

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

- 2. bølge

Evaluering af
projektets
2. bølge



Nationalt kvalitetsprojekt
– TVANG I PSYKIATRIEN

November 2007

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

Udover denne rapport er der udarbejdet følgende publikationer: "Statusrapporter" og "Bag om tallene – 2. bølge".

Alle publikationen ligger som elektroniske dokumenter og kan downloades fra:
www.videnscentergennembrud.dk under "Projekter" / "Tvang i psykiatrien – 2. bølge"

Henvendelse vedrørende projektet:

Afdelingsleder Britta Ravn, Britta.Ravn@stab.rm.dk, 8728 4950

Projektleder Lea Nørgaard Bek, Lea.Bek@stab.rm.dk, 8728 4959

ISBN nr. 978-87-92176-07-3

© Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

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

November 2007

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1. Indledning	6
Baggrund	6
1. bølge af projektet (2004-2005)	6
2. bølge af projektet (2006-2007)	6
Forudsætninger for deltagelse	6
Gennembrudsmetoden	6
Projektets rammer og organisering	7
Resultater	7
Læsevejledning	7
Kapitel 2. Ændring af praksis omkring tvang	8
Oversigt over iværksatte forandringstiltag i projektperioden	8
De mest effektfulde forandringstiltag	11
2.1 Opsummering	12
Kapitel 3. Patienternes vurdering	13
Et øjebliksbillede	13
Sammenligning	13
Patienternes oplevelse af personalets brug af tvang	14
Opbygning af indstik til spørgeskema	14
Svarprocent	14
Et hurtigt overblik	14
Patienternes oplevelse og vurdering af indlæggelsen	21
Opbygning af spørgeskema	21
Svarprocent	21
Et hurtigt overblik	21
Patienternes samlede vurdering	21
Opsummering	25
Kapitel 4. Udviklingen i den faglige og	27
Kompetenceudvikling og læringsmiljø	27
Forandret praksis vedrørende tvang	27
Lokale mål for arbejdet med den faglige og organisatoriske kvalitet	27
Implementeringsprocessen	33
Kulturændring og øget fællesfaglig forståelse	33
Personalets engagement, tilfredshed og arbejdsmiljø	35
Dokumentation og monitorering	36
Ledelsesopbakning, tid og ressourcer	37
Har det været indsatsen værd?	38
4.2 Opsummering	38
Kapitel 5. Udviklingen i forhold til at minimere anvendelsen af tvang	39
EpiData	39
Datasæt fra 15 af de deltagende sengeafsnit	40
Kriterier for vurdering af resultater	40
Samlet overblik over tendenserne i datamaterialet	41
Opsummering	44
Bilag	45
Bilag 1: Oversigt over deltagende psykiatriske sengeafsnit i 2. bølge af kvalitetsprojektet	46

Bilag 2: Oversigt over Styregruppens medlemmer	47
Bilag 3: Oversigt over antal udleverede og indkomne indstik og spørgeskemaer	48

Kapitel 1. Indledning

Baggrund

Anvendelse af tvang i psykiatrien er et komplekst og følelsesladet emne. Tvang er ikke blot et problem for den enkelte patient, det er også et samfundsmæssigt anliggende, der ofte bliver sat fokus på såvel politisk som i medierne.

Skønt tvang er beskrevet og reguleret i psykiatriloven, så foregår selve tvangsudøvelsen ofte i et etisk spændingsfelt mellem overgreb på et menneskes personlige grænser og integritet, og omsorgssvigt i forhold til ikke at kunne yde den nødvendige behandling til patienten. Dette skisma har rødder i en grundlæggende værdi i det danske sundhedsvæsen, hvor det enkelte menneske har frihed til selv at vælge eller fravælge behandling. Derfor er det overordentligt vigtigt at have fokus på anvendelsen af tvang i psykiatrien, på omfanget og den kvalitet der præsteres ved tvangsforanstaltninger.

Med gennemførelsen af henholdsvis 1. og 2. bølge af Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien er der blevet sat fokus på kvalitetsudviklingen på dette område. Siden projektets start primo 2004 har i alt 46 psykiatriske sengeafsnit været involveret i et landsdækkende netværksarbejde, der har arbejdet målrettet med at skabe forbedringer på dette område såvel for patienter som for personalet.

1. bølge af projektet (2004-2005)

I 1. bølge af det nationale kvalitetsprojekt deltog 27 psykiatriske sengeafsnit. Resultaterne af projektets 1. bølge er beskrevet i "Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien. Evaluering af projektet" (januar 2006), samt i publikationen "Slutrapporter" (januar 2006)¹.

På baggrund af projektets positive resultater blev det besluttet at fortsætte kvalitetsprojektet. Det blev således muligt for nye psykiatriske sengeafsnit at drage nytte af de erfaringer, som 1. bølge havde banet vejen for.

2. bølge af projektet (2006-2007)

I april 2006 blev der fremsendt indbydelse til det psykiatriske ledelsesniveau med tilbud om deltagelse i 2. bølge af kvalitetsprojektet. Målsætningen for projektet har

været identisk med målsætningen for 1. bølge, nemlig at:

- Forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang
- Udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet, når tvang anvendes
- Minimere behovet for og dermed anvendelsen af tvang.

I perioden 1. september 2006 - 1. august 2007 har 19 psykiatriske sengeafsnit deltaget i 2. bølge af det nationale kvalitetsprojekt. For en oversigt over de deltagende sengeafsnit henvises til bilag 1.

Forudsætninger for deltagelse

De centrale forudsætninger for at kunne deltage i projektets 2. bølge var bl.a.:

- At sengeafsnittet deltog med et tværfagligt team, hvor der indgik minimum 1 læge og 1 sygeplejerske. Teamet skulle deltage på 3 læringsseminarer, hver af 2 dages varighed.
- At ledelsen gav støtte og opbakning, så teamet fik mulighed for at arbejde med konkrete forandringstiltag på sengeafsnittet.
- At der blev tildelt teamet tid og ressourcer til det løbende kvalitetsudviklingsarbejde
- At der på afsnittet blev udpeget en person med særligt ansvar for data-behandling af afsnittets indberetning af tvangsforanstaltninger.

Gennembrudsmetoden

Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien er gennemført i henhold til Gennembrudsmetoden. Metoden bygger på de amerikanske *Breakthrough Series*, og er udviklet af The Institute of Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA.

Den grundlæggende idé bag Gennembrudsmetoden er at tage udgangspunkt i eksisterende viden om "best practice", og herefter tilpasse denne viden til lokale forhold gennem en kontinuerlig afprøvning af forandringstiltag og gennem erfaringsudveksling i netværkssamarbejdet. I Gennembrudsmetoden præsenteres viden om "best practice" i et såkaldt Forandringskatalog, som et centralt udgangspunkt for det lokale forandringsarbejde. For en nærmere gennemgang af Gennembrudsmetoden henvises til "Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien. Evaluering af projektet" (januar 2006) .

¹ Publikationerne kan læses og downloades fra www.videncentergennembrud.dk .

Projektets rammer og organisering

Da 2. bølge af det nationale kvalitetsprojekt er gennemført ud fra samme målsætning, organisering og ramme som 1. bølge, er det valgt ikke at gentage beskrivelsen af disse elementer i nærværende rapport. For en gennemgang af baggrund for det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien, Gennembrudsmetodens centrale elementer samt de organisatoriske rammer for projektet henvises til publikationen "Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien. Evaluering af projektet" (januar 2006).

Kvalitetsprojektets 2. bølge afskiller sig imidlertid fra 1. bølge på følgende punkter:

- I aktivitetsperioderne mellem læringsseminarerne blev der afholdt 2 netværksmøder. På møderne deltog 4-5 team, i et regionalt netværk for bl.a. at udveksle erfaringer.
- Ansvar for databehandlingen i forhold til anvendelsen af tvang har ligget hos ledelsen og teamet på de deltagende sengeafsnit. I den forbindelse blev databehandlingsprogrammet EpiData stillet til rådighed for de deltagende afsnit.
- Efter revisionen af psykiatriloven i juni 2006 trådte nye bestemmelser i kraft pr. 1. januar 2007. Nogle af disse ændringer har haft betydning for forandringsarbejdet i 2. bølge. Forandringstiltagene vedr. afholdelse af eftersamtaler, hyppigt tilsyn ved bæltefiksering samt patientinddragelse ved revidering af husorden, der indgik i Forandringskataloget, blev eksempelvis gjort lovpligtige.
- Ændringen af psykiatriloven nødvendiggjorde samtidig en opdatering af registreringspraksis i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetnings-system (SEI), bl.a. vedrørende dørraflåsning af afdelingens yderdør² og lægetilsyn ved bæltefiksering.
- Der har ikke været afholdt spredningsaktiviteter (regionale spredningsmøder) eller udpeget spredningsansvarlige.
- Der har ikke været afholdt temadage for uddannelses- og kvalitetsmedarbejdere.

Resultater

Erfaringen fra såvel 1. og 2. bølge af det nationale kvalitetsprojekt viser, at der ikke findes ét tiltag, der alene kan skabe kvalitetsforbedring på området og samtidig reducere anvendelsen af tvang markant. Der er derfor brug for at arbejde med en bred indsats, hvor der foretages forbedringer og tiltag inden for både forebyggelse, udøvelse og opfølgning på tvangsepisoder. Kvalitetsarbejdet med disse indsatsområder må ske fortløbende og samtidigt, for at opnå den ønskede effekt.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at når resultaterne af 2. bølge af kvalitetsprojektet skal vurderes, udgør publikationen "Statusrapporter"⁴ det helt centrale dokument. Statusrapporterne er udarbejdet af de deltagende team, og dokumenterer såvel lokale målsætninger og resultater, som teamenes evaluering af processen. På baggrund af teamenes afrapportering er der udarbejdet en oversigt over de forandringstiltag, der er arbejdet med i projektperioden og implementeret på sengeafsnitene jf. kapitel 2.

Læsevejledning

Nærværende evaluering forholder sig udelukkende til de resultater, der er opnået i 2. bølge af kvalitetsprojektet. Evalueringen er derfor en fortsættelse af evalueringsrapporten af 1. bølge og *ikke* en samlet evaluering af de 2 bølger.

