Der har ikke været fokus på patientens tidligere oplevede erfaringer med aggressionsforvaltning og evt. anvendt tvang. Vi vidste, at nogle kolleger havde vanskeligt ved at spørge ind til disse, måske vanskelige og følsomme områder, og derfor udviklede vi den formaliserede samtale i et **"Indlæggelsessamtalskema"** (i papirform), så også de nye, mere uddybende spørgsmål skulle stilles. Skemaet skal anvendes i forbindelse med den indlæggelsessamtale, som lægen altid foretager, da vi ikke ser nogen grund til, at patienten skal stilles nogle af de samme spørgsmål igen og igen. Derfor lavede vi en aftale med lægegruppen om, at vi fremover supplerer hinanden under disse samtaler. De data, der på denne måde indsamles, er lige til at skrive ind i status, således at der kan laves en plejeplan med afsæt i forebyggelse af aggression (gavn timer, aktiviteter, medicin el. lignende).

Vi har også udviklet en såkaldt **"Tvangsmappe"**, som anvendes, hvis en bæltefiksering ikke har kunnet undgås. I denne mappe er indeholdt alle relevante instrukser, vejledning i fast-vagtfunktionen, observationsskema, spørgeskema til Patienttilfredshedsundersøgelsen mm.). Den er med til at sikre, at personalet får udført den sygepleje, som er nødvendig under og efter bæltefikseringen.

Endelig har teamet lavet en **"Tvangsreol"**, hvor alt vedr. tvang er samlet, organiseret og struktureret alt materiale vedr. tvang, således at det er enkelt og overskueligt for både afsnittets personale og lægerne at finde/overskue.

Teamet har påtaget sig at samle mapperne, organisere arbejdet med dem, sørge for at reolen er ajourført, samt at "huske" kollegerne på at anvende mapper og samtalskema.

Derud over har teamet kontinuerligt sammen med personalet haft mere **Refleksion over egen og afsnittets praksis, flere Faglige drøftelser og etiske overvejelser.**

Vi har sammen **Tænkt alternativt, kreativt og med mere fokus på aktiviteter.**

I særdeleshed indlæggelsessamtalskemaet i "velkomstmappen" har medvirket til, at vi har fået taget hul på patienternes aggressionsforvaltning og oplevede erfaringer med tvang, og at vi derud fra er blevet mere fokuserede på at forebygge aggression og anvendelse af tvang. Samtalskemaet har gjort det væsentlig lettere at lave en fyldestgørende status, men vi må erkende, at tidspres har gjort det overordentligt vanskelig altid at få lavet en plejeplan, der er relateret til patientens oplysninger om aggression/tvang.

I "tvangsmappen" er der et skema til eftersamtale (efter bæltefiksering), og her må vi erkende, at vi ikke er gode nok til at få udfyldt dette skema. Mange kolleger har før skemaernes tid været gode til at tale med patienten om årsag til bæltefiksering både under fikseringen og efterfølgende, men det er angiveligt vanskeligt at få det formaliseret på skrift.

Generelt har reolen og mapperne gjort hverdagen lettere og mere overskuelig, og er stærkt medvirkende til, at personalet får gjort de ting, der skal gøres.

Kommentarer til processen

Det har på mange måder været meget inspirerende og udbytterigt at deltage i 2. bølge af gennembrudsprojektet! Vi har bla. fået en hel del ny viden og inspiration, haft god sparring med Sekretariatet i Århus, mødt en masse rare og dygtige kolleger fra andre afsnit i landet, været på 3 seminarer. Og ikke mindst har vi fået sat gang i vores egen og vort afsnits faglige udvikling!

Vi har jo også tidligere bestræbt os på ikke at anvende tvang med mindre, det var bydende nødvendigt, men i kraft af vores deltagelse i Gennembrudsprojektet, har vi kunnet sætte større focus på området, og det har været mere legitimt at stille spørgsmål ved vores måde at agere på i forhold til forebyggelse og tvangsanvendelse. Det har helt klart medført, at personalet er blevet mere præcise i forhold til observationer, mere reflekterende og mere fokuserede på at tænke nye tiltag (feks. aktiviteter) ind i sygeplejen i forhold til patienternes aggressionsforvaltning og personalets evt. anvendelse af tvang.

Specielt indlæggelsessamtalskemaet har bidraget til at sætte focus på ovenstående, og vi kan se, at der er sket en markant forbedring af specielt status i EPJ! Personalet SKAL nu stille de spørgsmål, som man måske før hen har været gået uden om i forhold til aggressionsforvaltning og evt. anvendt tvang, og det forpligter personalet til at forholde sig til – og til at agere fagligt herpå.

Patienterne fortæller, at de oplever det som endog meget positivt, at vi spørger dem om deres vrede, angst, udfareagerende adfærd mm. De opfatter det på en eller anden måde som trygt, at personalet tør tale om - og kan rumme disse følelser, og de får tillid til, at personalet derfor også kan hjælpe dem med at forvalte deres aggression!

Der er endelig også kommet mere focus på at tilbyde pn.medicin tidligt i forløbet, hvis en patient er opkørt, at få tilkaldt læge og få dokumenteret i BVC (knap så meget i SOAS) med henblik på intervention.

Når det så er sagt, har vi faktisk haft en vanskelig optakt til deltagelse i Gennembrudsprojektet. Vi blev af afdeling R's ledelse bedt om at deltage i projektet, da der var stor interesse i at have retspsykiatriske afsnit med i 2. bølge. Vi sagde ja tak – det lød interessant, selv om ingen havde overblik over, hvad det indebar, hvordan det konkret skulle organiseres eller dets omfang. Teamet bestod fra starten af 3 af de nuværende medlemmer, samt afsnittets psykolog, som trådte i stedet for en læge. (ingen læge kunne afse tid til at deltage på R1). Siden er psykologen trådt ud af projektet grundet arbejdspress, og nyansat overlæge indtrådte i hendes sted.

Projektet skulle starte op til August 2006, hvor mange var fraværende pga. ferie. Et kort oplæg på et par timer fra Sekretariatet i Århus dannede optakten, og ikke ret meget blev tydeligere eller gav på anden vis overblik over, hvordan dette projekt skulle gribes an. Afdelingsledelsen for R havde på forhånd udvalgt nogle nøglepersoner (kvalitetskoordinator og klinisk oversygeplejerske) som skulle bidrage med indsamling af data, tastning og registrering. Det viste sig imidlertid hurtigt, at disse nøglepersoner ikke var aktivt deltagende i projektet alligevel, så teamet skulle selv varetage deres funktioner. Kvalitetskoordinator bidrog med en enkelt opgørelse af anvendt tvang i 1. halvår 2006.

Selve organiseringen af teamets arbejde med projektet i afsnittet var ikke helt uproblematisk. Vi har haft fin opbakning fra afsnittets afdelingssygeplejerske hele vejen igennem, men til trods for, at afdelingsledelsen fra starten forpligtede sig til at give de fornødne ressourcer, kunne afdelingssygeplejersken ikke få tilført penge til at "frikøbe" teamet. Ligeledes var det ikke muligt at få stillet en bærbar computer til rådighed fra starten. Det viste sig vanskeligt at få arrangeret teammøder, da teamets medlemmer har skiftende vagter, og psykologen mange planlagte samtaler. Så i starten blev nogen efter arbejdstid, andre mødte ind før en aftenvagte osv. osv. Efter lang sej kamp lykkedes det at få 8 timer hver 14. dag, og efter et halvt år fik vi en bærbar computer! Det viste sig imidlertid, at 8 timer var for meget, det blev for kompakt et forløb, og det havde været mere ønskeligt med 4 timer om ugen, hvilket ikke kunne lade sig gøre. Ofte har vi været nødt til at aflyse teammøderne grundet personalemangel i afsnittet!

Vi var særdeles famlende, usikre på det hele, men var sikre på, at efter 1. læringsseminar ville vi være afklarede og på rette vej! Således gik det ikke. Tværtimod blev vi mødt med 2 store mapper fyldt med papirer, en masse tale om PDSA-test, småskala, storskala osv. osv. Kravene var enorme, alt virkede "for akademisk" og på et niveau, som vi ikke umiddelbart kunne relatere til vores hverdag. Flere andre teams havde fået stillet mange ressourcer til rådighed, så det øgede også vores frustration over ikke at have tid og penge til vores projekt. Så vi blev overhovedet ikke klogere, snarere mere frustrerede og undrende over, hvad vi i grunden lavede i det projekt. Det var vanskeligt for os at få formidlet informationer/budskab om projektet ud til det øvrige personale. Vi var stadig ikke selv klar på projektet, og kunne ikke selv finde ud af noget som helst, men vi var heller ikke gode nok til at fortælle dem, hvordan vi havde det, eller til at få det struktureret på personalemøder/personaledage. Som tiden gik, kom vi dog så småt i gang. Tanker, visioner og målene, vi satte op, som vi havde fået besked på, var vældig fine - og vi ville så meget. Vi fik da også nogenlunde struktureret arbejdet, havde rigtig mange gode faglige drøftelser i teamet, og vi fik lavet PDSA-tests, rapporter, havde telefonmøder mm. men hele tiden lurede tanken om, at det i grunden ikke helt var, hvad vi selv ville og ikke mindst kunne i en særdeles travl hverdag. Det var meget frustrerende, og vi kunne godt have brugt en eller anden form for hjælp fra sekretariatet til at få os ned på jorden.

2- læringsseminar bibragte større ro, og vi kunne se, at vi var på rette vej. Mange andre kolleger fortalte om lignende frustrationer og usikkerhed, og det var godt at erfare, at det ikke kun var os, der havde det sådan, og at andre også kæmpede med tilsvarende problemer i hverdagen. Her blev det mere tydeligt for os, hvor stor gavn man kan have af forandringskataloget, og det har været til inspiration siden.

Som tiden gik, kunne vi se, at vi var nødt til at starte i det små i afsnittet. Alle vore gode visioner og mål var ikke opnåelige på nuværende tidspunkt, så vi skruede ned for blusset, fandt vores eget niveau, lavede vore egne regler for, hvordan vi synes, at vores projekt skulle se ud, og det gav stor ro i teamet. Stille og roligt gik vi i gang med de små tiltag, og blev bedre til at "dele" projektet med kollegerne, som tog godt imod vore ideer!

På 3. læringsseminar (som vi oplevede som det bedste rent indholdsmæssigt) var der en anden ro og afklarethed, end vi har set tidligere - og det gjaldt også os selv. Nu var teamet på vej, vi stolede på egne evner og formåen, og var godt i gang med de praksisnære ting i R1! Det, vi hørte rigtig mange andre teams udtale, var at projektet fra start har været skruet op på et for højt niveau, som slet ikke matcher den virkelighed rigtig mange psykiatriske afsnit oplever! Den opfattelse deler vi, og vi mener også, at der generelt har været sendt så mange informationer ud til de enkelte teams, at det har været helt urealistisk at kunne nå at forholde sig til det hele.

Vi har følt, at sekretariatet har stået til rådighed hele vejen igennem projektet, men vi har nok ikke altid talt samme sprog. Forandringskataloget har været til stor inspiration, og ideen med at brede erfaringer og viden ud til andre er rigtig god - det har været tilladt at låne fra kataloget, og ingen har skullet opfinde "den dybe tallerken" igen. Vi har haft vanskeligt ved at få lagt EPI-data ind på vores computer, og systemet har vist sig at være sårbart på den måde, at alle vore indtastede data forsvandt, og måtte indtastes igen. Læringsseminarerne har som overordnet ide været udmærkede, men

nogle af de faglige indlæg har været på et for lavt niveau, mens flere indlæg/informationer på 1. læringsseminar var på et for abstrakt og akademisk niveau. Det har været inspirerende og meget givende at møde kolleger fra andre afsnit, og den erfaringsudveksling, der har fundet sted, er en af de væsentligste gevinster ved dette projekt.

Vores konklusion må være, at hvis ikke vi var kommet med i projektet, var vi ikke kommet i gang med at arbejde struktureret på at forebygge- og nedbringe anvendelse af tvang, og vi havde ikke fået taget hul på de vanskelige faglige drøftelser og ændring af rutiner og "normal praksis".

Vi har lært, at man skal stole på sine egen fornemmelser for/viden om den kontekst, man befinder sig i, og tage afsæt deri, - og ikke i noget, andre har taget stilling til for en. Ikke dermed sagt, at andres viden og ideer ikke har været inspirerende og igangsættende, men først da vi "fandt" os selv og fik lagt præstationsangsten af vejen, lykkedes det for os.