² "Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetnings-system. Indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien. Brugervejledning. Version 8. januar 2007"

⁴ "Statusrapporter" blev i 1. bølge benævnt "Slutrapporter".

Kapitel 2. Ændring af praksis omkring tvang

Det fælles udgangspunkt for forandringsarbejdet på de deltagende sengeafsnit har været "Forandringskataloget". Forandringskataloget er et praksisorienteret arbejdsredskab, der indeholder en række konkrete forslag til, hvordan teamene kan arbejde kvalitetsforbedrende med tvang indenfor en bred vifte af strategier og indsatsområder. Forandringskataloget, der blev udarbejdet til 2. bølge af kvalitetsprojektet, var suppleret med erfaringerne fra 1. bølge, ligesom kataloget undervejs er suppleret med teamdeltagernes egne bidrag og arbejdsredskaber.

Oversigt over iværksatte forandringstiltag i projektperioden

Nedenstående oversigt over iværksatte forandringstiltag er udarbejdet på baggrund af oplysningerne fra statusrappor-

terne. Tilsammen angiver de deltagende team at have iværksat og implementeret 178 forandringstiltag, hvilket giver et gennemsnit på ca. 9 forandringstiltag pr. team. Som det fremgår af listen har alle team arbejdet med en bred indsats, der retter sig såvel mod forebyggelse af tvang, tiltag der kan anvendes under tvangsudøvelsen, som tiltag der retter sig mod patienternes og personalets efterbearbejdning af de udøvede tvangsepisoder.

For en nærmere uddybning af de enkelte forandringstiltag henvises til publikationen "Statusrapporter".

Tabel 2.1: Oversigt over iværksatte forandringstiltag

Teamnavn	Iværksatte forandringstiltag
Team Ålborg S6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pårørendesamarbejde ▪ Eftersamtaler efter tvangsepisoder ▪ Informationsmateriale til patienter ▪ Fast kontaktperson fra modtagelse til udskrivelse ▪ Refleksion efter udført tvang ▪ Patientinddragelse i behandlingsplaner
Team Ålborg S8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduktion i brugen og lyden af nøgler. ▪ Ugentlig audit/refleksion ▪ Medinddragelse af patienter i forhold til behandlingsplaner. ▪ Bæltefikseringsjournal ▪ Øget medinddragelse af patienter ▪ Pårørendesamarbejde (kompetence i forhold til dialog med pårørende) ▪ Information til patienter ved indlæggelse. ▪ Revurdering af tvangstilbageholdelser. ▪ Information til patienter og pårørende på afsnittet. ▪ Brug af musik til skærmede patienter. ▪ Brug af fysisk aktivitet ▪ Eftersamtaler efter tvangsepisoder ▪ Indlæggelsessamtaler. ▪ Undervisning/ kompetenceudvikling af personalet.
Team Silkeborg ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eftersamtaler efter tvangsepisoder ▪ Vejledning til fast vagt inklusiv fast faglig sparring ▪ Brug af skæmmingskema ved patienter med fast vagt ▪ Skriftlig informationsskemaer til patienterne om hensigten med tvangsforanstaltning. ▪ Etablering af aktivitetsskab til brug i den skærmede enhed (kugledyne, musik, musikpude, massage med ballstick, playstation mv). ▪ Guideline til mestring af aggressioner ▪ Udarbejdelse af husorden ▪ Voldsforebyggelses- og voldspolitik, indeholdende procedure for defusing ▪ Undervisning for samtlige personalemedlemmer, incl. læger om den reviderede psykiatrilov. ▪ Tiltag til sikring af korrekt udfyldelse af tvangsprotokoller ▪ Undervisning i konflikthåndtering 2 gange årligt. ▪ Udarbejdelse af undervisningsmateriale (billeddias) om korrekt opredning af fikseringsseng.

⁵ Da der ikke er udarbejdet en afsluttende statusrapport fra Team Silkeborg er oplysningerne hentet fra teamets udarbejdede udkast, der blev præsenteret på 3. læringsseminar, maj 2007.

Teamnavn	Iværksatte forandringstiltag
Team Risskov	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eftersamtaler efter tvangsepisoder ▪ Mestringsskema ▪ Risikovurdering (PANSS) ▪ Undervisning i konflikthåndtering ▪ Bæltefikseringsjournaler ▪ Dokumentation i form af nyt cardexsystem ▪ Pårørendesamarbejde ▪ Ansættelse af ekstra sekretærressourcer
Team Herning	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guideline vedr. overflytning af patienter fra modtageafsnit til andet sengeafsnit ▪ Velkomstfolder til alle nye patienter i afsnittet ▪ Folder til pårørende til indlagte patienter ▪ Aktivitetsvogn ▪ Guideline for eftersamtale, som bruges ved alle former for tvang ▪ Fast konferencestruktur med særligt fokus på løbende kvalificering af indsatsen ▪ Guideline til brug for personalet ved tvangsmedicinering. ▪ Guideline til skærminspersoner ▪ Guideline til pårørendesamarbejde ▪ Dialogmøde med tidligere indlagte patienter
Team Vejle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lægefaglig risikovurdering ved indlæggelse ▪ Instruks for modtagelse af patienter med tæt observation af og samvær med patienten ▪ Aktivitets-tjekliste til akut forebyggelse af angst, uro eller aggression (eks. Ball-stik bold) ▪ Ergoterapeutisk vurdering ▪ Afklarende samtale med patienten efter bæltefiksering ▪ Eftersamtale efter tvangsepisoder incl. patientens vurdering af om samtalen har øget viden og forståelse for den oplevede tvang ▪ Defusing blandt personalet efter tvangsepisoder ▪ Ændring af normering i nattevagt samt flytning af visse plejemæssige og administrative opgaver til nattevagten ▪ Indførelse af permanent gangvagt ▪ Bæltefikseringsjournal ▪ Instruks til fast vagt
Team Esbjerg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eftersamtale efter tvangsepisoder ▪ Aktivitetstjekliste der udfyldes af patient og kontaktperson. Aktiviteter tilbydes som forebyggende indsats ▪ Risikovurdering ved hjælp af PANNS-skala og efterfølgende sygeplejefaglige vurdering ▪ Pårørendefolder ▪ Indlæggelsesmappe med bl.a. guidelines til indlæggelsessamtale ▪ Informationspjece til patienter: Samarbejde med din faste kontaktperson. ▪ Tiltag vedr. sikkerhed og miljø, herunder særligt i modtagelsesrummet
Team Svendborg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lægefaglig risikovurdering ved indlæggelse ▪ Aggressionsforebyggelsesskema. ▪ "Hvordan kan vi hjælpe dig" skema (guideline, som bruges til håndtering af uro, angst- og kaostilstande) ▪ Observationsskema ved bæltefikserede patienter. ▪ Informationsmappe til patienter ▪ Eftersamtale efter tvangsepisoder ▪ Skriftlige informationspjecer til de forskellige former for tvang (lovpligtige materiale) ▪ Pårørendesamarbejde (pårørendefolder samt medinddragelse i behandlingsforløbet) ▪ Defusing blandt personalet efter vold/trusler. ▪ Konflikthåndterings-uddannelsesprogram ▪ Revidering af instrukser (eksempelvis til nyt personale, fast vagt, til konferencen)
Team Odense	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Checkliste i forhold til voldsrisiko ▪ Skema til bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer ▪ Undervisning i forhold til bæltefiksering ▪ Eftersamtale efter tvangsepisoder ▪ Støtteskema til patienter med Anorexia Nervosa ▪ Procedure for tvangsernæring ▪ Spørgeskemaer til personale i forhold til tvangsernæring ▪ Indlæggelsesprocedure. ▪ Velkomstmappe til alle patienter ▪ Spørgeskema til alle patienter ved udskrivelsen ▪ Flowdiagram over tiltag i forbindelse med Gennembrudsprojektet ▪ Defusing og debriefing af personale efter tvangs-/voldsepisoder ▪ Kursus i forebyggelse af vold samt selvforsvarskurser
Team Næstved	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan kan vi hjælpe dig?" – skema til mestring af svære situationer. ▪ Pårørendesamarbejde (informationsmateriale-serie)

Teamnavn	Iværksatte forandringstiltag
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eftersamtale efter tvangsepisoder ▪ Bæltefikseringsjournal ▪ Håndtering af tvang er et fast punkt på alle personalemøder. ▪ Miljøterapeutiske behandlingstiltag
Team Geronto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udvikling af kontaktpersonordningen ▪ Indlæggelsessamtale med fokus på patientens livshistorie, personlige ressourcer og interesser ▪ Pårørendesamarbejde med aktiv inddragelse. Udarbejdelse af pårørendepolitik og pårørendepjece. ▪ Individuelle aktivitetsplaner og guidelines til konkrete, målrettede aktiviteter ▪ Sikring af overgang ved flytning af patienter mellem afsnittets to miljøer ▪ Observationsskema ved beskyttelsesfiksering. ▪ Tvangsfikseringsskema ▪ Eftersamtaler efter tvangsepisoder ▪ Udskrivningssamtaler med inddragelse af pårørende
Team Roskilde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsmateriale til patient og pårørende ved ankomst til afsnittet. ▪ Personalefortællinger: "den gode historie". ▪ Vejledning til personalet og patienter omkring anvendelse af kugledyner. ▪ Anskaffelse af Stress-less stole, gyngestol og 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. ▪ Undervisning omkring praktisk tvang. ▪ Månedlig rapportering af tvangtil hele lægegruppen ved Psykiatrien i Roskilde med anvendelse af grafer etableret i projektet. ▪ Igangsat initiativer der kan føre frem til etablering af afsnits henførbare data omkring tvang. ▪ Vejledning omkring dokumentation og administration omkring tvang. ▪ Registreringsskema til dokumentation af lægetilsyn ved bæltefiksering, skærmning over 24 timer, udskrivningssamtaler og koordinationsplaner. ▪ Eftersamtaler efter tvangsepisoder ▪ Vurdering af faglig kvalitet ved nødvendig anvendelse af tvang. ▪ Implementeret erfaringer og undervisningsmateriale fra tvangsprojektet i resten af distriktet. ▪ Projekt: Miljø, sygedage og arbejdsskader.
Team Glostrup	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bæltefikseringsmapper til brug ved enhver fiksering med: ▪ 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 og dokumentationsskema ▪ Tvang på dagsordenen som fast punkt på månedligt personalemøde
Team Gentofte 3212	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktivitet: fælles morgenmad. ▪ Modtagelsesstandard ▪ Eftersamtaler efter tvangsepisoder ▪ Patienttilfredshedsundersøgelse. ▪ Aktivitetsvogn ▪ Etablering af "Stillerum" i afsnittet
Team Gentofte 1510	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samarbejdsaftale med patienten ▪ Vurdering af konflikthåndtering i personalegruppen ▪ Eftersamtale efter tvangsepisoder ▪ Pårørendefolder ▪ Revidering af husorden ▪ Trygt arbejdsmiljø (personalet deltager i afdelingsaktiviteter herunder fælles morgenmad mv.) ▪ Fast gangvagt
Team Frederiksberg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilbud om aktiviteter inden for de to første indlæggelsesdøgn ved ergoterapeut og fysioterapeut til alle nyindlagte patienter ▪ Evaluering af virkningen af aktiviteter ▪ Riskovurdering (Brøset Violence Checklist) ▪ Samtale mellem patient og kontaktperson om forebyggelse af vold/aggressioner ▪ Plejeplan om forebyggelse af vold ▪ Walk-through øvelser i personalegruppen ▪ Observationsskema ved bæltefiksering ▪ Eftersamtaler

Teamnavn	Iværksatte forandringstiltag
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyt motionsrum taget i brug i afsnittet ▪ Informationen og dokumentationen i forbindelse modtagelse af patienter ▪ Samarbejde med pårørende
Team Sct. Hans R1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Velkomstmappe ved modtagelse af patienter ▪ Indlæggelsessamtale ▪ Tvangsmappe, der anvendes ved bæltefiksering ▪ "Tvangsreol" hvor alt materiale vedr. tvang er samlet, organiseret og struktureret
Team Sct. Hans R7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikovurdering med aggressionsvurderinger indenfor 72 timer ▪ Under- og eftersamtaler i forbindelse med tvangsepisoder ▪ Spørgeskemaer til evaluering (før, under og efter tvangsepisoder) ▪ Tvang som fast punkt på dagsordenen til personalemøder.
Team Sct. Hans L1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablering af motionsrum i afsnittet ▪ Etablering af udendørs idrætsanlæg i tilslutning til afsnittet ▪ Konvertering af 2 stillinger til aktivitetsmedarbejderstillinger ▪ Udarbejdelse af katalog med oversigt over aktiviteter under tvangsfiksering ▪ Indkøb af materiale/redskaber til brug ved aktivitet under tvangsfiksering ▪ Observationsskema til brug ved tvangsfiksering ▪ Tillæg til observationsskema vedr. aktivitet og varighed af aktivitet under tvangsfiksering ▪ Spørgeskema vedr. patienttilfredsheden i relation til personalets håndtering af tvangsfikseringssituationerne ▪ Spørgeskema til måling af personalets generelle vurdering af det faglige niveau i relation til konflikt-håndtering og tvangsfiksering ▪ Spørgeskema til måling af personalets specifikke vurdering af det faglige niveau i relation til konflikt-håndtering og tvangsfiksering ▪ Eftersamtaler efter tvangsfiksering ▪ Temadage med fokus gennembrudsprojektet

De mest effektfulde forandringstiltag

Som opsamling på teamenes arbejde med forandringsarbejdet blev teamdeltagerne på det 3. læringsseminar bedt om at udpege de mest betydningsfulde forandringstiltag for kvalitetsudviklingen på området. Nedenstående oversigt er en opsummering af de forandringstiltag, der var enighed om havde haft størst gennemslagskraft i kvalitetsudviklingsprocessen.

1. Formalisering af modtagelsen af patienten

- a. Struktureret brug af indlæggelsessamtaler.
- b. Grundig information til patienten, der hjælper med til at skabe forudsigelighed for patienten (herunder oplysninger om rettigheder, mulighed for at anvende tvang i behandlingen mv.).
- c. Systematisk inddragelse af patientens eventuelle tidligere erfaringer med tvang.

2. Kompetenceudvikling og uddannelse af personalet

- a. Uddannelse og træning i konflikt-håndtering, herunder vedligeholdelse af kompetencer.
- b. Undervisning til nyt personale i kvalitetsudvikling af praksis.
- c. Løbende kvalitetsudvikling eksempelvis via brug af "walk-through" øvelser⁶ i personalegruppen.
- d. Læring via bevidst brug af "den gode historie", hvor læring og kvalitetsudvikling fremmes gennem de succesfulde oplevelser med patienter og pårørende.
- e. Afsat tid til kvalitetsudvikling.

3. Eftersamtaler efter tvangsepisoder

- a. Samtaler tilbydes patienten

⁶ "Walk-through" øvelser er rollespilsøvelser, der har til formål at afprøve dele af patientforløbet i praksis. Personalet oplever på denne måde arbejdsgangene på afsnittet med patientens eller de pårørendes "briller på". De team, der i 1. og 2. bølge har gennemført "walk-through" øvelser har alle konkluderet, at øvelserne har givet særdeles positive resultater for kvalitetsudviklingsarbejdet samt skabt unikke læringsituationer.

med det formål at sikre patientens bearbejdning af oplevelsen, dialog og fælles refleksion samt en forebyggende indsats.

4. Struktureret brug af tilbud om aktiviteter til patienterne

- a. Aktiviteter tilbydes til forebyggelse af aggression, angst og uro.
- b. Aktiviteter tilbydes patienten under fiksering, med det formål at øge kvaliteten og reducere varigheden af fikseringen.

5. Pårørendesamarbejde

- a. Hurtig etablering af kontakt til pårørende.
- b. Systematisk inddragelse af pårørende, når det er muligt.

2.1 Opsummering

Som det fremgår af nærværende kapitel har de deltagende sengeafsnit arbejdet med en store bredde i indsatsen. At formålet har været at skabe markante forbedringer af praksis betyder, at det er nødvendigt at arbejde med konkrete tiltag der retter sig mod *alle* faser i patientforløbet, fra indlæggelse til udskrivelse. Overordnet beskrevet betyder dette, at emnet "behandling under tvang", nu indgår systematisk i den løbende dialog med patienten, med det formål at sikre såvel en høj grad af forebyggelse, som udøvelse og efterbearbejdning på et højt fagligt niveau.

Kapitel 3. Patienternes vurdering

I 2. bølge af kvalitetsprojektet er der gennem hele forløbet arbejdet målrettet med patientinddragelsen. Det ligger implicit i gennembrudsmetodens metodik, kontinuerligt at inddrage patienternes vurdering og evaluering af forandringstiltagene i implementeringsprocessen. Patienternes vurdering er således inddraget i kvalitetsudviklingen på det praksisnære niveau.

Som et supplement til den direkte patientinddragelse er udviklingen i patienttilfredsheden, dels i forhold til tvangsudøvelsen og dels i forhold til indlæggelsen på sengeafsnittet, blevet fuldt i projektperioden.

I dette kapitel præsenteres *landsresultaterne* fra de 2 undersøgelser, der er gennemført med henblik på at afdække patienternes tilfredshed. Dels fremstilles resultater fra undersøgelsen blandt patienter, der har været udsat for tvang. Dels fremstilles resultater fra den generelle patienttilfredshedsundersøgelse⁷.

Undersøgelserne kan benyttes som dokumentation for patienternes oplevelser – den patientoplevede kvalitet på de deltagende sengeafsnit. Lokale resultater er indgået i de enkelte afsnits arbejde med at forbedre kvaliteten, men undersøgelserne kan ikke stå alene som kvalitetsmål. De skal ses i sammenhæng med den faglige og organisatoriske kvalitet. Af hensyn til sikring af patienternes anonymitet i besvarelsen har muligheden for opdeling af data være afhængig af antallet af besvarelser. For at sengeafsnittet kunne få rapporteret egne data skulle minimum 10 patienter have besvaret et spørgeskema pr. måned. Undersøgelsen blev gennemført i perioden 1. september 2006 til 15. maj 2007. Spørgeskemaet med titlen:

- *”Hvordan har du oplevet personalets håndtering af TVANG under denne indlæggelse?”* indgik som et

⁷ Som præciseret i evalueringen af 1. bølge er det også her relevant at påpege det skisma, der eksisterer i måling af patienttilfredshed med en behandling, der er foregået under tvang. Elementet af patientens ufrivillighed og personalets anvendelse af tvang betyder, at opnåelsen af patienttilfredshed som udgangspunkt ikke kan forventes. Det er derfor vigtigt at præcisere, at målingen ikke retter sig mod selve tvangsforanstaltningen, men mod patienternes oplevelse af *den måde hvorpå personalet håndterer den konkrete situation*.

indstik i spørgeskemaet vedrørende den generelle tilfredshedsundersøgelse:

- *”Spørgeskema til patienter på de psykiatriske sengeafsnit i Danmark”*.

Spørgeskemaet blev af personalet uddelt til alle patienter, der i undersøgelsesperioden blev udskrevet eller overflyttet til anden afdeling/afsnit. Indstikket vedrørende tvang, blev udleveret til de patienter, der i løbet af indlæggelsen havde oplevet én eller flere tvangsforanstaltninger i henhold til psykiatriloven. De patienter, der har været udsat for flere tvangsepisoder under den samme indlæggelse, har i undersøgelsen kun fået udleveret ét spørgeskema. Besvarelserne er derfor udtryk for patienternes samlede vurdering af den tvang, der er udøvet under indlæggelsen. Denne procedure er således forskellig i forhold til projektets 1. bølge, hvor patienternes vurdering blev indhentet efter hver tvangsepisode.

Et øjebliksbillede

Undersøgelsen ”tager temperaturen” på patienternes her-og-nu-oplevelse. Svarene er ikke evigt gyldige, men afhænger af den aktuelle situation og periode, hvori de er afgivet. Besvarelserne kan dels vise tilfredsheden i den samlede periode og dels medvirke til at belyse processen i kvalitetsudviklingsarbejdet ved at sammenholde udviklingen over tid.