Alt i alt er vi godt tilfredse med forløbet - og ikke mindst det, der er kommet ud af det i R1. De store forkromede visioner/mål har vi stadig, men vi ved nu, at vi arbejder med de små mål HEN IMOD de store !!

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Teamet på R1 har ønsket at arbejde videre med kvalitetsudvikling, og har fået tilsagn fra afdelingssygeplejersken, samt fra afdelingsledelsen om, at det vil være hensigtsmæssigt. Ikke at der afsættes ressourcer til dette arbejde, men viljen er tilstede, og så er det op til teamet at få hverdagen struktureret, så det opleves som meningsfuldt og udviklende i forhold til sygeplejen i afsnittet. Vi er af den opfattelse, at hvis teamet trækker sig tilbage nu, vil kvalitetsudviklingen gå i stå - der skal være nogle til at drive værket, til at gå foran og til at inspirere.

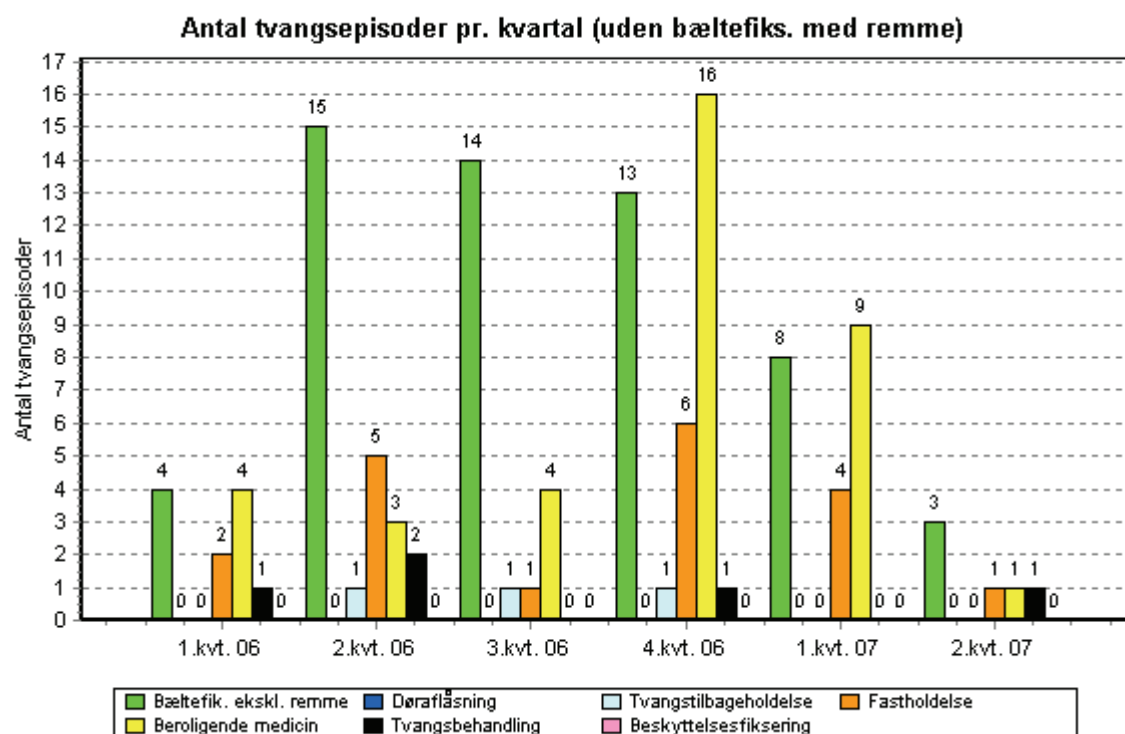
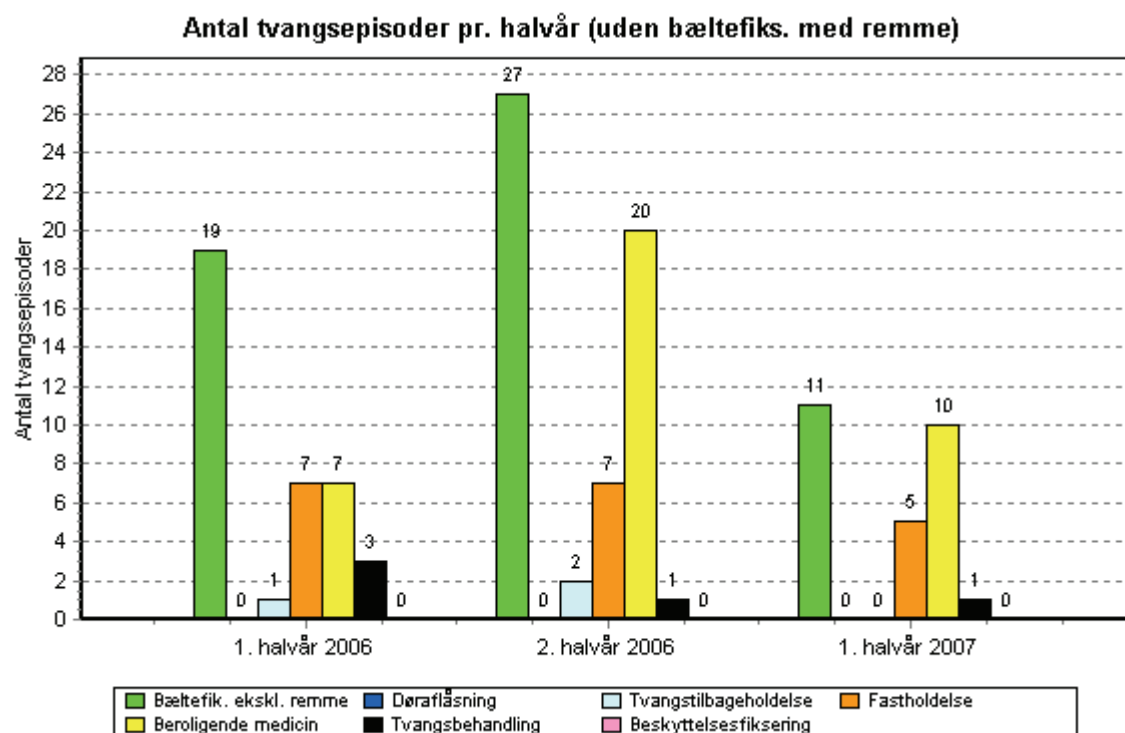
Det er dog vores ønske, at vi kan få motiveret flere kolleger til at være "motorer", så kvalitetsudvikling ikke blot bliver for de få, men bliver en naturlig del af hverdagen i afsnittet.

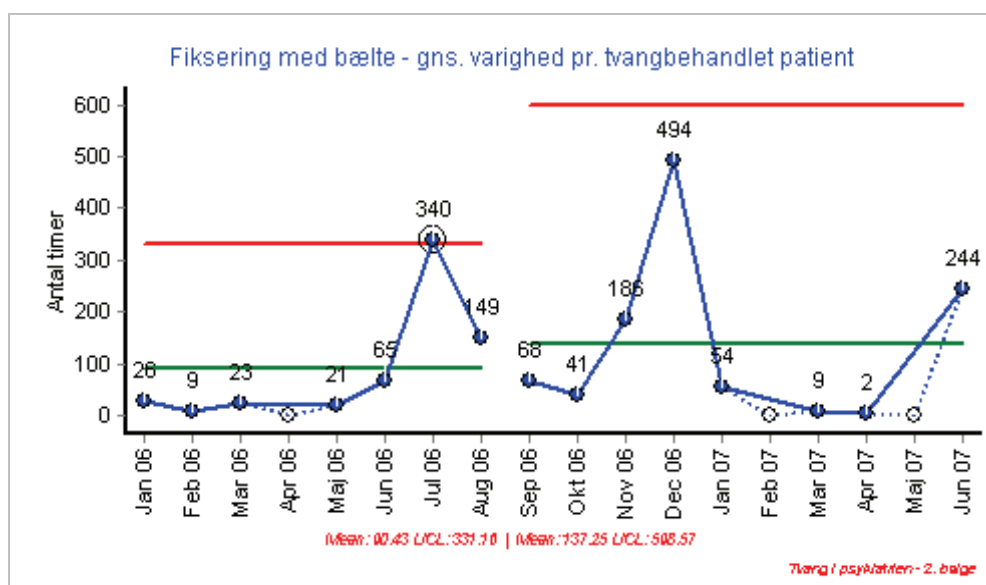
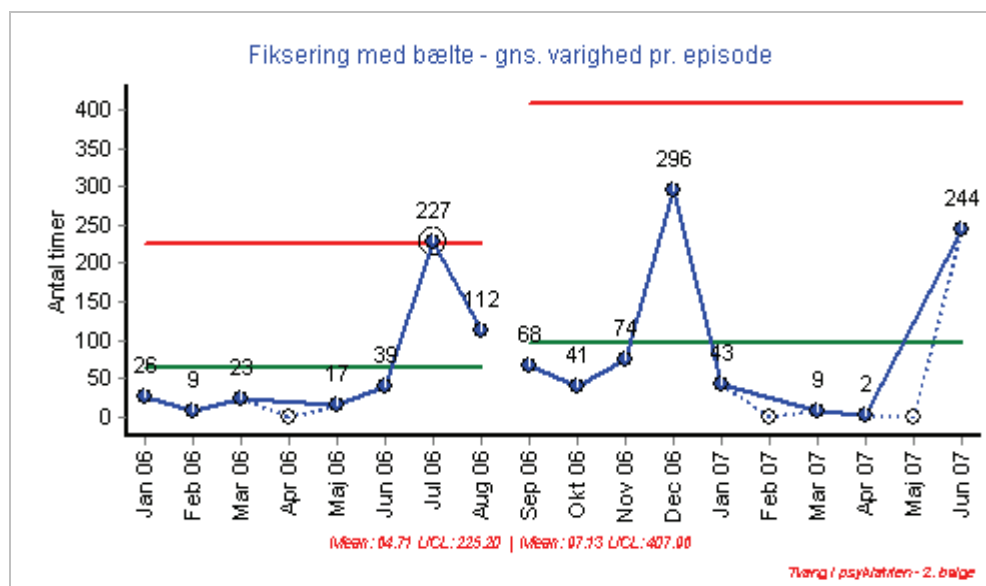
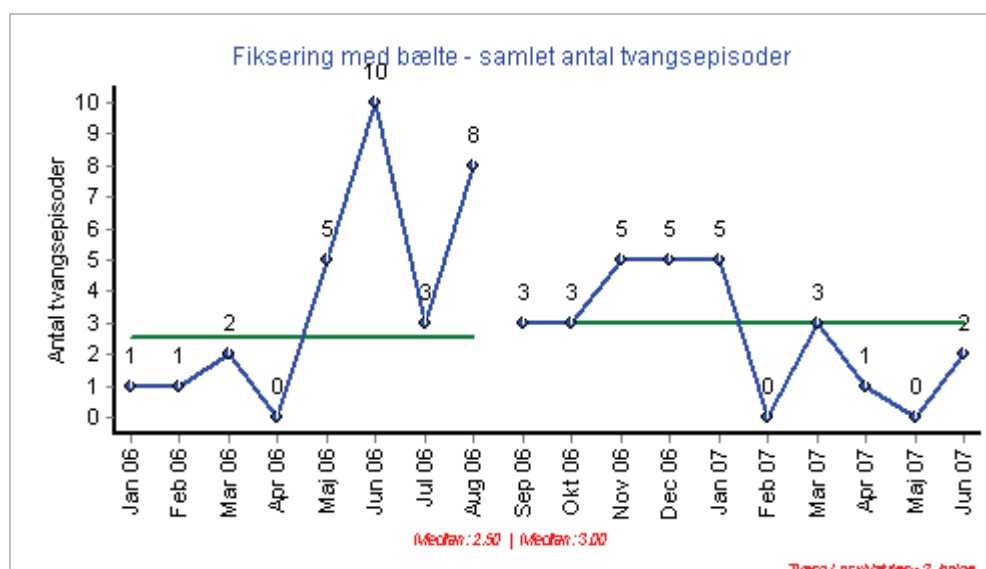
Vi ønsker at arbejde mere med AKTIVITER til patienterne, da vi er af den opfattelse, at aktiviteter i væsentlig grad er med til at nedsætte patienternes frustrationsniveau, og dermed forebygge aggression og evt. anvendelse af tvang. I den forbindelse ønsker vi at medinddrage afsnittets ergoterapeut, som kan forestå testning, samt lave konkrete tiltag målrettet den enkelte patients formåen og behov. Vi vil gerne arbejde på, at også kollegerne inddrages i aktiviteter i det daglige, så der skabes struktur og kontinuitet for patienterne.