Sammenligning

Det er i nærværende projekt ikke relevant at sammenligne resultaterne mellem de enkelte sengeafsnit. Forskelle i tilfredshed kan skyldes sygdommens karakter, patientgruppens sammensætning, patienternes sygdomserkendelse og -accept, afsnittenes fysiske rammer og muligheder, personale- og patientnormering, den gennemsnitlige indlæggelsestid o. lign. Også forhold, der ikke er inkluderet i kvalitetsprojektets fokusområde, kan influere på patienttilfredsheden, f.eks. hvorvidt patienten er tvangsindlagt eller ej.

3.1 Patienternes oplevelse af personalets brug af tvang

Målgruppe

Undersøgelsens målgruppe er alle patienter, der har været udsat for tvang i henhold til psykiatriloven, bortset fra:

- Patienter, der er for dårlige til at svare på spørgsmålene.
- Patienter som er diagnosticeret demente, og som ikke kan forstå/sætte sig ind i spørgsmålene på spørgeskemaet.
- Fremmedsprogede patienter, der ikke læser og skriver dansk, og som ikke har enten adgang til tolk eller pårørende, der kan hjælpe dem med at forstå og besvare skemaet.

Opbygning af indstik til spørgeskema

Indstikket til spørgeskemaet indeholdt i alt 9 spørgsmål. 4 af disse omhandlede patientens oplevelse af kontakt med og relation til personale på afsnittet, mens 3 spørgsmål vedrørte information om anvendelse af tvang og lovmæssige rettigheder. 2 spørgsmål omhandlede patientens vurdering af, om der blev anvendt unødigt magt under tvangen og om tvangen kunne være undgået. Afslutningsvist blev patienten bedt om en uddybende skriftlig kommentar. Patienten har således haft mulighed for at uddybe, hvilke forhold der især har haft betydning for hans/hendes vurderinger. Indstikket til spørgeskemaet fremgår af bilag 4.

Patienterne har svaret anonymt, og besvarelsen er sendt direkte til Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, som har behandlet svarene.

Svarprocent

En høj svarprocent er altid ønskelig i kvantitative undersøgelser, da frafald kan være

selektiv. Der kan opstilles følgende retningslinier til vurdering af svarprocenten².

Under 40%:	Ikke tilfredsstillende (<i>resultaterne kan tolkes med stor forsigtighed</i>)
40-50%:	Betænkelig lav (<i>resultaterne kan bruges med forsigtighed</i>)
50-60%:	Acceptabel
60-70%:	Tilfredsstillende
Over 70%:	Meget tilfredsstillende

I undersøgelsesperioden er der udleveret i alt 424 indstik til spørgeskemaer. Heraf er 207 skemaer blevet besvaret, hvilket giver en samlet svarprocent på 49%. I henhold til ovenstående retningslinier skal resultaterne af undersøgelsen således tolkes med forsigtighed. Der er dog store forskelle i svarprocenten på de enkelte sengeafsnit. Den laveste er på 5% og den højeste på 100 %, jf. bilag 3.

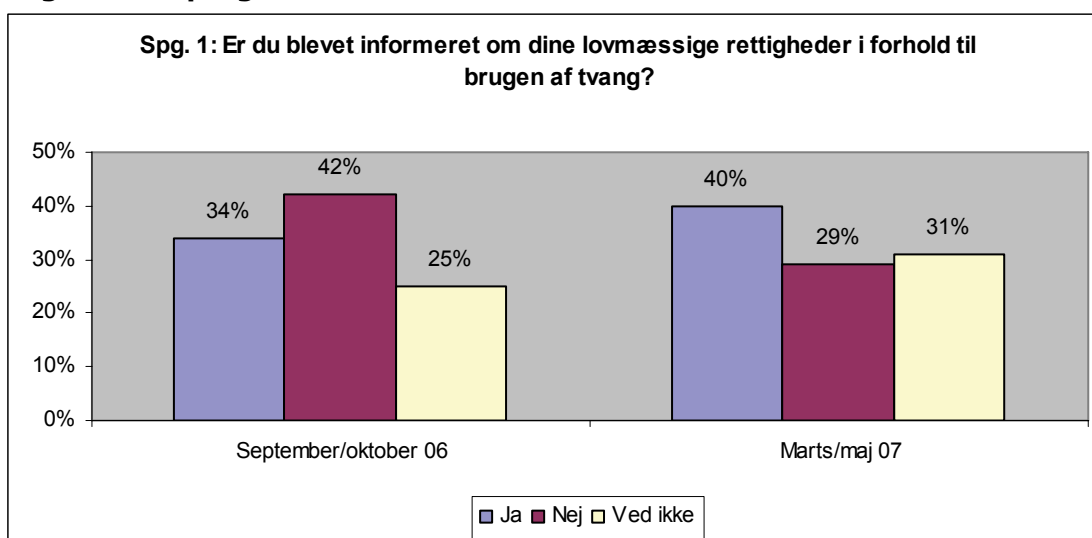
I det visuelle indtryk af søjlediagrammerne er det vigtigt at huske på, at der ikke skal meget til at rykke tilfredshedsprocenterne op eller ned. Dette forhold gælder specielt i figurer, der viser udviklingen over tid, da disse bygger på et mindre datagrundlag.

Et hurtigt overblik

I det følgende fremstilles den samlede svarfordeling på de 9 spørgsmål fra indstikket til spørgeskemaet vedrørende tvang. Patienternes svar på de enkelte spørgsmål i undersøgelsen fremstilles dels i tabeller, der viser svarfordelingen pr. måned og dels i søjlediagrammer, der sammenholder de 2 første måneder i undersøgelsesperioden med de 2 sidste måneder.

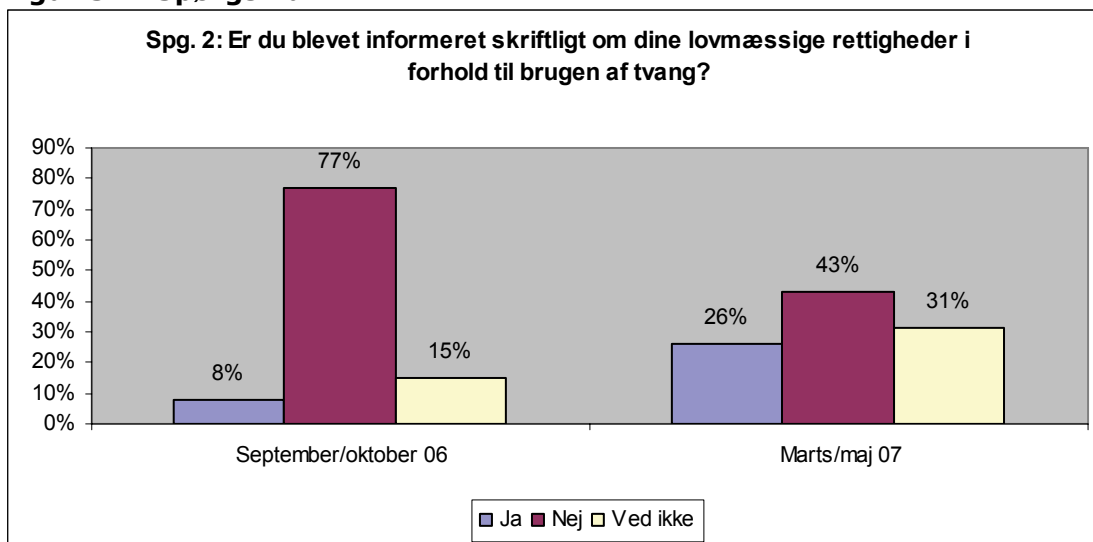
Tabel 3.1 : Spørgsmål 1

	Er du blevet informeret <u>MUNDTLIGT</u> om dine lovmæssige rettigheder i forhold til brugen af tvang?			
	Ja	Nej	Ved ikke	Antal svarpersoner
September	37 %	48 %	15 %	27
Oktober	31 %	35 %	35 %	26
November	36 %	44 %	20 %	25
December	62 %	24 %	14 %	21
Januar	53 %	37 %	10 %	30
Februar	47 %	40 %	13 %	15
Marts	34 %	24 %	41 %	29
April/Maj	54 %	38 %	8 %	13
I alt	43 %	36 %	21 %	186

Figur 3.1: Spørgsmål 1**Tabel 3.2: Spørgsmål 2**

	Er du blevet informeret <u>SKRIFTLIGT</u> om dine lovmæssige rettigheder i forhold til brugen af tvang?			
	Ja	Nej	Ved ikke	Antal svarpersoner
September	4 %	85 %	12 %	26
Oktober	11 %	70 %	19 %	27
November	4 %	80 %	16 %	25
December	11 %	74 %	16 %	19
Januar	28 %	66 %	7 %	29
Februar	13 %	73 %	13 %	15
Marts	31 %	38 %	31 %	29
April/Maj	15 %	54 %	31 %	13
I alt	15 %	67 %	17 %	183

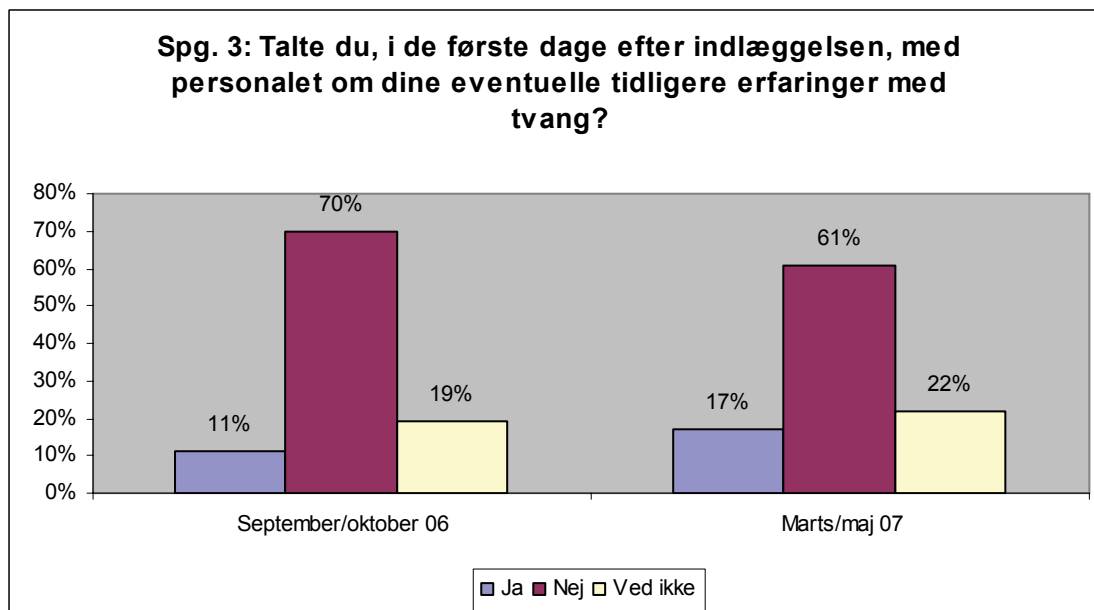
Figur 3.2: Spørgsmål 2



Tabel 3.3: Spørgsmål 3

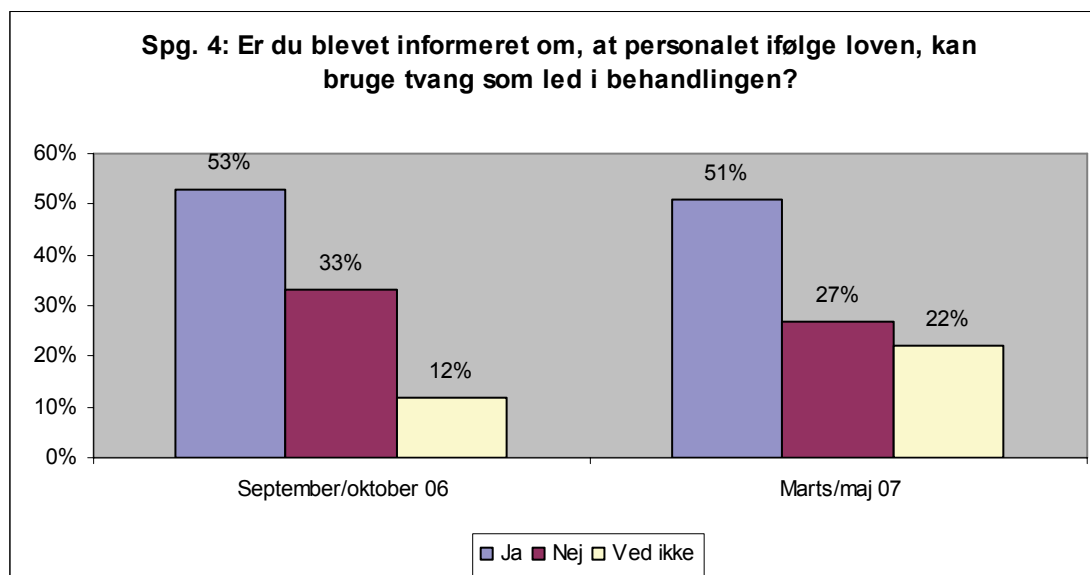
	Talte du, i de første par dage efter indlæggelsen, med personalet om dine eventuelle tidligere erfaringer med tvang?			
	Ja	Nej	Ved ikke	Antal svarpersoner
September	7 %	74 %	19 %	27
Oktober	15 %	65 %	19 %	26
November	16 %	60 %	24 %	25
December	14 %	71 %	14 %	21
Januar	31 %	66 %	3 %	29
Februar	13 %	69 %	19 %	16
Marts	21 %	54 %	25 %	28
April/Maj	8 %	77 %	15 %	13
I alt	17 %	66 %	17 %	185

Figur 3.3: Spørgsmål 3



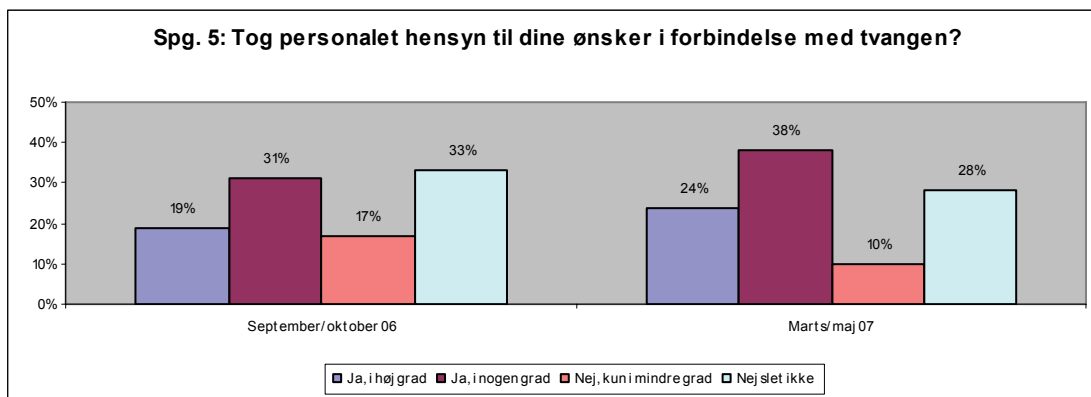
Tabel 3.4: Spørgsmål 4

	Er du blevet informeret om, at personalet, ifølge loven, kan bruge tvang som led i behandlingen?			
	Ja	Nej	Ved ikke	Antal svarpersoner
September	46 %	38 %	15 %	26
Oktober	65 %	27 %	8 %	26
November	40 %	44 %	16 %	25
December	45 %	40 %	15 %	20
Januar	62 %	34 %	3 %	29
Februar	56 %	25 %	19 %	16
Marts	46 %	21 %	32 %	28
April/Maj	62 %	38 %	0 %	13
I alt	52 %	33 %	14 %	183

Figur 3.4: Spørgsmål 4**Tabel 3.5: Spørgsmål 5**

	Tog personalet hensyn til dine ønsker i forbindelse med tvangen?				Antal svarpersoner
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	
September	20 %	30 %	15 %	35 %	20
Oktober	18 %	32 %	18 %	32 %	22
November	20 %	20 %	20 %	40 %	15
December	33 %	22 %	22 %	22 %	18
Januar	19 %	30 %	22 %	30 %	27
Februar	42 %	17 %	25 %	17 %	12
Marts	18 %	41 %	12 %	29 %	17
April/Maj	33 %	33 %	8 %	25 %	12
I alt	24 %	29 %	18 %	29 %	143

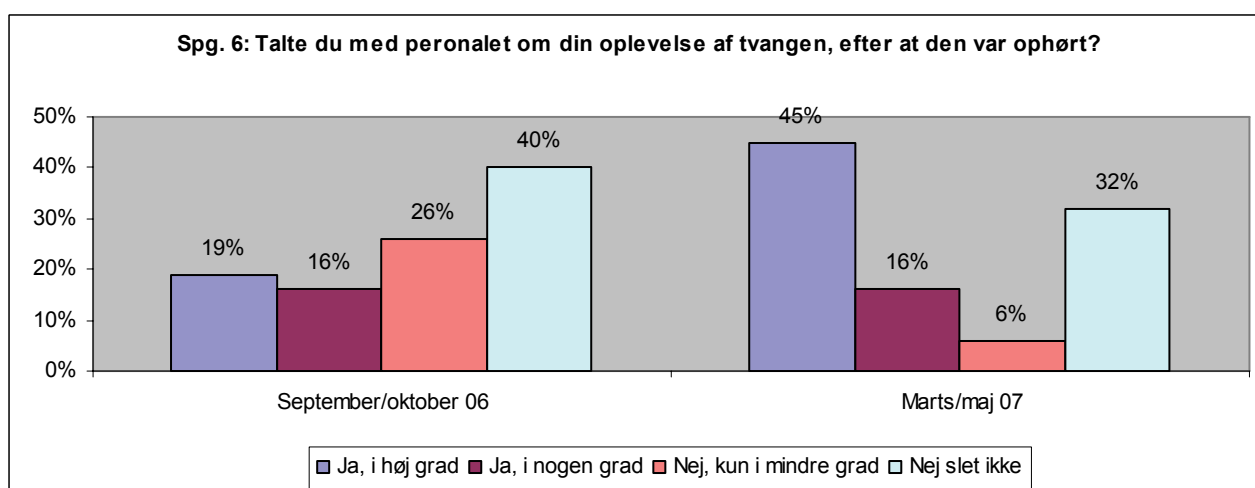
Figur 3.5: Spørgsmål 5



Tabel 3.6: Spørgsmål 6

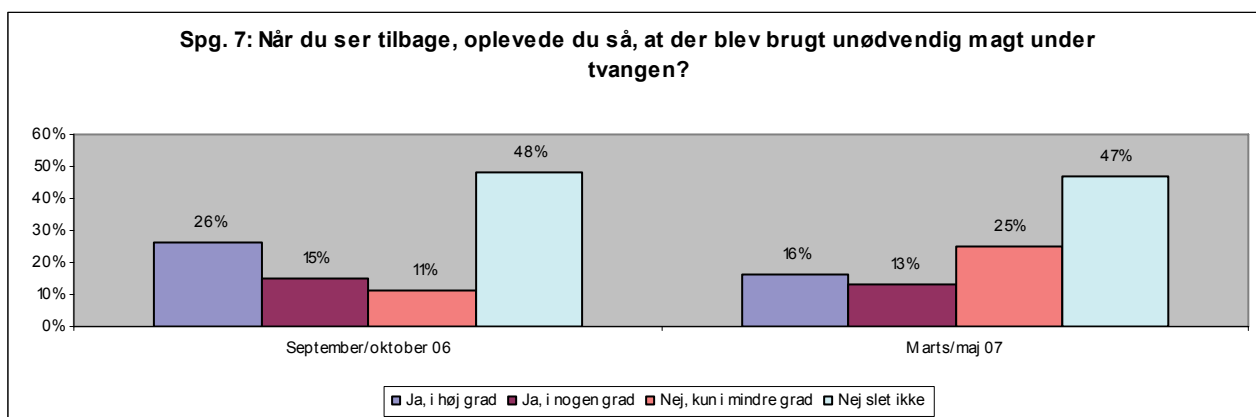
	Talte du med personalet om din oplevelse af tvangen, efter at den var ophørt?				Antal svarpersoner
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	
September	20 %	15 %	25 %	40 %	20
Oktober	17 %	17 %	26 %	39 %	23
November	11 %	33 %	6 %	50 %	18
December	20 %	27 %	20 %	33 %	15
Januar	29 %	25 %	25 %	21 %	24
Februar	27 %	27 %	18 %	27 %	11
Marts	50 %	20 %	0 %	30 %	20
April/Maj	36 %	9 %	18 %	36 %	11
I alt	26 %	22 %	18 %	35 %	142