- Vi ønsker at arbejde med aktiviteter, når patienten er bæltefixeret. Der har hidtil hersket en opfattelse af, at de fleste bæltefixerede patienter har brug for 0 stimuli, så aktivitetstilbudet har været yderst begrænset til disse patienter. Vi er af en anden opfattelse, som bygger på egne erfaringer og ny faglig viden -og vi vil derfor gerne forholde os til denne problematik med henblik på at søsætte gavnlige tiltag. I den forbindelse vil vi også gerne forholde os kritisk til bæltestuens aktuelle indretning.
- Vi skal arbejde målrettet med SOAS-skemaerne, samt tilbudet om eftersamtale. Målet er, at det bliver en integreret del af hverdagen for alle.
- Endelig vil vi gerne arbejde mere med dokumentationsdelen, som lader meget tilbage at ønske. Vi er godt i gang, men vi skal have organiseret arbejdet således, at personalet får den fornødne tid og viden til at lave BRUGBARE plejeplaner, som tager afsæt i de indsamlede data fra indlæggelsessamtalen. Vi kan kalde det risikovurdering - det er der andre faggrupper, der arbejder med - så i vores hverdag er der i højere grad tale om at sætte focus på patientens udsagn, oplevelser og mestringsstrategier med henblik på at forebygge aggression. Det kan give os værdifulde redskaber til konflikthåndtering.

Fra afdelingsledelsens side, er der et ønske om, at vi vil bidrage med, at vore tiltag bredes ud til andre afsnit, samt om muligt implementeres. Der er også et ønske om, at afsnit R1 og R7 skal samarbejde om kommende projekter. Viljen er tilstede, så vi håber, at vi gives de fornødne ressourcer

Diagrammer og tabeller





Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	2	1	1
Antal forløb med tvangsbehandling	3	1	1
Antal dage tvangsbehandling	37	43	58
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	18	43	58
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	12	43	58

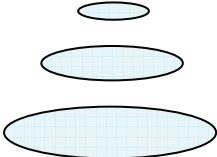
Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	1	2	0
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	1	2	0
Antal dage tvangstilbageholdelse	2	189	0
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	2	189	0
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	2	94	0

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	12	14	9
Antal forløb med bæltefiksering	19	27	11
Antal timers bæltefiksering	555	3758	731
Gns. antal timers fiksering pr. patient	46	268	81
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	29	139	66

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	4	6	3
Antal ordinationer af beroligende medicin	7	20	10
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	2	3	3

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	6	6	4
Antal fastholdelser	7	7	5
Gns. antal fastholdelser pr. patient	1	1	1

Gennembrudsprojekt Team R7 Statusrapport



*Puha, man er svedt
ovenpaa det
tvangsprojekt....*



STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Sct. Hans Hospital Retspsykiatrisk afdeling R7 Boserupvej 2 4000 Roskilde 46334501
Teammedlemmer	Dan Johansen, social- og sundhedsassistent Bettina Edelmann, social- og sundhedsassistent Vibeke Giordano, afdelingssygeplejerske Sussie Sørensen, afdelingspsykolog (kontaktperson) E-mail: sussie.laasby.soerensen@shh.regionh.dk 
Beskrivelse af afsnittet	Afdeling R på Sct. Hans Hospital i Roskilde er en af Region Hovedstadens retspsykiatriske afdelinger. Afdelingen har 4 lukkede og 2 åbne sengeafsnit samt et opsøgende psykoseteam i København. Afdeling R7 er et af to højsikrede, lukkede sengeafsnit, som modtager patienter med alvorlige psykotiske lidelser og/eller svære personlighedsforstyrrelser, som samtidig har en retslig foranstaltning. Behandlingen er individuelt tilrettelagt efter miljøterapeutiske behandlingsprincipper. R7 har plads til 12 patienter, og der er en normering på 32,5.
Resumé af resultater	Sct. Hans R7 har arbejdet med 3 temaer fra Forandringskataloget 1. Forebyggelse af formaliseret tvang 2. Formaliserede tvangsepisoder 3. Opfølgning på formaliserede tvangsepisoder Overordnet set er anvendelsen af tvang reduceret med 61,2 % ved sammenligning af sidste halvår af år 2005 og første halvår af år 2007. Vigtigere endnu har været de i perioden opnåede kvalitative resultater, hvoraf et øget fokus på tvang blandt andet har medført en større opmærksomhed på aggressionsforebyggelse. Rapporten indeholder ingen af de grafer, som aktuelt findes i opdateret form i databasen, da de korrekt indtastede tal for det første ikke fremgår på korrekt, forventet vis i statistisk form. For det andet har det kun været muligt at kopiere få grafer til Word pga. en forældet og dårligt fungerende bærbar computer. Som compensation har vi udarbejdet egne, korrekte tabeller samt gjort mere ud af at gøre rapporten kvalitativ frem for kvantitativ. Indholdsfortegnelse • Målsætning, resultatmål og procesmål • Målinger • Resultater • Iværksatte forandringstiltag • Kommentarer til processen • Det videre kvalitetsarbejde • Diagrammer og tabeller

Målsætning, resultatmål og procesmål

1. Målsætning

Retspsykiatrisk afsnit R7 vil i projektperioden arbejde med at nedbringe anvendelsen af tvang i henhold til protokol nr. 3 i afsnit samt øge patienternes forståelse for og accept af nødvendigheden af at udøve tvang. R7 vil desuden udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af

2. Lokale resultatmål

Resultatmål 1

At nedbringe anvendelsen af tvang i henhold til protokol 3 med mindst 30 % i projektperioden (2. halvår 2005 versus 1. halvår 2007).

Resultatmål 2

At 80 % af alle patienter, som har oplevet tvang under indlæggelse, svarer bekræftende på, at personalets anvendelse af tvang samlet set foregik på en respektfuld måde.

Resultatmål 3

At 100 % af personalet vurderer, at afsnittets håndtering af tvang sker på et højt fagligt niveau.

3. Lokale procesmål

Procesmål 1a

Alle patienter, som oplever tvang under indlæggelse, tilbydes under- og eftersamtaler med kontaktteam.

Procesmål 1b

Ved alle indlæggelser adspørges patienten indenfor 72 timer, hvordan denne håndterer grænsesætning, korrektion og konfrontation. Dette dokumenteres i sygeplejestatus. Der udarbejdes en plejeplan indenfor 24 timer, som navngives "følelsesmæssig", og som kan formuleres som en OBS grad 2.

Procesmål 1c

Der udarbejdes risikovurdering (HCR-20) af læge eller psykolog indenfor 1 måned.

Procesmål 2a

Alle patienter tilbydes undervisning/psykoedukation vedrørende tvangsanvendelse.

Procesmål 2b

Alle patienter, som oplever tvang under indlæggelse, tilbydes under- og eftersamtaler med kontaktteam.

Procesmål 3a

Håndtering af tvang er et fast punkt på alle personalemøder mindst 1 gang om måneden.

Procesmål 3b

Ved hvert personalemøde afholdes rollespilssituationer (evt. videooptagelse heraf).

Tema 1: Forebyggelse af formaliseret tvang

1. Outcome mål

At nedbringe anvendelsen af tvang i henhold til protokol 3 med mindst 30 % i projektperioden.

Procesmål

- Alle patienter adspørges ved indlæggelsessamtale om tidligere erfaringer med tvang.

- Alle patienterne adspørges til mestringsstrategier til bevarelse af selvkontrol ved indlæggelsessamtalen.
- Alle patienter, som bæltefikseres, tilbydes under- og eftersamtaler.
- Konflikthåndtering drøftes på personalemøder.
- Når en patient har været udsat for tvang, foretages en rutinemæssig defusing med de involverede personalemedlemmer.
- Der er supervision ved psykolog hver 14. dag for afdelingspersonale.

Tema 2: Formaliserede tvangsepisoder

1. Outcome mål

At nedbringe anvendelsen af tvang i henhold til protokol 3 med mindst 30 % i projektperioden.

Procesmål

- På alle bæltefikserede patienter anvendes bæltefikseringsjournal til intensiv observation.
- Alle bæltefikserede patienter tilbydes under- og eftersamtaler med kontaktteam.

2. Outcome mål

80 % af alle patienter, som har oplevet tvang under indlæggelse, svarer bekræftende på, at personalets brug af tvang foregik på en respektfuld måde.

Procesmål

- På alle bæltefikserede patienter anvendes bæltefikseringsjournal til intensiv observation.
- Alle bæltefikserede patienter vurderes af en vagthavende læge 4 gange i døgnet.
- Alle bæltefikserede patienter tilbydes under- og eftersamtaler af kontaktteam.

Tema 3: Opfølgning på formaliserede tvangsepisoder

1. Outcome mål

80 % af alle patienter, som har oplevet tvang under indlæggelse, svarer bekræftende på, at personalets brug af tvang foregik på en respektfuld måde.

Procesmål

- Alle bæltefikserede patienter tilbydes under- og eftersamtaler af kontaktteam.

2. Outcome mål

100 % af personalet vurderer, at afsnittets håndtering af tvang sker på et højt fagligt niveau.

Procesmål

- Efter at patienten har været udsat for tvang, foretages en rutinemæssig defusing med de involverede personaler.
- 3 personaler svarer på et spørgeskema om, hvorvidt tvangen blev håndteret på et højt fagligt niveau.
- Tvang er et fast punkt til alle personalemøder.
- Konflikthåndtering drøftes til supervision hver 2. uge.

Målinger

- Tvangsprotokoller er løbende blevet indtastet i EPI-data af udvalgte personalemedlemmer.
- Ved indlæggelse har patienten udfyldt et skema omhandlende tvangsforebyggelse.
- Under og efter bæltefiksering er patienterne tilbudt at udfylde under- og eftersamtalskemaer sammen med kontaktteam.
- Spørgeskema til personalet om faglig kvalitet af praksis omkring tvang.

Resultater

Det statistiske sammenligningsgrundlag for arbejdet med tvang på retspsykiatrisk afdeling R7 har været sidste halvår af 2005 versus første halvår af 2007. Overordnet set er anvendelsen af tvang reduceret med mere end de ønskelige 30 % (**resultatmål 1**). Tabellerne sidst i rapporten (jf. s. 9) illustrerer, at antal tvangsepisoder er faldet fra 49 til 19, når perioden sidste halvår af 2005 sammenlignes med første halvår af 2007. Tvangen er således faldet med 61,2 %. Specificeres den generelle tvangsreduktion, ses det, at fastholdelse er reduceret fra 7 til 3 (51,1 %), bælte fra 10 til 7 (30 %), bælte + remme fra 16 til 1 (93,6 %) og beroligende medicin fra 16 til 8 (50 %).

Det bør bemærkes, at tvang med bælte plus remme i særlig grad er reduceret, hvilket som netop nævnt giver et procentvis fald på 93,6 %. Tidligere blev der hyppigt pålagt hånd- og fodremme. At der i første halvår af 2007 kun har været 1 bæltefiksering med hånd- og fodremme handler formodentlig om flere ting. For det første er lægerne blevet tilkaldt tidligere i processen, dvs. inden patienten er blevet fikseret. For det andet har patienterne fået beroligende medicin tidligere i processen, således at de ikke har nået "at køre helt op". For det tredje er personalet blevet bedre til at reflektere over situationer, som kan føre til bæltefiksering, og således ikke bare "handle på rutinen".