Figur 3.6: Spørgsmål 6



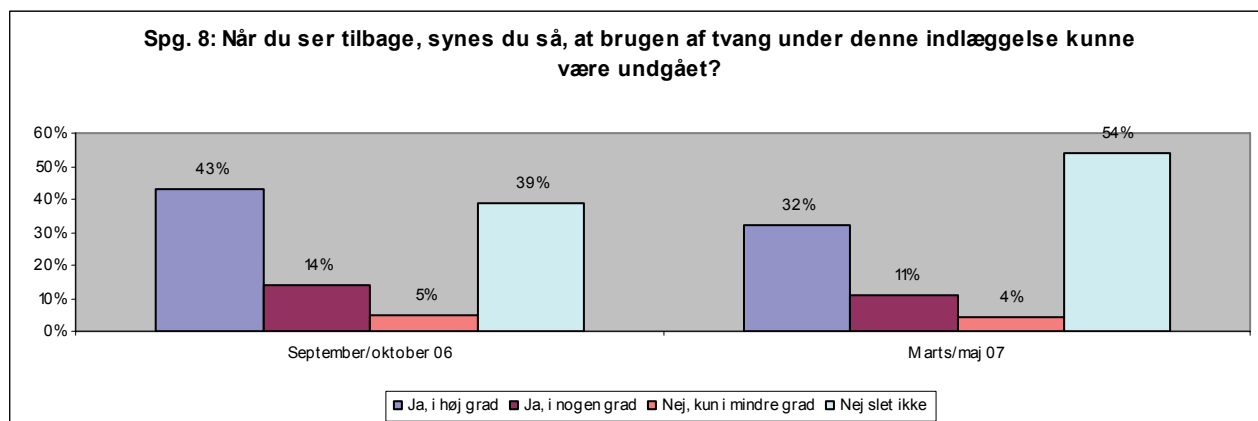
Tabel 3.7: Spørgsmål 7

	Når du ser tilbage, oplevede du så, at der blev brugt unødvendig magt under tvangen?				Antal svarpersoner
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	
September	29 %	14 %	14 %	43 %	21
Oktober	24 %	16 %	8 %	52 %	25
November	26 %	16 %	16 %	42 %	19
December	16 %	26 %	21 %	37 %	19
Januar	23 %	23 %	23 %	31 %	26
Februar	31 %	31 %	8 %	31 %	13
Marts	20 %	10 %	30 %	40 %	20
April/Maj	8 %	17 %	17 %	58 %	12
I alt	23 %	19 %	17 %	41 %	155

Figur 3.7: Spørgsmål 7**Tabel 3.8: Spørgsmål 8**

	Når du ser tilbage, synes du så, at brugen af tvang under denne indlæggelse kunne være undgået?				Antal svarpersoner
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	
September	55 %	5 %	5 %	35 %	20
Oktober	33 %	21 %	4 %	42 %	24
November	32 %	5 %	26 %	37 %	19
December	50 %	11 %	22 %	17 %	18
Januar	36 %	36 %	9 %	18 %	22
Februar	50 %	25 %	8 %	17 %	12
Marts	29 %	18 %	6 %	47 %	17
April/Maj	36 %	0 %	0 %	64 %	11
I alt	40 %	16 %	10 %	34 %	143

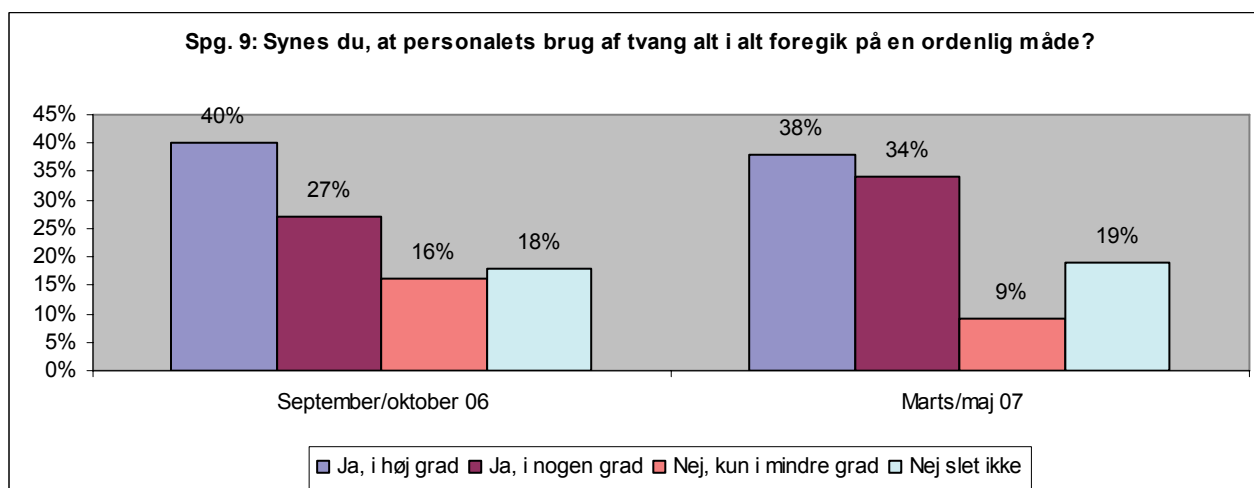
Figur 3.8: Spørgsmål 8



Tabel 3.9: Spørgsmål 9

	Synes du, at personalets brug af tvang alt i alt foregik på en ordentlig måde?				Antal svarpersoner
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	
September	38 %	24 %	19 %	19 %	21
Oktober	42 %	29 %	13 %	17 %	24
November	32 %	32 %	11 %	26 %	19
December	45 %	30 %	15 %	10 %	20
Januar	26 %	63 %	4 %	7 %	27
Februar	31 %	38 %	8 %	23 %	13
Marts	29 %	43 %	14 %	14 %	21
April/Maj	55 %	18 %	0 %	27 %	11
I alt	36 %	37 %	11 %	17 %	156

Figur 3.9: Spørgsmål 9



3.2 Patienternes oplevelse og vurdering af indlæggelsen

Den anden del af spørgeskemaundersøgelsen havde til formål at afdække patienternes oplevelse af og tilfredshed med indlæggelsen på sengeafsnittet.

Opbygning af spørgeskema

Spørgeskemaet, der bygger på den landsdækkende koncept fra undersøgelsen "Patienterne har ordet – undersøgelse af de psykiatriske sengeafsnit 2006", indeholder 27 spørgsmål. De første 19 spørgsmål omhandler patientens vurdering af indlæggelsen på det specifikke sengeafsnit. 3 spørgsmål omhandler patientens vurdering af psykiatrien som helhed, mens de sidste spørgsmål har til formål at indhente oplysninger om patienten. Spørgeskemaet fremgår af bilag 4.

Svarprocent

Der blev i alt udleveret 1071 spørgeskemaer, hvoraf 886 blev besvaret. Dette giver en samlet svarprocent på 59%. I relation til de fremtalte kriterier er denne svarprocent acceptabel. Der er dog store lokale forskelle i svarprocenten. Den laveste er på 14% og den højeste på 100%.

Et hurtigt overblik

I det følgende fremstilles den samlede svarfordeling på udvalgte spørgsmål fra spørgeskemaet. Patienternes svar på de enkelte spørgsmål i undersøgelsen fremstilles dels i tabeller, der viser svarfordelingen pr. måned og dels i søjlediagrammer, der sammenholder de 2 første måneder i undersøgelsesperioden med de 2 sidste måneder. Svarfordelingen på samtlige spørgsmål fremgår af publikationen "Bag om tallene – 2. bølge".

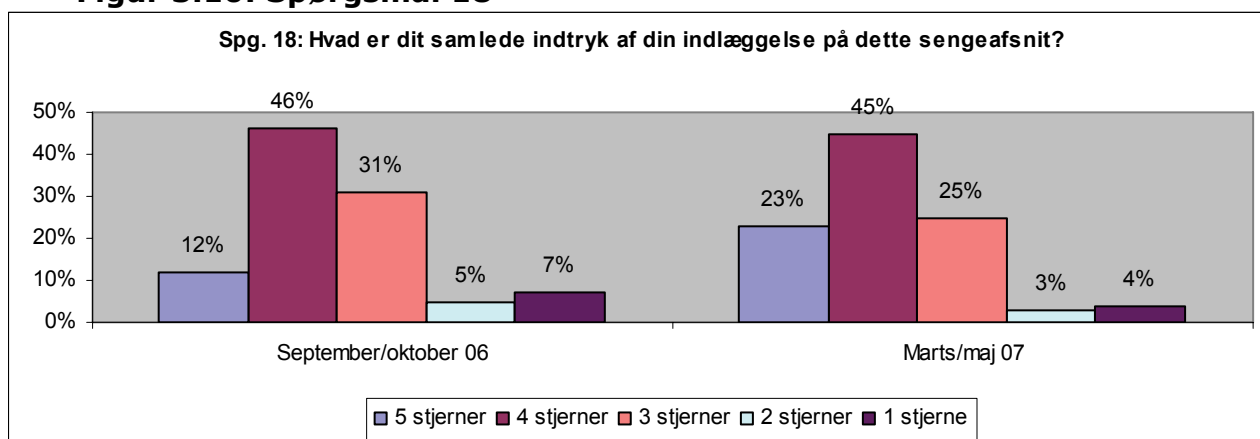
Patienternes samlede vurdering

Patienterne blev bedt om at angive deres samlede indtryk af indlæggelsen på sengeafsnittet gennem tildeling af 1-5 stjerner. Patienternes skriftlige begrundelser for deres stjernetildeling viser, at 4 og 5 stjerner udtrykker høj grad af tilfredshed med sengeafsnittet. Afgives der 3 stjerner, er der typisk tale om klar utilfredshed med dele af sengeafsnittet, mens 2 eller 1 stjerne er udtryk for en generel og markant utilfredshed.

Tabel 3.10: Spørgsmål 18

Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på dette sengeafsnit?						
	5 stjerner	4 stjerner	3 stjerner	2 stjerner	1 stjerne	Antal svarpersoner
September	11 %	52 %	30 %	1 %	6 %	94
Oktober	12 %	41 %	32 %	8 %	7 %	116
November	13 %	44 %	32 %	1 %	9 %	90
December	18 %	39 %	35 %	6 %	2 %	84
Januar	25 %	39 %	28 %	3 %	5 %	110
Februar	21 %	48 %	25 %	2 %	4 %	52
Marts	25 %	46 %	22 %	1 %	5 %	99
April	21 %	45 %	28 %	4 %	3 %	112
I alt	18 %	44 %	29 %	3 %	5 %	757

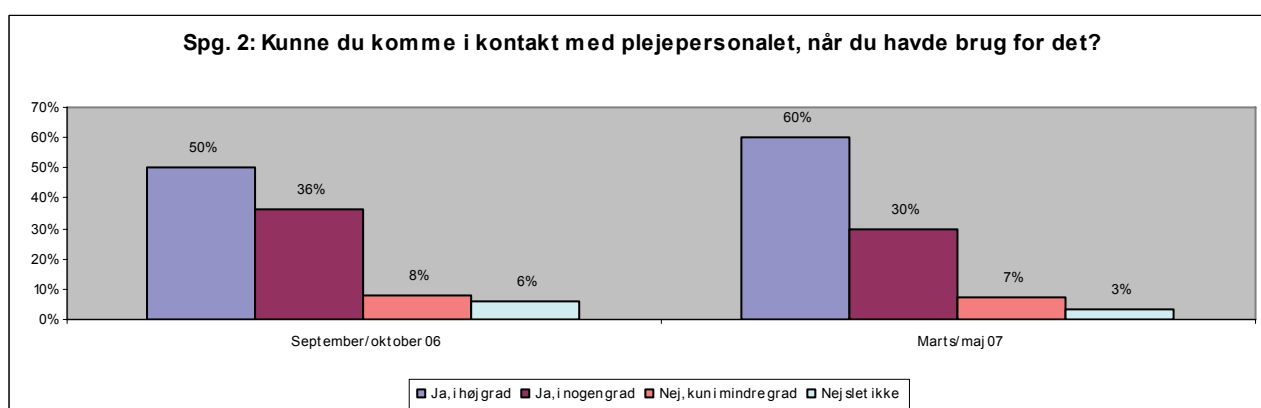
Figur 3.10: Spørgsmål 18



Tabel 3.11: Spørgsmål 2

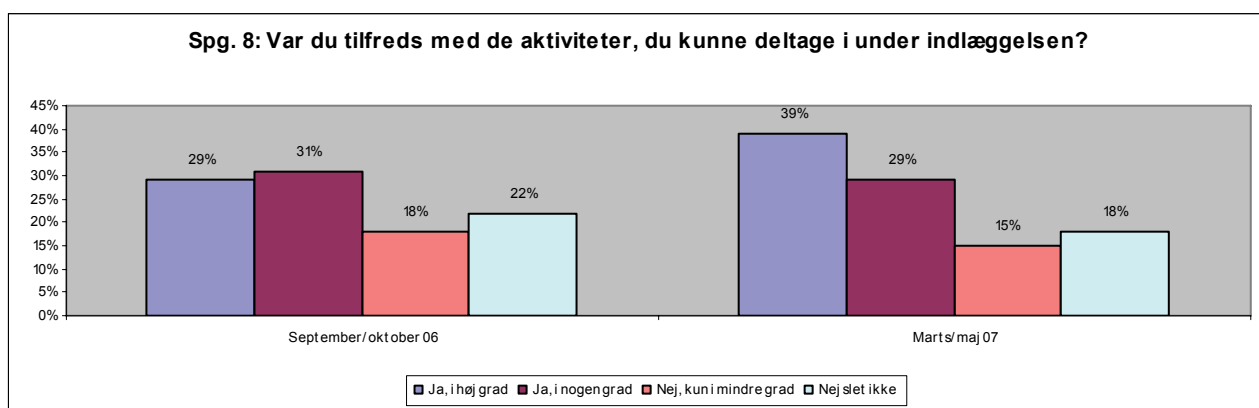
Kunne du komme i kontakt med plejepersonalet, når du havde behov for det?					
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	Antal svarpersoner
September	50 %	39 %	7 %	4 %	100
Oktober	50 %	34 %	9 %	7 %	122
November	51 %	38 %	8 %	3 %	98
December	53 %	32 %	10 %	4 %	90
Januar	62 %	28 %	5 %	4 %	113
Februar	50 %	38 %	8 %	3 %	60
Marts	65 %	26 %	6 %	3 %	108
April	56 %	34 %	8 %	3 %	118
I alt	55 %	33 %	8 %	4 %	809

Figur 3.11: Spørgsmål 2



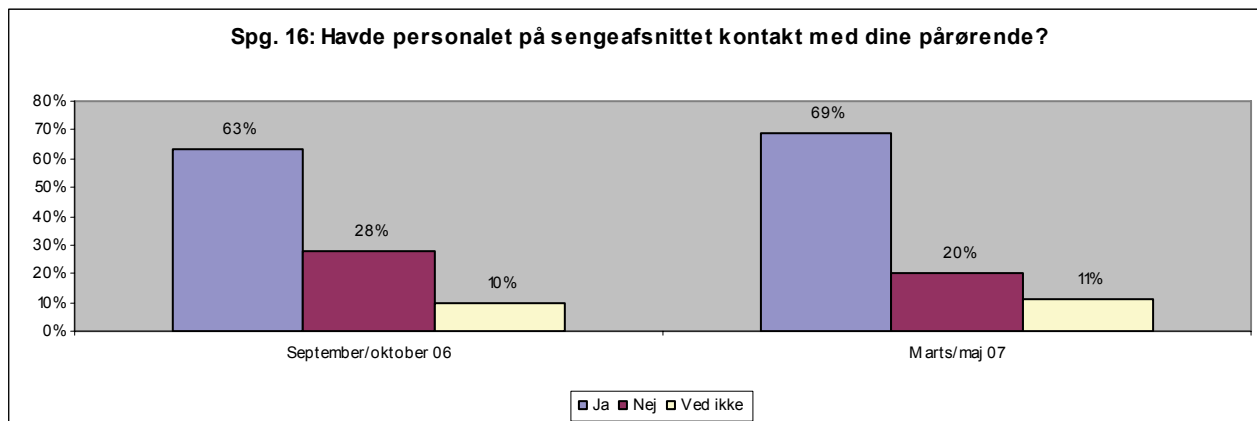
Tabel 3.12: Spørgsmål 8

Var du tilfreds med de aktiviteter, du kunne deltage i under indlæggelsen? (Praktiske, fysiske, kreative, sociale aktiviteter m.m.)					
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	Antal svarpersoner
September	21 %	29 %	21 %	30 %	77
Oktober	36 %	33 %	15 %	16 %	98
November	28 %	27 %	22 %	24 %	79
December	34 %	30 %	13 %	23 %	79
Januar	33 %	33 %	19 %	15 %	96
Februar	34 %	38 %	21 %	8 %	53
Marts	44 %	24 %	13 %	19 %	95
April	34 %	33 %	17 %	17 %	101
I alt	33 %	31 %	17 %	19 %	678

Figur 3.12: Spørgsmål 8**Tabel 3.13: Spørgsmål 16**

Harde personalet på sengeafsnittet kontakt med dine pårørende?				
	Ja	Nej	Ved ikke	Antal svarpersoner
September	61 %	24 %	16 %	76
Oktober	64 %	31 %	5 %	102
November	73 %	16 %	10 %	79
December	70 %	20 %	11 %	76
Januar	68 %	22 %	9 %	85
Februar	72 %	24 %	4 %	50
Marts	71 %	19 %	10 %	86
April	68 %	21 %	11 %	100
I alt	68 %	22 %	10 %	654

Figur 3.13: Spørgsmål 16

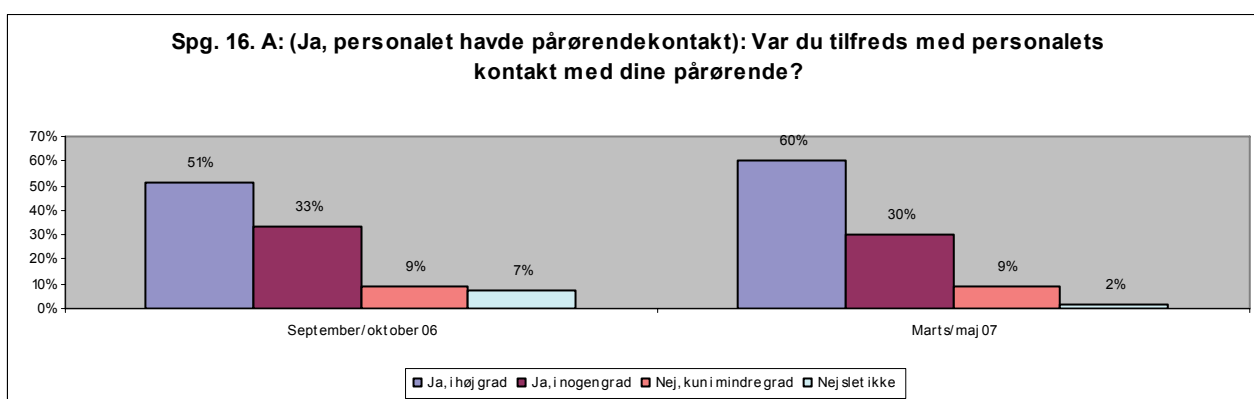


Tabel 3.14: Spørgsmål 16.A

Ja, personalet havde pårørendekontakt:
Var du tilfreds med personalets kontakt med dine pårørende?