Der kan være mange årsager til, at den samlede tvang er faldet markant fra 2005 til 2007. Årsager kan være af såvel bred som mere specifik, lokal karakter:

- **Fokus på tvang som tema:** Det er vores oplevelse, at det kan være selve fokus på tvang som tema, der gør såvel os som patienter bedre til selve håndteringen. Her menes fokus i forhold til både forebyggelse, selve tvangssituationen og efterprocessen.
- **Risikovurdering:** At der er blevet foretaget aggressionsvurdering ved indlæggelse har givet afdelingspersonalet brugbare aggressionsforebyggende arbejdsredskaber. Således mener vi at være blevet bedre til at forebygge udadreagerende adfærd hos patienterne og dermed formodentlig også potentielle bæltefikseringer.
- **Mere beroligende medicin:** Forholdsmæssigt set er der i 2007 anvendt mere beroligende medicin end i 2005 (33 % i 2005 versus 42 % i 2007 set i forhold til antal tvangsforanstaltninger). Dette opleves i praksis ved en øget opmærksomhed på, at der bør gives beroligende medicin inden og under bæltefikseringer. Det kan formodes, at mere beroligende medicin kan mindske tiden, hvor en person ligger i bælte, og at medicin virker aggressionsreducerende.
- **Under- og eftersamtaler:** Det er vores oplevelse, at patienterne er blevet bedre til at reflektere over, hvornår og hvorfor de bliver aggressive. Det kan fx ses ved, at de skal besvare de samme spørgsmål ad flere omgange, og at de bliver bedre til at uddybe svarene, jo flere gange de bliver bedt om det. Det kan formodes, at øget refleksion og opmærksomhed kan virke befordrende på patienternes adfærd. Det samme mener vi gør sig gældende for afdelingspersonalets tænkning og adfærd i forhold patienterne.

Hvad angår **resultatmål 2** (patientoplevet kvalitet) og **resultatmål 3** (faglig/organisatorisk kvalitet) er der blevet indsamlet for sparsom data i forhold til at lave statistiske beregninger. Samtlige **procesmål** opleves dog rimeligvis at være blevet opfyldt i praksis, om end der ikke er lavet specifikke beregninger.

Iværksatte forandringstiltag

- **Risikovurdering:** Ved alle indlæggelser har der været lavet aggressionsvurderinger indenfor 72 timer. Ved indlæggelsessamtalen adspørges patienten, hvordan patienten håndterer grænsesætning, korrektion og konfrontation.
- **Under- og eftersamtaler:** Alle patienter, som udsættes for tvang under indlæggelse, har fået tilbudt under- og eftersamtale.
- **Spørgeskemaer:** Såvel patienter som personale er blevet bedt om at udfylde forskellige spørgeskemaer, både før, under og efter en tvangsepisode.
- **Punkt på møder:** Tvang som fast punkt til personalemøder.

Aggressionsvurdering har været det forandringstiltag, som har været mest befordrende for behandlingsarbejdet på R7. Ved at tale med patienten om aggressionsforvaltning, har vi fået mulighed for at kende patientens advarselstegn, således at vi tidligere i processen har kunnet tilkalde læge for i samråd med denne at forebygge potentiel aggression og tvang. Således har risikovurderingen tjent til såvel bedre profylaktisk sygepleje som konkret intervention, når aggressionen er opstået.

Kommentarer til processen

Det mest givende ved processen har været at opleve, at det er muligt "at gøre noget" i forhold til at reducere anvendelse af tvang. Det giver tryghed og sikkerhed for personalet at opleve, at den faglige indsats i forhold til tvang er blevet mere struktureret og systematiseret, og patienterne bliver tilsvarende trygge, når de finder ud af, at der tages hånd om deres aggressionsforvaltning. Det har været interessant, udfordrende og lærerigt at møde ansatte fra andre hospitaler, som er i samme situation som én selv, og det har ikke mindst været spændende at følge R7's lokale udvikling ved hjælp af statistik. Det har været særligt positivt at opleve, at tvangen er reduceret markant på R7 siden 2005. Alt i alt har vi fundet projektet meget givende på mange planer.

Processen var i starten præget af, at den resterende del af personalegruppen var uforstående overfor valg af implementerede tiltag. Modstanden blev dog mindre som konsekvens af undervisning på temadage, og at de selv kom i gang med at arbejde med de nye tiltag. At nogle i starten var uforstående handler om, at informationsniveauet ikke var tilstrækkeligt, og at nogle har haft, og stadigvæk har, den holdning, "at vi helst vil gøre, som vi plejer". Yderligere var det i starten problematisk, at EPI-data ikke fungerede. Da Epi-data kom til, gav tiltagene mere mening, fordi vi kunne visualisere vores arbejde. Generelt set har processen haft vanskelige kår, fordi der har været stor udskiftning i teamgruppen. I projektperioden har der været udskiftet teammedlemmer fem gange. Som konsekvens heraf har kun én medarbejder været gennemgående i projektet.

Kravene var fra starten høje fra styregruppens side. På 1. seminar skulle vi forholde os til mange ting meget hurtigt uden at have grundfundamentet i orden. Vi skulle arbejde videre med noget, som andre havde taget stilling til for os i form af Forandringskataloget. Vi oplevede det som stressende, fordi der var høje krav, og meget som skulle tages stilling til. På 2. seminar var vores forståelse for projektet blevet bedre, og vi gik hjem med nogle gode redskaber til det videre arbejde. På 3. seminar havde vi mere fagligt og personligt overskud, fordi vi var kommet godt ind i projektet, og fordi erfaringsudvekslingen med andre afdelinger havde været givende. Det bør afslutningsvist påpeges, at Gennembrudsprojektet kan opleves som værende "for akademisk" og "for kvantitativt" i forhold til en konkret arbejds hverdag på en travl psykiatrisk afdeling. Informationsmængde og -niveau har været højt hele vejen igennem, hvilket har medført, at man ofte ikke har haft mulighed for at afsætte tid til at læse alt materiale igennem, og det har været krævende at skulle indtaste og aflæse megen statistik.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Som udgangspunkt ønsker vi at fortsætte med at arbejde med tvang som tema. For nuværende er tvang et fast punkt på alle personalemøder, og de valgte tiltag (risikovurdering, under- og eftersamtaler samt spørgeskemaer) forbliver en integreret del af behandlingen på R7. Ligeledes er aggressionsforebyggelse blevet en vigtig del af behandlingen, som vi ønsker at arbejde videre med og gerne forbedre i fremtiden. Under 3. læringsseminar er vi blevet inspireret af, at vi fremover kunne have fokus på at skabe mere aktivitet på afdelingen. Dette kunne eksempelvis være at tilskynde endnu mere til sportslige aktiviteter og i det hele taget at indrette behandlingen efter den enkeltes ønsker og behov. Det er vigtigt for os, at vi fremover arbejder med enkle, virksomme tiltag, og at vi ikke gør projektet mere krævende end nødvendigt er i forhold til det praktiske patientarbejde.

Hospitalets ledelse støtter os i, at de to lukkede afdelinger (R7, R1), som har deltaget i projektet, bør arbejde videre efter projektets afslutning, og at der på hospitalets andre retspsykiatriske afdelinger skal implementeres lignende tiltag. Ledelsen har meldt ud, at R7 og R1 skal være foregangsmænd i forhold til at inspirere hospitalets afdelinger til at arbejde mere med tvang i fremtiden. Det er bl.a. blevet foreslået, at R1 og R7 skal lave "road shows" for at videregive lokale erfaringer med projektet, at projektet er oplagt som tema til temadage og undervisningsseancer i det hele taget, og at der evt. kunne laves en lokal statistisk database kun beregnet for Sct. Hans Hospital. På konkret plan har man talt om at laminere de skemaer, som afdeling R1 og R7 allerede har "opfundet" og afprøvet, således at sådanne kunne genbruges på andre afdelinger. Det er ligeledes meningen, at arbejdet med tvang skal tænkes sammen med, at hospitalet aktuelt er i gang med at implementere kognitiv miljøterapi. Processen omkring alt dette er dog i sin spæde opstartsfasen.

Diagrammer og tabeller

Antal tvangsepisoder sidste halvår 2005	Antal tvangsepisoder første halvår 2007
49	19

Antal tvangsepisoder specificeret (sidste halvår 2005, i alt 49)	Antal tvangsepisoder specificeret (første halvår 2007, i alt 19)
Fastholden: 7	Fastholden: 3
Bælte: 10	Bælte: 7
Bælte + remme: 16	Bælte + remme: 1
Beroligende medicin: 16	Beroligende medicin: 8

Tvangsreduktion i tal (2005→2007)	Tvangsreduktion i procent (2005→2007)
Overordnet: 49 ⇒ 19 (30 p.point)	30:49 = 0,6122 = 61,2 %
Fastholden: 7 ⇒ 3 (4 p.point)	4:7 = 0,5714 = 57,1 %
Bælte: 10 ⇒ 7 (3 p.point)	3:10 = 0,3 = 30 %
Bælte + remme: 16 ⇒ 1 (15 p.point)	15:16 = 0,9375 = 93,6 %
Beroligende medicin: 16 ⇒ 8 (8 p.point)	8:16 = 0,5 = 50 %

Gennembrudsprojekt

Team L1 Sct. Hans Hospital



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Psykiatrisk Center Sct. Hans, Afsnit L1
Teammedlemmer	Afdelingssygeplejerske Bodil Svare assisterende afdelingssygeplejerske Louise Preisler overlæge Mikkel Hauge Madsen kvalitetskoordinator Jeanet Kragerup
Beskrivelse af afsnittet	Afsnit L1 er et lukket retspsykiatrisk afsnit, der blev etableret 1. januar 2006. Afsnittet har eksisteret som alment lukket afsnit i mange år indtil da. Afsnittet har plads til 10 patienter, der fortrinsvis er diagnosticeret inden for det skizofrene spektrum og som tillige har en retslig foranstaltning i form af behandlingsdom, anbringelsesdom eller surrogatfængsling. Størstedelen af patienterne er mænd og aldersspredningen går fra 20 – 55 år. Patienterne er indlagt i afsnittet gennem måneder til år. Ca. 1/3 af patienterne er kronisk syge og har været indlagt i psykiatrisk regi i mere end 10 år. Fysiske rammer: Alle patienter har enestue, men deles om bad og toilet. Der er en stor ryger-dagligstue med udgang til terrasse. Derudover er der en ikkeryger-dagligstue. Begge dagligstuer har TV. Der er midt i afsnittet indrettet et motionsrum med diverse motionsredskaber. Tæt på kontoret i afsnittet findes akutstuen, hvor de fleste tvangsfikseringer finder sted. I akutstuen findes kun en seng med bælte. Når en patient stimuleres/aktiveres under tvangsfiksering bringes diverse redskaber m.v. ind i rummet. Nogle patienter tvangsfikseres dog på egen stue og ikke på akutstuen. Afsnittet er omgivet af en stor have med et højt hegn. Derudover findes et lille idrætsanlæg, også med højt hegn, hvor der er mulighed for div. aktiviteter fx boldspil og andre former for leg og idræt. For at komme ind i afsnittet skal alle igennem en sluse. Adgangen til haven og idrætsanlægget foregår gennem afsnittet. Personalenormering: Afsnittet har en normering på ca. 28 medarbejdere: sygeplejersker, plejere, social- og sundhedsassistenter. To af social- og sundhedsassistenterne er ansat som aktivitetsmedarbejdere og tæller ikke med i den daglige normering. Derudover er læger, fysioterapeut, socialrådgiver, psykolog og musikerterapeut tilknyttet afsnittet. I forbindelse med opstarten som retspsykiatrisk afsnit, har vi haft ønske om at sætte fokus på fysisk aktivitet, idet vi formoder, at det kan være medvirkende til at forebygge aggression og vold og derved reducere anvendelsen af tvang. I eftersommeren 2006 blev et observationsskema ved tvangsfiksering og eftersamtaler efter anvendelse af tvang implementeret. Dette skete som følge af anbefalingerne fra Gennembrudsprojektet 1. bølge. Observationsskemaet skal sikre, at den tvangsfikserede patient observeres og vurderes med

	henblik på at identificere patientens behov for behandling og pleje – og derved øge kvaliteten af den ydede behandling og pleje. Eftersamtale efter anvendelse af tvang blev implementeret mhp. at mindske brugen af tvangsforanstaltninger på Sct. Hans Hospital, idet patientens oplevelser anerkendes og respekteres, og patientens forslag til tiltag, der kan være medvirkende til at forebygge brugen af tvang indarbejdes i plejeplanerne desangående. Pr. 1. januar 2007 blev eftersamtaler jf. <i>Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien</i> et lovkrav.
Resumé af resultater	• Antallet af tvangsfikseringer steg med 679 % i projektperioden i forhold til baseline. Antallet af tvangsfikseringer faldt med 60 % i andet halvår af projektperioden i forhold til første halvår. Dette skyldes hovedsagelig én patient der gentagne gange blev tvangsfikseret. • Varigheden af tvangsfikseringer er faldet med 41 % i projektperioden i forhold til baseline. • 64,3% af patienter der har været tvangsfikseret udtrykker tilfredshed eller høj tilfredshed med personalets håndtering af tvangssituationen. • Mere end 90% af personalet vurderer den faglige kvalitet i forbindelse med konflikthåndtering og forebyggelse og tvangsanvendelse samt den faglige kvalitet i forbindelse med tvangsfiksering som meget høj.

Målsætning, resultatmål og procesmål

Afsnit L1 Psykiatrisk Center Sct. Hans har i Gennembrudsprojektet 2. bølge valgt at have fokus på tvangsfikseringer. Vi ønsker at forebygge anvendelsen af tvangsfiksering, og hvor dette ikke er muligt, ønsker vi at nedbringe varigheden af tvangsfikseringen. Derudover ønsker vi at udvikle og forbedre den faglige kvalitet ved brug af tvangsfiksering.

Lokal målsætning:

1. Udvikle den faglige kvalitet i forbindelse med konflikthåndtering og forebyggelse af aggression og vold
2. Reducere anvendelsen af tvangsfikseringer
3. Reducere varigheden af de enkelte tvangsfikseringer
4. Forbedre den patientoplevede kvalitet ved brug af tvangsfiksering
5. Udvikle den faglige kvalitet ved brug af tvangsfiksering

Ad.1. og ad. 2: Afsnit L1 ønsker at udvikle den faglige kvalitet i forbindelse med konflikthåndtering og forebyggelse af aggression og vold. Ved at sætte særlig fokus på dette har vi en formodning om, at vi kan reducere antallet af tvangsfikseringer.

Ad.3. og ad. 4: Fra ét patientinterview ved vi, at patienten oplevede, at varigheden af de enkelte fikseringerne kunne reduceres. Afsnit L1 ønsker at forbedre den patientoplevede kvalitet ved brug af tvangsfiksering. Derfor ønsker vi at undersøge, hvordan patienten oplever at blive tvangsfikseret samt at undersøge, hvilke forslag patienten har til at undgå tvangsfiksering en anden gang.

Ad.5: Afsnit L1 ønsker at udvikle den faglige kvalitet ved brug af tvangsfiksering. Derfor sætter vi fokus på observation af patienten under tvangsfiksering.

Lokale resultatmål

Vi ønsker i projektperioden at:

1. Nedbringe antallet af tvangsfikseringer med 25% i forhold til baseline
2. Den gennemsnitlige varighed af tvangsfikseringer nedsættes med 20% i forhold til baselineperioden
3. 50% af patienterne tilkendegiver tilfredshed med den måde, hvorpå personalet håndterer en tvangsfikseringssituation
4. 90% af personalet vurderer ved projektets afslutning, at konflikthåndteringen foregår på et højt eller meget højt fagligt niveau
5. 90% af personalet vurderer ved projektets afslutning, at håndtering af tvang sker på et højt eller meget højt fagligt niveau.

Lokale procesmål:

1. Implementering af fysisk aktivitet i afsnittet
 - 50% af alle patienter skal være fysisk aktive min. 30 min. om dagen alle hverdage.
2. Alle tvangsfikserede patienter observeres i henhold til observationsskema ved tvangsfiksering. Målopfylde 100%
3. Personalet vurderer min. en gang i timen, om tvangsfiksering fortsat er nødvendig. Dette dokumenteres i observationsskemaet.
4. 95% af personalet deltager i undervisning i konflikthåndtering og anerkendende dialog
 - 95% af personalet deltager i temadag; ny psykiatrilov, konflikthåndtering og kommunikation med den aggressive patient
 - Udarbejdelse af en kort tjekliste i forhold til taksonomien for faglig vurdering på "højt fagligt niveau"
5. Personalet spørges ved personalemøder og temadage om deres vurdering af det faglige niveau ved henholdsvis konflikthåndtering og tvangsfiksering

Målinger

Måling af reduktion af antallet af tvangsfikseringer

- Måling via indrapporteringer til Sundhedsstyrelsen, der også indtastes i EPI-data.

Måling af varighed af tvangsfikseringer

- Måling via optælling af varighed via opgørelser fra Sundhedsstyrelsen

Måling af patienttilfredshed i relation til personalets håndtering af tvangsfikseringssituationerne

- Måling via spørgeskema udleveret til patienterne

Måling af personalets generelle vurdering af det faglige niveau i relation til konflikthåndtering

- Måling via spørgeskema udleveret til personalet

Måling af personalets specifikke vurdering af det faglige niveau i relation til konflikthåndtering

- Måling via spørgeskema udleveret til personalet

Måling af personalets generelle vurdering af det faglige niveau i relation til tvangsfiksering

- Måling via spørgeskema udleveret til personalet

Måling af personalets specifikke vurdering af det faglige niveau i relation til tvangsfiksering

- Måling via spørgeskema udleveret til personalet

Måling af procenten af patienter der er fysisk aktive min. 30 min. om dagen alle hverdag

- Måling via audit på daglige opgørelser

Måling af procenten af tvangsfikserede patienter der observeres i henhold til observationsskema

- Måling via audit på observationsskemaer

Måling x 1 i timen af vurdering af om tvangsfiksering fortsat er nødvendig

- Måling via audit på observationsskemaer

Måling af procenten af patienter der tilbydes eftersamtale efter tvangsfiksering

- Måling via audit

Måling af procenten af personalemedlemmer der deltager i temadag om ny psykiatrilov, konflikthåndtering og kommunikation med den aggressive patient

- Måling via optælling af fremmøde

Resultater

Tvangsfiksering

	Antal tvangsfikseringer
Baseline: 1. januar – 30. juni 2006	14
1. juli – 31. december 2006	95
1. januar – 30. juni 2007	38

Antallet af tvangsfikseringer er steget markant i projektperioden i forhold til baseline: 679% i første halvår af projektperioden og 271% i andet halvår af projektperioden. Dette skyldes hovedsageligt, at én patient har været tvangsfikseret adskillige gange, i perioder dagligt.

Antallet af tvangsfikseringer er faldet med 60% fra 1. halvår af projektperioden til andet halvår af projektperioden, selv om den pågældende patient fortsat har været indlagt i afsnittet.

Denne patient er svært syg og er i perioder svært aggressiv og udadreagerende samt selvmutilerende.

Dette er ikke en ny situation for patienten. Vedkommende har gennem de seneste år været præget af denne aggressive og voldelige adfærd, hvilket også har resulteret i flere domme for vold. Patienten blev indlagt i afsnittet i maj 2006 og kort efter kan vi se, at antallet af tvangsfikseringer steg markant. Især i første halvår af projektperioden har denne patient været tvangsfikseret adskillige gange. I andet halvår af projektperioden har patienten været tvangsfikseret færre gange og varigheden af tvangsfikseringerne er afkortet. Dette skyldes, at patienten har fået det lidt bedre, og at det da har været muligt at lave aftaler med patienten om, at blive løsnet efter kortere tid i bæltet. Især aftaler om at løsne patienten af bæltet om natten, når patienten sover, har medført kortere fikseringstid. Det har ligeledes været muligt, at aktivere/aflede patienten i øget omfang under fikseringen, hvorved fikseringslængden er afkortet. Denne patient har også haft gavn af den fysiske aktivitet, der er implementeret i afsnittet, og det har nogle gange været muligt at forebygge en tvangsfiksering ved, at patienten fx har cyklet på kondicykel i motionsrummet, når der har været optræk til aggression og evt. voldelig adfærd.

Den gennemsnitlige varighed af tvangsfikseringerne er faldet med 41%. Således var den gennemsnitlige varighed af fikseringerne 17 timer i baselineperioden, mens den er 10 timer i projektperioden. Dette kan skyldes, at tvangsfikserede patienter aktiveres under fikseringen. Til dette er der udarbejdet et katalog over aktiveringsmuligheder samt indkøbt redskaber og materiale, som kan anvendes af patienten – enten selvstændigt eller i samarbejde med et personalemedlem. Der har været anvendt 14 forskellige aktiviteter under tvangsfiksering, og det tidsmæssige forbrug på disse aktiviteter fordeler sig mellem 10 min. og 8 timer. Derudover har personalet, hvis det har været muligt, indgået aftaler med patienten om at løsne vedkommende af bæltet under søvn. Tidligere har man først løsnet bæltet, når patienten vågnede.

Fysisk aktivitet

Afsnit L1 har som lokalt procesmål, at 50% af alle patienter skal være fysisk aktive minimum 30 min. om dagen alle hverdage. I sommeren 06 var mere end 50 % fysisk aktive mere end 30 min. alle hverdage.

I projektperioden er dette procesmål kun opfyldt i april 07. Især september 06 lå vi lavt i procent. Dette skyldes, at der var svært dårlige patienter indlagt i afsnittet. I perioder var der tre patienter i overbelægning, hvorved motionsrummet blev inddraget til patientstue for at få sengeplads til alle patienterne. Antallet af tvangsfikseringer steg også i denne periode. I marts 07 lå vi også ret lavt i procent i forhold til fysisk aktivitet. Dette skyldes, at den ene af aktivitetsmedarbejderne var væk fra afsnittet i en 5 ugers periode pga. barsel og ferie.

Der er ingen tvivl om, at det er meget vigtig at have aktivitetsmedarbejdere som tovholdere, når det drejer sig om at motivere patienterne til fysisk aktivitet og at få gennemført aktiviteterne. Hvis ikke der i afsnittet var ansat aktivitetsmedarbejdere, ville vi uden tvivl ligge væsentlig lavere i antallet af patienter, der er fysisk aktive minimum 30 min. om dagen alle hverdage. Men det kan også tænkes at have en "ulempe", idet andet personale ikke føler sig ansvarlige for at gennemføre fysisk aktivitet med patienterne. Det ses, at når en eller begge aktivitetsmedarbejdere har været fraværende, daler antallet af patienter, der er fysisk aktive.

Opgørelser over fysisk aktivitet er udført siden foråret 06. Når vi i vinterhalvåret 06/07 scorer forholdsvis lavt i procesmålet, at 50% af alle patienter skal være fysisk aktive min. 30 min. om dagen alle hverdage, formoder vi, at det bl.a. kan skyldes, at det udendørs idrætsanlæg ikke er så attraktivt at anvende i vinterhalvåret, da idrætsanlægget ikke er overdækket.

Fra projektets start havde vi planer om, at udføre aktiviteter både i grupper og individuelt. Vi har nu erfaret, at den største succes opnås, når patienterne tilbydes

individuelle aktivitetstilbud. Det vil sige, at det overvejende er 1-1 kontakt, hvilket forbruger flere personaleressourcer. Dette kan også medvirkende til, at vi ligger lavt i procenten af patienter, der er fysisk aktive mere end 30 min. alle hverdage.

Observation af den tvangsfikserede patient

100 % af de tvangsfikserede patienter er blevet vurderet x 1 i timen i henhold til observationsskema og 100 % af tvangsfikserede patienter er blevet vurderet x 1 i timen med henblik på, om tvangsfiksering fortsat er nødvendig.

Eftersamtale

Der er ikke foretaget målinger af procenten af patienter, der har fået tilbudt eftersamtale efter ophørt tvangsfiksering. For nogle patienter ville det indebære, at vedkommende flere gange dagligt skulle have tilbudt eftersamtale. Dette har personalet vurderet som uhensigtsmæssigt og i stedet tilbudt patienten eftersamtale med jævne mellemrum, såfremt der ofte har været anvendt tvang. I nogle situationer anvendes der flere tvangsindgreb på samme tid fx bæltefiksering, remme og tvangsmedicinering, som ophæves på forskellige tidspunkter. Man har også i disse situationer valgt kun at afholde én eftersamtale, som da dækkede alle tvangsindgreb.

Patienter som "sjældent" har været underlagt tvang, er blevet tilbudt eftersamtale hver gang tvangen ophæves.

Patienttilfredshed

Måling af patienttilfredsheden med personalets håndtering af en tvangsfikseringssituation tvangsfikseres viser, at 64,3% af patienterne er tilfredse eller meget tilfredse med personalets håndtering, mens 35,7% er utilfredse eller meget utilfredse med personalets håndtering af situationen.

Personalets vurdering af den faglige kvalitet

Måling af personalets vurdering af det generelle og specifikke faglige niveau i relation til konflikthåndtering og tvangsfiksering viser, at mere end 90% af personalet vurderer kvaliteten af konflikthåndtering og tvangsfiksering til at være på et højt fagligt niveau. På en skala fra 1-10 vurderede personalet niveauet til 7,25 ved projektets start og 8,26 ved projektets afslutning.

Undervisning af personalet

95% af personalet har deltaget i temadage vedr. den ny psykiatrilov, konflikthåndtering og kommunikation med den aggressive patient.

Iværksatte forandringstiltag

1. Etablering af motionsrum i afsnittet
2. Etablering af udendørs idrætsanlæg i tilslutning til afsnittet
3. Konvertering af to stillinger til aktivitetsmedarbejderstillinger
4. Udarbejdelse af katalog med oversigt over aktiviteter under tvangsfiksering
5. Indkøb af materiale/redskaber til brug ved aktivitet under tvangsfiksering
6. Implementering af observationsskema til brug ved tvangsfiksering
7. Implementering af tillæg til observationsskema vedr. aktivitet og varighed af aktivitet under tvangsfiksering
8. Implementering af spørgeskema vedr. patienttilfredsheden i relation til personalets håndtering af tvangsfikseringssituationerne
9. Implementering af spørgeskema til måling af personalets generelle vurdering af det faglige niveau i relation til konflikthåndtering og tvangsfiksering
10. Implementering af spørgeskema til måling af personalets specifikke vurdering af det faglige niveau i relation til konflikthåndtering og tvangsfiksering
11. Implementering af eftersamtaler efter tvangsfiksering
12. Afholdelse af temadage med fokus gennembrudsprojektet

Ad. 1:

Afsnit L1 blev etableret som retspsykiatrisk afsnit pr. 1. januar 2006. I den forbindelse blev det besluttet at implementere fysisk aktivitet for alle patienter. Retspsykiatriske patienter er ofte indlagt imod deres vilje. De har derfor ofte begrænsninger i deres frihed og dermed tilsvarende begrænsninger for fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet blev set som en mulighed for at gøre det mere attraktivt for patienten at være indlagt i et lukket retspsykiatrisk afsnit. Derudover er fysisk aktivitet med til at forebygge livsstilssygdomme.

Set i forhold til gennembrudsprojektet kan fysisk aktivitet medvirke til at give afløb for vrede og aggression og anvendes i afsnittet i forbindelse med konflikthåndtering og afledning.

Via afdelingsledelsen er der søgt legatmidler til dækning af udgift i forbindelse med indkøb af redskaber/maskiner til motionsrummet, i alt kr. 28.845.

Ad. 2:

Hospitalsdirektionen har bevilget penge til bygning af et udendørs idrætsanlæg i tilknytning til afsnittet. Da der er tale om et lukket retspsykiatrisk afsnit, er det nødvendigt, at patienterne ikke skal forlade afsnittet for at komme til idrætsanlægget.

Ad. 3:

To social- og sundhedsassistentstillinger er konverteret til aktivitetsmedarbejderstillinger. De to medarbejdere indgår ikke i den daglige normering i afsnittet. Begge aktivitetsmedarbejdere har efter gennembrudsprojektets start gennemført en idrætsinstruktøruddannelse og har gennemført div. andre kurser fx psykomotorisk træning, leg og motion, motivering af patienten m.v.

Andre interesserede personalemedlemmer har ligeledes deltaget i kurser vedr. fysisk aktivitet, dog ikke i idrætsinstruktøruddannelsen.

Ad.4 og ad.5:

De to aktivitetsmedarbejdere har udarbejdet kataloget over aktivitetsmuligheder ved tvangsfiksering og der er indkøbt materiale fx ghettoblaster, cd'er, ugeblade, sudokublade, bolde, sengecykel, musikpude m.v. til brug ved tvangsfiksering.

Ad. 6:

Som følge af 1. bølge af gennembrudsprojektet blev det i vinteren 2006 besluttet af H:S Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri, at hospitalet skulle implementere et observationsskema ved tvangsfiksering. Implementering af dette startede derfor allerede i maj/juni 2006. Observationsskemaet er implementeret dels for at sikre, at alle områder i forbindelse med en intensiv observation, såvel fysisk som psykisk, bliver udført, og at der foreligger en dokumentation herfor. Observationsskemaet ligger hos patienten, og det er den faste vagts opgave at udføre observationerne. Disse skal dokumenteres x 1 i timen. Ligeledes skal det som min. vurderes x 1 i timen, om patienten kan løsnes af bæltet.

Ad. 7:

Skemaet er påbegyndt implementeret december 06. Første opgørelse blev foretaget februar 07. I skemaet opgøres aktivitetsform og varigheden heraf.

Ad. 8:

Spørgeskemaet er udarbejdet i eftersommeren 06 og er anvendt siden oktober 06. Patienterne spørges om tilfredsheden med personalets håndtering af tvangsfikseringssituationen og har 4 svarmuligheder: Meget tilfreds, tilfreds, utilfreds og meget utilfreds.

Ad.9 og ad. 10:

Efter flere PDSA-tests blev spørgeskemaet for den generelle vurdering implementeret i oktober 06. Personalet havde da ønske om også at vurdere det faglige niveau ved de specifikke tvangsfikseringer, og derfor blev et spørgeskema vedr. det faglige niveau i

specifikke situationer implementeret i november 06. For at kunne vurdere det faglige niveau er der udarbejdet en beskrivelse af, hvad der forstås ved et højt fagligt niveau, som er diskuteret på temadage, ved personalemøder m.v.

Ad.11:

Som følge af 1. bølge af gennembrudsprojektet blev det i vinteren 2006 besluttet af H:S Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri, at hospitalet skulle implementere eftersamtaler efter ophør af tvangsforanstaltninger. Implementering af dette startede derfor allerede i maj/juni 2006. Pr. 1. januar 2007 er dette blevet et lovkrav.

Ad. 12:

Der har været afholdt tre temadage for personalet, hvor gennembrudsprojektet har været et af fokusområderne hver gang. Formål og mål for projektet er blevet gennemgået. PDSA-tests er blevet gennemgået fx spørgeskemaer. Foreløbige resultater er blevet gennemgået. Nye forandringstiltag og forslag til nye forandringstiltag er blevet diskuteret. Der er undervist i konflikthåndtering og kommunikation med den aggressive patient.

Kommentarer til processen

Teamet har bestået af fire personer; en afdelingssygeplejerske og en assisterende afdelingssygeplejerske, der begge er ansat i afsnittet samt en overlæge der dækker flere afsnit og en kvalitetskoordinator, der er ansat i stabsfunktion til afdelingsledelsen. Overlægen flyttede fra afsnittet pr. 1. marts, og derefter har der ikke været lægerepræsentation i teamet.

Teamet er ikke mødtes med faste intervaller – men er mødtes efter behov. Nogle gange flere gange pr. uge – andre gange med 2-3 ugers interval. Derudover har teamet talt meget sammen pr. mail og telefon. Ingen har været frikøbt til projektet.

Der har i projektperioden været nedsat div. arbejdsgrupper med personale ansat i afsnittet, som har udarbejdet planer, måleredskaber m.v. mhp. implementering af forandringstiltag. Måleredskaber m.v. er blevet PDSA-testet.

I projektperioden har der til stadighed været 1-5 vakante stillinger i afsnittet, herunder barselsvikariater samt vikariater pga. uddannelsesorlov.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Det er vores overbevisning, at udvikling af kvalitet ved brug af gennembrudsmetoden i høj grad har medvirket til at fastholde kvalitetsudviklingsprocessen.

For Afsnit L1 har det været givende, at metoden har lagt op til involvering af hele personalegruppen, og at gruppen har haft indflydelse på hvilke kvalitetsudviklingstiltag der er valgt. Ved brug af PDSA-tests har det været muligt at "skræddersy" forandringstiltag til afsnittet.

Det har været meget gavnligt at deltage i læringsseminarer, og at der hver måned i månedsrapporterne skulle tages stilling til diverse tiltag og foreløbige resultater.

Gennembrudsprojektet er også ressourcekrævende, og såvel personalet i afsnittet som projektteamet har brugt mange arbejdstimer på projektet. Vi er dog af den overbevisning, at dette forbrug af arbejdstimer har været givet godt ud, da deltagelse i Gennembrudsprojektet 2. bølge har medvirket til at forebygge anvendelse af tvang og har øget den faglige kvalitet ved brug af tvangsforanstaltninger.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang

Fra eftersommeren 2007 vil alle patienter, der indlægges i afsnittet blive interviewet mhp., om de tidligere har udvist aggressiv adfærd, og hvilke erfaringer de har for hvad der kan forebygge aggression og vold. Patientens forslag og erfaringer i denne henseende vil blive anvendt til at forebygge anvendelse af tvang.

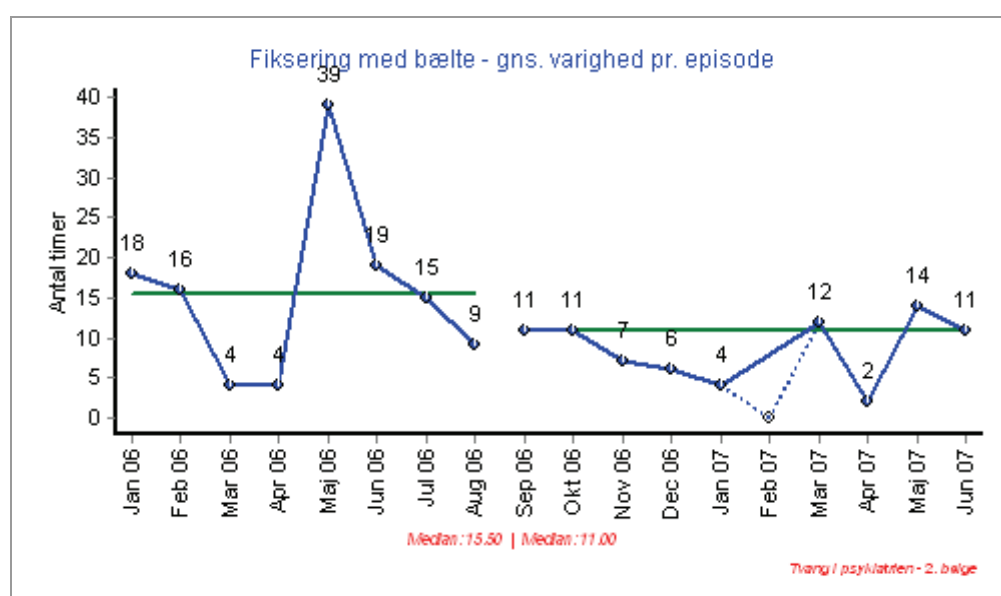
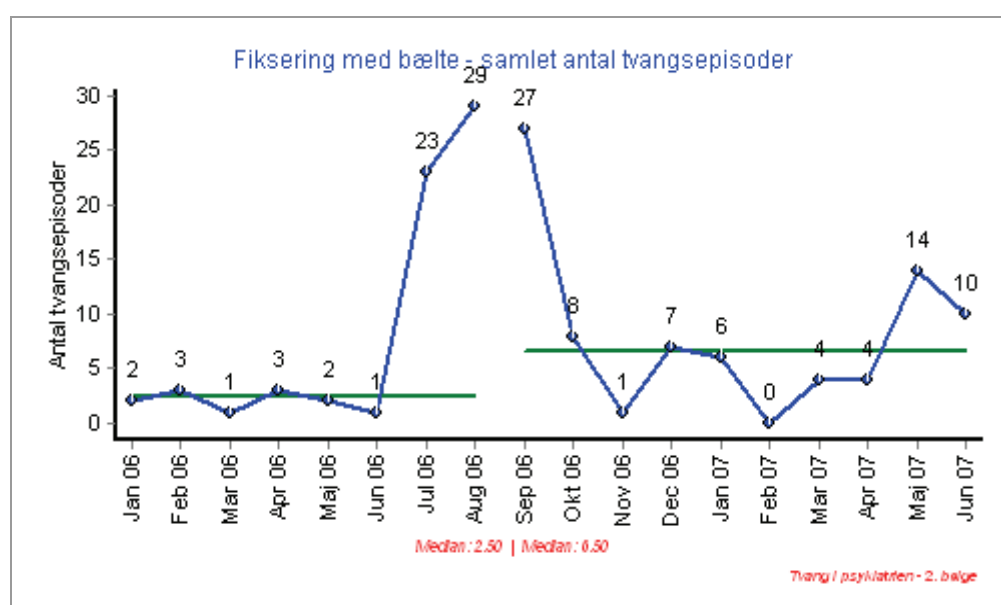
Afdelingsledelsen Afdeling L har bedt to medarbejdere om at gennemføre et større kvalitetsudviklingsprojekt vedr. tvang i psykiatrien. Som grundlag for dette arbejde har de to medarbejdere på nuværende tidspunkt udført tre forundersøgelser, som vil være udgangspunkt for kvalitetsudviklingsprojektet. Der er tale om:

- Et speciale på kandidatuddannelsen i pædagogisk psykologi omhandlende hvilke kommunikative tiltag, der kan reducere aggression og vold og derved forebygge brugen af tvang.
- En kritisk diskursanalyse på tilfældigt udtrukne journalnotater. Disse vil blive anvendt mhp. at kortlægge, hvilken betydning personalets italesættelse af den aggressive og voldelige patient kan få for personalets holdning til patienten og derved også holdningen til og beslutning om at anvende tvang.
- Tre interview (to interview af medarbejdere og et interview af en patient). Disse vil blive anvendt mhp. at indkredse personalets og patienters oplevelse af tvangsanvendelse og derved søge at afdække, om der eksisterer yderligere tiltag, som kan være med til at reducere tvangsanvendelsen. Samt at afdække hvilken betydning personalets holdning til patienten og derved anvendelse af tvang kan få.

Ovenstående skal som sagt ses som forundersøgelser til at undersøge om og i så fald hvordan personalets "tilstand" fx angst, magtesløshed, håbløshed, udbrændthed m.v. kan få for anvendelsen af tvang. Dette er valgt, idet Afdeling L har flere patienter indlagt, som gentagne gange udviser aggressiv og voldelig adfærd, og vi har en hypotese om, at dette må påvirke personalet på en måde, så det får betydning for holdningen til tvangsanvendelse.

Afdeling L har to lukkede afsnit. I det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang i psykiatrien inddrages begge lukkede afsnit.

Diagrammer og tabeller



Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	0	2	3
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	0	2	3
Antal dages tvangstilbageholdelse	0	6	158
Gns. antal dages tvangstilbageholdelse pr. patient	0	3	53
Gns. antal dages tvangstilbageholdelse pr. forløb	0	3	53

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	7	7	6
Antal forløb med bæltefiksering	12	95	38
Antal timers bæltefiksering	199	1032	377
Gns. antal timers fiksering pr. patient	28	147	63
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	17	11	10

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	4	4	5
Antal ordinationer af beroligende medicin	9	74	11
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	2	18	2

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	5	5	7
Antal fastholdelser	16	13	19
Gns. antal fastholdelser pr. patient	3	3	3

Gennembrudsprojekt

Team Risskov



Statusrapport

STATUSRAPPORT

Hospital og afdeling	Team Risskov Region midtjylland Psykiatrisk afsnit N3 Skovagervej 2 8240 Risskov Tlf.: 77 89 21 51
Teammedlemmer	Sygeplejerske Dorte Palmelund, Dpa@psykiatri.aaa.dk Tlf. 77 89 21 51 Sosuass. Torben Schou, Tbs@psykiatri.aaa.dk Tlf. 77 89 21 51 Overlæge Runa Sturlason, Stu@psykiatri.aaa.dk Tlf. 77 89 25 51 Afd.sygepl Lene Laugesen, Lgl@psykiatri.aaa.dk Tlf. 77 89 21 51
Beskrivelse af afsnittet	Afsnit N3 er en del af almenpsykiatrisk afdeling Nord. Med plads til 16 patienter. Afsnittet er opdelt i 2 specialer, 8 retslige patienter og 8 intensive patienter. Det er den intensive enhed, der indgår i projektet. I intensivenheden indlægges de dårligste patienter i Nord, svært psykotiske og ofte udadreagerende. Når den akutte tilstand er behandlet overflyttes patienten til sit stamafsnit. Vi har dermed mange, korte indlæggelser. Men psykiatrien udvikler sig hele tiden – af mange grunde. Så pga. økonomi ændredes vores funktion pr. 20/11 2006. De 8 intensive pladser er nu skærmet almenpsykiatriske for ny Favrskov kommune. Vi behandler patienterne fra indlæggelse til udskrivelse. Det betyder en ændring i vores arbejdsopgaver såvel som de øvrige afsnits opgaver idet de intensive patienter nu fordeles på alle afsnit. Personalebruttonormeringen var som intensivt + retslig enhed 37 fuldtidsstillinger, som almenafsnit + retslig er den 28,5.
Resumé af resultater	Gennem projekteperioden er afsnittet som bekendt ændret fra at være et intensivt afsnit til at være et alment psykiatrisk afsnit. Vores mål var at nedbringe anvendelsen af beroligende medicin med tvang, dette har vi nået. Umiddelbart tror vi ikke, det er som resultat af gennembrudsprojektet, at resultatet i den grad, er positivt. Vi tror strukturændringen bærer en stor del af skylden herfor. Ændringen har betydet at de dårligste patienter igen er "delt" ud på stamafsnittene, der igen har fået øget tvang. Dette ved vi godt er en påstand, men under udarbejdelsen af slutrapporten forligger tallene endnu ikke. I forhold til at være et alm. sengeafsnit kan vi dog se, at vi ikke anvender tvangsforanstaltninger i så høj en grad som vores naboafsnit. Dette resultat tillægger vi de kvalifikationer og kompetencer afsnittet har oparbejdet i forbindelse med at have været intensiv. Det vi som afsnit, er blevet en del klogere på er, hvor stor en betydning, det har for den enkelte patient, at få tvangs episoden talt igennem efterfølgende. På baggrund af "eftersamtalerne" i

	forbindelse med en tvangsepisode, har vi gennem projektet erfaret, at det allerede i forbindelse med indlæggelsen er en god ide, at få patienten til at verbalisere hvad der i givne spidsbelastnings situationer er til gavn for den enkelte, og af den vej være med til at mindske brugen af tvang.
--	--

Målsætning, resultatmål og procesmål

Lokal målsætning:

Vi ønskede at forbedre praksis omkring anvendelsen af tvang i forbindelse med beroligende injektioner, der er givet efter skema 3.

Vi ønskede samtidig at afdække og forbedre patienternes oplevelse af beroligende medicinering, herunder at den patientoplevede kvalitet øges.

Til dette brug udvikles et spørgeskema til brug efter episoder i registreringsperioden. (1/7 2006 – 30/4 2007)

Lokalt resultatmål:

Vi ønsker at halvere antallet af skema 3 registreringer af injektioner i forhold til baseline (1.halvår af 2006).

Lokale procesmål:

Vi nedbringer tiden af fastholdelse, ved at have færdigblandet medicin klar.

Vi arbejder med bedre "styring" af de enkelte tvangsepisoder, ved at forberede os sammen, inden vi går til patienten. Hvem der bliver inde hos patienten efterfølgende er aftalt.

Alle patienter, der har fået injektioner mod deres vilje, tilbydes eftersamtale senest 1 døgn efter tvangsepisoden.

Alle patienter har samtidig fået udfyldt et mestringskema eller anden aftaleark med henblik på at forebygge uro med intensiv skærmning/miljøaktiviteter (dette fremgår af PANSS skemaer og cardex)

50 % flere patienter modtager frivilligt den nødvendige p.n. medicin.

Målinger

Data fra tvangsprotokollerne for hele perioden er indtastet i EPI data.

Data omkring patienttilfredshed er blevet indsamlet via udlevering af patienttilfredshedschemaet. Hvis der har været anvendt tvang desuden det "gule" spørgeskema og databehandlet af Det Nationale sekretariat.

Resultater

Vores mål var, at antallet af injektioner givet ved tvang efter skema 3 skulle halveres.

Medianen i baseline perioden var 11 i projektperioden 4. Dvs. målet er så rigeligt nået.

Det flotte resultat skyldes dog ikke kun "gennembrudsprojektet". Funktionsændringen i afsnittet har haft stor betydning.

Vi har i begge perioder ikke haft voldsomt mange episoder hvor anvendelse af tvangsmedicinering har været nødvendig. Tallene er meget afhængige af hvilke patienter vi har indlagt, ofte vil det være den samme patient, der registreres flere gange. F.eks. januar 2006 er der registreret 29 episoder, hvor beroligende medicin er givet ved tvang, en patient er registreret for 50% af episoderne.

Et år frem januar 2007 er der registreret 5 episoder, som alle hidrører den samme patient.

Vi ville nedbringe tiden af fastholdelse, ved at have færdigblandet medicin klar. Det er ikke lykkedes os at have færdigblandet medicin liggende klar. Dette skyldes flere faktorer bl.a. medicinens holdbarhed efter at være trukket op. Medicinen kan godt nok holde sig 24 timer efter den er trukket op, men infektionsrisikoen øges markant. Desuden var der i personalegruppen modstand mod, at give medicin andre havde trukket op. En tredje faktor er nu, hvor vores funktion er ændret er det meget sjældent, det er aktuelt.

Vi er blevet mere bevidste om planlægning inden vi går indtil patienten i forhold til alle tvangsanvendelser. Især det at aftale hvem der bliver hos patienten efter episoden, har øget kvaliteten i omsorgen for patienten, da det før ofte var sådan, at alle gik ud efter episoden og vi der aftalte hvem der skulle være hos patienten.

Vi tænkte, at eftersamtaler ville være et godt redskab i forhold til at nå vores mål. Det har det også vist sig at være. Patienterne føler sig mere inddraget og personalet får øget viden om patientens oplevelse.

Processen med indførelse af eftersamtaler var ikke problemfri.

Kontaktpersonen afholdt ikke eftersamtalerne. Adspurgt var det fordi det var for besværligt at finde de forskellige papirer. Derfor blev det fast procedure, at alle papirer vedrørende tvang findes i den samme mappe - "tvangsmappen"

Spørgeskemaet var ikke optimalt, vi fik ikke de svar vi skulle have, for at kunne måle på det. Enten fordi spørgsmålene ikke har været klare nok formulerede, eller de har været for subjektive, sådan en omskrivning til "noget målbart" ikke var muligt.

Det virkede provokerende på patienterne, at de blev spurgt om "hvad der udløste tvangssituationen" som det første spørgsmål, og derfor afviste at deltage i projektet.

Via PDSA tests har vores eftersamtaleskema gennemgået flere forskellige forandringer.

Om det nuværende skema er det endelige, vil tiden vise !

Dokumentationen af eftersamtalen findes i form af det udarbejdede spørgeskema samt en registrering af deltager antal.

Ved at spørge den samme patient ved hver tvangssituation, troede vi, at den enkeltes rating af oplevelsen gradvis ville synliggøre et mindre negativt billede af oplevelsen, fordi personalet blev bedre til, på baggrund af eftersamtalerne, at tyde patientens behov for beroligende medicin og derved undgå en tvangssituation. Det viste sig, at det ikke var nok.

Det var i denne forbindelse vi "opfandt" mestringskemaet. Vi kunne se, at vi havde brug for, i samarbejde med patienten, at finde frem til brugbare strategier, når denne fik det dårligt for profylaktisk at hindre tvangssituationer.

Iværksatte forandringstiltag

- eftersamtaler
- mestringskema

Udover ovenstående som er en direkte konsekvens af deltagelse i "gennembrudsprojektet" har vi i projektperioden desuden arbejdet med:

Forebygge aggressioner:

- Risikovurdering ved anvendelse af PANSS som cardex.
- Uddannelse af personale: vi har fået konflikthåndteringsinstruktører i alle afsnit, således at en løbende undervisning af personalet er lettere at effektuere og nye medarbejdere og studerende / elever bliver undervist hurtigt efter start i afsnittet.

Bæltefiksering:

- vi har på temadag i april haft sygeplejerske Bente Petersen fra Herning til at fortælle om, hvad en bæltefikseringsjournal er og hvordan de i Herning anvender den. Vi synes det lød meget spændende og det er vores intention at indføre bæltefikserers journaler i afsnittet.

Dokumentation:

- Vi har indført nyt cardexsystem i både den almene del og i den retslige del. I den almene enhed er cardex bygget op omkring PANSS. I den retslige enhed er cardex udarbejdet med udgangspunkt i VIPS.

Pårørendesamarbejde:

- Der er i afd. N nedsat en kvalitetsorganisation bestående af en specialuddannet sygeplejerske fra hvert sengeafsnit og lokalpsykiatrierne. Der er afsat 12 timer pr. uge / afsnit til dette.
- Gruppen har gennem efteråret og vinteren arbejdet med bruger- og pårørendetilfredshedsundersøgelsen fra 2005. gennem litteratur studier og undersøgelse i praksis kommer gruppen med forslag til forbedringer. Gruppens medlemmer er aktive i forbindelse med implementering af tiltagende ved at være i afsnittet i det daglige samt ved undervisning.

Ansættelse af en afdelingssekretær i flexjob:

- dette har betydet at personalet i højere grad kan koncentrere sig om deres primære opgave, at passe patienterne, da sekretæren tager sig af mange administrative opgaver samt telefonen !

Kommentarer til processen

Strukturændringen af afsnittet, har betydet at projektet halvvejs i perioden blev ændret. Dette var "styregruppen" gjort opmærksom på, inden projektets start. Ændringen har bevirket, at vi har haft svært ved at gennemskue hvorfor resultaterne er som de er. Er det pga. gennembrudsprojektet eller er det strukturændringen der har haft størst indflydelse på resultaterne.

Teamets arbejdsforhold: Der er ikke tildelt afsnittet ekstra ressourcer til at deltage i projektet. Halvvejs i projektperioden trådte et medlem ud og en anden kom ind. Det har været svært at få den fornødne tid til at mødes, og det har bl.a. betydet at vi har haft svært ved at danne en "hel ny gruppe".

Da det nu er et lovkrav, at der efter hver tvangsepisode udføres eftersamtale, forsvandt det unikke i "vores" projekt, men gennem projektet opnåede vi, at være på forkant med den nye psykiatrilov. Vi havde udarbejdet spørgeskemaer og afprøvet dem, implementeringen af disse blev derfor lettere end vi havde forventet. Informationen, løbende gennem projektet, omkring tvangsanvendelse i afsnittet, har bevirket at personalegruppen i langt højere grad tænker på og taler om den enkelte tvangsepisode end hidtil.

Det vi har lært er, at der ikke skal så meget til for at ændre tingene, og det endda når vi i processen kan se, at det overvejende har været projektgruppens arbejdsredskab, og nogen egentlig implementering med undervisning o.l. ikke som sådan, har fundet sted. Alligevel er det blevet en del af hverdagen at afholde eftersamtaler og efterfølgende tage udgangspunkt i de erfaringer, der er fremkommet på baggrund af eftersamtalerne, for profylaktisk at blive bedre til at "læse" patienten. Udfyldelsen af "mestringssemaet", er endnu ikke blevet en fast procedure i vores dagligdag. Vi skal blive bedre til ved indlæggelsen at få udfyldt dette skema.

Men, Men en af de helt store problemskabere har været vores computer system.. Ting, der bliver slettet når IT-afdelingen har "kørt" deres sikkerhedstjek. Dokumenter der ikke kan åbnes, fordi systemet ikke vil acceptere tingene. Computere der ikke kan tale sammen osv. osv..., har i den grad været med til at vanskeliggøre projektet, da der er lagt megen energi i, at få dette til at virke, frem for på selve projektet.

Erfaringer med at arbejde efter Gennembrudsmetoden

Ganske banalt: at øge samarbejdet med patienten øger kvaliteten af vores arbejde. God forberedelse letter implementeringen. Den største udfordring har været tidsmangel.

Spredning:

Eftersamtalseskemaet som vi udarbejdede til projektet, anvendes nu på alle afsnit i afd. nord.

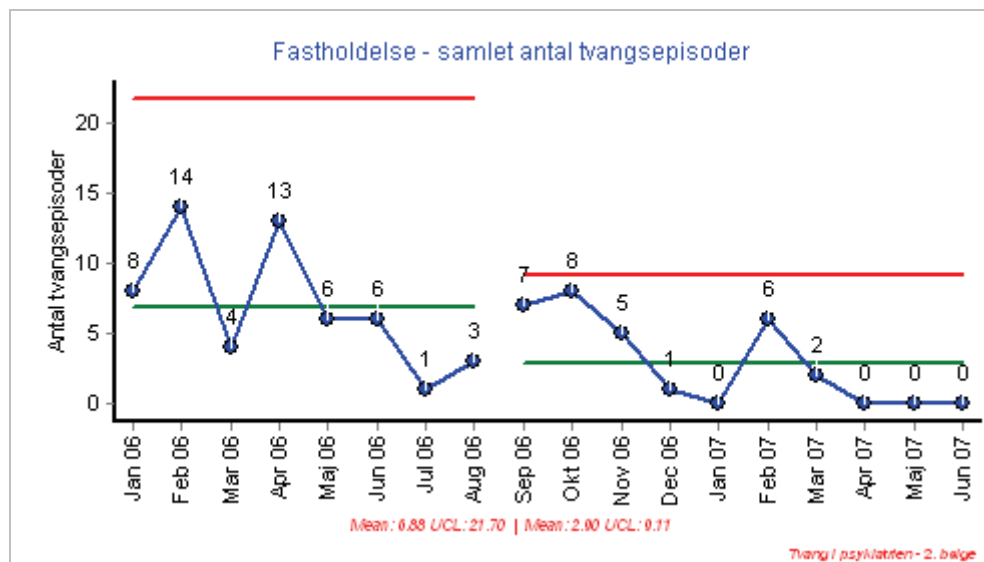
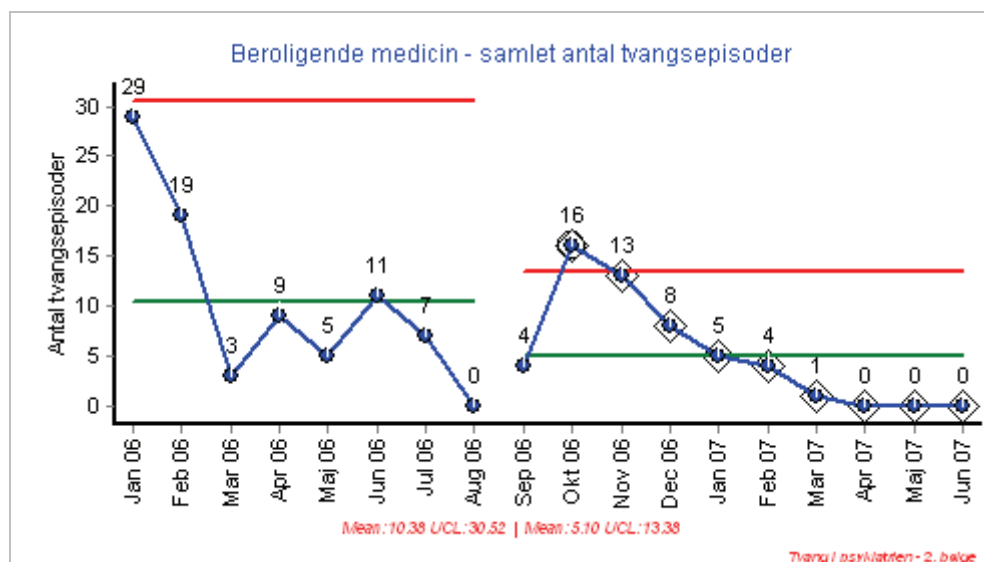
Vi har undervist i vores PANSS-cardex i afd. nord, på Bispebjerg Hospital og på 3. læringsseminar, er det formidlet videre til øvrige projektgrupper, og er fremsendt til andre deltagere i Gennembrudsprojektet.

Det videre kvalitetsudviklingsarbejde vedr. tvang...

Vi vil naturligvis fortsat arbejde med at minimere tvangsanvendelse. Vi har gennembrudsprojektet fået kendskab til metoder, der med fordel kan anvendes i arbejdet.

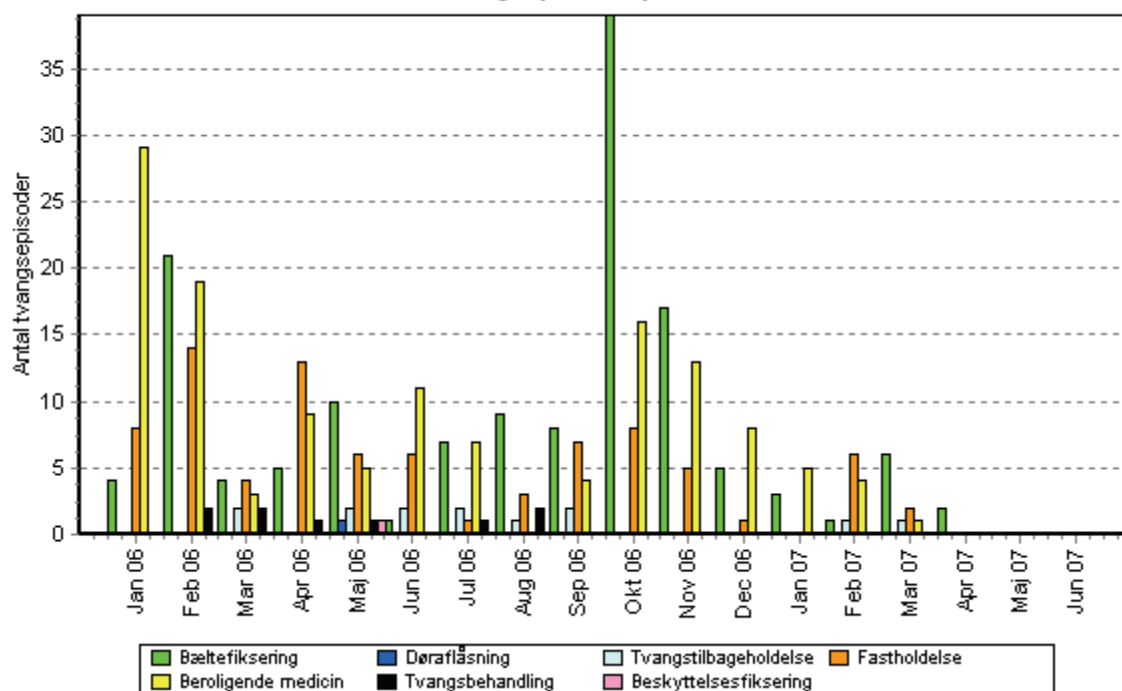
Bevidstheden om, at tingene hænger sammen bevirker, at vi vil optimere modtagelsen af patienten og de første timers indlæggelse bl.a. ved at standardisere modtagelsen af nye patienter.

Diagrammer og tabeller



Vi har medtaget fastholdelses diagrammet for at illustrere magtanvendelsen i forbindelse med beroligende medicin efter skema 3.

Antal tvangsepisoder pr. måned



Tvangsbehandling	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangsbehandlet	4	1	0
Antal forløb med tvangsbehandling	6	3	0
Antal dage tvangsbehandling	230	30	0
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. patient	58	30	0
Gns. antal dage tvangsbehandling pr. forløb	38	10	0

Tvangstilbageholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været tvangstilbageholdt	4	5	2
Antal forløb med tvangstilbageholdelse	6	5	2
Antal dage tvangstilbageholdelse	92	128	74
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. patient	23	26	37
Gns. antal dage tvangstilbageholdelse pr. forløb	15	26	37

Døraflåsning	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, som døren har været låst for	1	0	0
Antal forløb med døraflåsning	1	0	0
Antal timers døraflåsning	1129	0	0
Gns. antal timers døraflåsning pr. patient	1129	0	0
Gns. antal timers døraflåsning pr. forløb	1129	0	0

Bæltefiksering (ekskl. remme)	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været bæltefikseret	10	12	5
Antal forløb med bæltefiksering	26	55	5
Antal timers bæltefiksering	553	1064	254
Gns. antal timers fiksering pr. patient	55	89	51
Gns. antal timers fiksering pr. forløb	21	19	51

Beroligende medicin	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har fået beroligende medicin	16	13	3
Antal ordinationer af beroligende medicin	76	48	10
Gns. antal ordinationer af medicin pr. patient	5	4	3

Fastholdelse	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været fastholdt	14	12	3
Antal fastholdelser	51	25	8
Gns. antal fastholdelser pr. patient	4	2	3

Beskyttelsesfiksering	1. halvår 2006	2. halvår 2006	1. halvår 2007
Antal patienter, der har været beskyttelsesfikseret	1	0	0
Antal beskyttelsesfikseringer	1	0	0
Gns. antal beskyttelsesfikseringer pr. patient	1	0	0