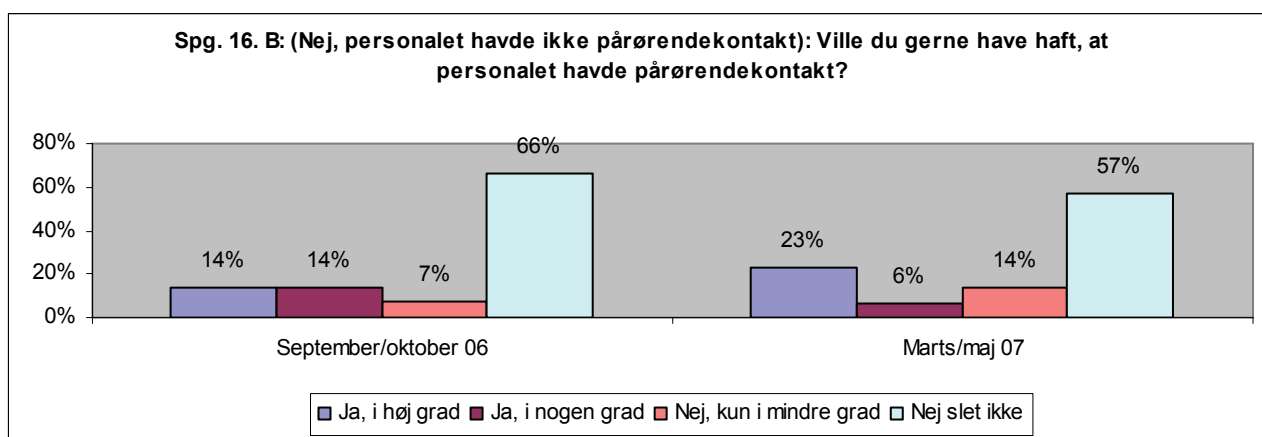
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	Antal svarpersoner
September	50 %	34 %	7 %	9 %	44
Oktober	52 %	32 %	11 %	5 %	62
November	61 %	30 %	2 %	7 %	54
December	58 %	29 %	12 %	2 %	52
Januar	60 %	31 %	5 %	4 %	55
Februar	40 %	46 %	9 %	6 %	35
Marts	65 %	28 %	5 %	2 %	60
April	55 %	31 %	13 %	2 %	64
I alt	56 %	32 %	8 %	4 %	426

Figur 3.14: Spørgsmål 16.A



Tabel 3.15: Spørgsmål 16.B

Nej, personalet havde ikke pårørendekontakt: Ville du gerne have haft, at personalet havde pårørendekontakt?					
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej slet ikke	Antal svarpersoner
September	12 %	6 %	18 %	65 %	17
Oktober	15 %	19 %	0 %	67 %	27
November	18 %	18 %	18 %	45 %	11
December	9 %	9 %	27 %	55 %	11
Januar	13 %	20 %	13 %	53 %	15
Februar	11 %	22 %	11 %	56 %	9
Marts	33 %	0 %	20 %	47 %	15
April	15 %	10 %	10 %	65 %	20
I alt	16 %	13 %	13 %	58 %	125

Figur 3.15: Spørgsmål 16.B

3.3 Opsummering

På baggrund af patienternes tilkendegivelser i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse er der i overvejende grad tale om positive tendenser, når man sammenligner de første og sidste måneder i undersøgelsesperioden. For de patienter, der har været oplevet tvang under indlæggelsen, kan der især påvises en positiv udvikling i relation til den skriftlige information om patientens lovmæssige rettigheder i forhold til brugen af tvang. En anden tydelig positiv tendens kan aflæses i antallet af patienter, der har talt med personalet om oplevelsen af tvangsudøvelsen, efter at den var ophevet. Endelig vurderer en meget høj andel af patienterne (72%), at personalets brug af tvang "alt i alt foregik på en ordenligt måde", mens godt en fjerdedel af patienterne giver udtryk for, at at dette ikke har været tilfældet.

I relation til patienternes oplevelse af ind-

læggelsen på sengeafsnittet er den mest positive effekt i undersøgelsesperioden patienternes tilfredshed med indflydelsen på egen behandling. Herudover er der sket en stor positiv udvikling i patienternes oplevelse af, at have fået den behandling, de vurderede at have brug for. Også i patienternes samlede indtryk af indlæggelsen på sengeafsnittet er der sket en relativ stor forøgelse af de patienter, der tildeler 4 og 5 stjerner (fra 58% til 78%), mens andelen af patienter, der angiver 1 og 2 stjerner, er reduceret fra 12% til 7%.

Den målrettede indsats med kvalitetsudvikling af praksis har således grundlæggende haft en positiv effekt på patienternes oplevelse, såvel med oplevelsen af tvang som med indlæggelsen som helhed. Tendenserne peger i retning af, at den patientoplevede kvalitet overordnet set har udviklet sig i positiv retning.

Kapitel 4. Udviklingen i den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang

Udviklingen af den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang bliver i lighed med projektets 1. bølge evalueret ud fra teamdeltagernes og ledelsernes vurdering af den kompetenceudvikling og de organisatoriske ændringer der er sket, som følge af projektet. Datagrundlaget består bl.a. af en telefoninterviewundersøgelse foretaget blandt teamdeltagere og ledelsesrepræsentanter, samt de vurderinger, der fremgår af teamenes statusrapporter.

4.1 Kompetenceudvikling og læringsmiljø

I evalueringen af den faglige og organisatoriske udvikling findes der flere forskellige indikatorer, der peger på, at der også i 2. bølge er sket en væsentlig kompetenceudvikling og et forbedret læringsmiljø vedrørende tvang på de deltagende sengeafsnit.

I interviewundersøgelsen vurderer i alt 75% af de adspurgte ledelsesrepræsentanter, at der er etableret tilbud om efteruddannelse, kurser, temadage etc. med fagligt indhold, som følge af deltagelse i 2. bølge af projektet. Endvidere kan kompetenceudviklingen ses i lyset af, at 87% af de adspurgte teamdeltagere vurderer, at de har opnået så gode resultater omkring håndteringen af tvang, at de ønsker at videregive disse til andre afdelinger⁸. Mange har endvidere gjort en aktiv indsats på dette område og 55% angiver, at de allerede har formidlet resultater og erfaringer fra projektet, hvilket viser, at lysten til at formidle erfaringer til andre hospitaler eller afdelinger i høj grad er til stede. De adspurgte teamdeltagerne har således en klar opfattelse af, at de har noget at byde på i forhold til en forbedring af praksis omkring brug af tvang i organisationen.

Ledelsesrepræsentanterne er ligeledes blevet bedt om at vurdere, hvorvidt det deltagende afsnit har opnået resultater, de gerne vil sprede. Alle de adspurgte ledelsesrepræsentanterne (100%) mener, at dette er tilfældet og 75% har allerede for-

midlet erfaringer og resultater videre til afdelinger eller hospitaler, der ikke har deltaget i projektet.

Forandret praksis vedrørende tvang

I interviewundersøgelsen giver 87% af teamdeltagerne udtryk for, at de selv har forandret praksis i forhold til håndteringen af tvang i forhold til perioden før gennembrudsprojektet startede. 97% af teamdeltagerne vurderer endvidere, at afdelingen som helhed har forandret praksis omkring håndteringen af tvang. Blandt de adspurgte ledelsesrepræsentanter mener 92%, at afdelingen har forandret praksis i forhold til håndteringen af tvang.

Det afgørende spørgsmål i denne forbindelse er, hvorvidt forandring af praksis også betragtes som forbedringer, idet dette er en forudsætning for at tale om en positiv kvalitetsudvikling. I alt 91% af teamdeltagerne svarer, at dette i høj grad eller nogen grad er tilfældet.

Der er således ud fra teamdeltagernes vurdering sket en markant udvikling af den faglige og organisatoriske kvalitet, som følge af projektet. Ledelsesrepræsentanterne er af samme opfattelse, idet alle (100%) oplever, at den faglige kvalitet i afdelingens håndtering af tvang er forbedret.

Lokale mål for arbejdet med den faglige og organisatoriske kvalitet

I lighed med 1. bølge af kvalitetsprojektet er arbejdet med udviklingen af den faglige og organisatoriske kvalitet grebet forskelligt an på de deltagende afsnit. Et fællestæk er imidlertid, at de fleste team i 2. bølge har arbejdet målrettet med at få defineret niveauer for udviklingen i den faglige kvalitet, ligesom kontinuerlige målinger er gennemført blandt personalet.

Eksempler på forskellige operationaliseringer af målsætningen fremgår af nedenstående:

Team Esbjerg:

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

⁸ Det skal her bemærkes, at 2. bølge af kvalitetsprojektet ikke har indeholdt eksplicitte tiltag vedrørende spredning.

fagligt niveau eller meget højt fagligt niveau”.

Team Roskilde:

”90% af alle patienter, der har oplevet tvang, svarer nej til, at personalet har udøvet unødvendig magt under tvangen”

Team Frederiksberg:

”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”

Team Vejle:

”At der afholdes defusing efter alle tvangsfikseringer (100%) og det involverede per-

sonale 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) på VAS-skala”

Målingen af den faglige og organisatoriske kvalitet er på mange af de deltagende afsnit foregået såvel kvalitativt (ved drøftelser, dialog og tilbagemeldinger fra personalegruppen på eksempelvis personalemøder) som kvantitativt (ved eksempelvis brug af spørgeskemaer).

Eksempel på definitioner og målinger i relation til den faglige kvalitet, der er implementeret på flere af de deltagende sengeafsnit er præsenteret nedenfor.

Eksempel på definition af ”høj faglig kvalitet” (Team Herning)

Anvendelse af tvang på et højt fagligt niveau og en respektfuld måde

Ved et højt fagligt niveau forstås, at personalet gør hvad de kan for at forebygge tvangsanvendelse og gøre tvangsepisoden så skånsom som mulig, samt at der foregår en systematiseret bearbejdning af tvangsepisoderne.

Det betyder at personalet ud fra et fagligt skøn i forhold til patienternes tilstand har gjort sig overvejelser om og handlet i forhold til:

- GAF-niveau/ relationelt procesniveau
- COPM-test
- Aktivitet
- Selvkontrolskema
- Beroligende tiltag, fx kugledyne
- Dialog
- Pårørende
- P.N.
- Basale behov
- Skærmning
- Bæltefikseringsjournaler
- Eftersamtaler
- Konflikt håndtering
- Mindste middels princippet
- Patientrettigheder
- Etik
- Jura

Eksempel på definition af "høj faglig kvalitet" (Team Sct. Hans L1)

Højt fagligt niveau

Konflikthåndtering

Ved et højt fagligt niveau forstås i forbindelse med konflikthåndtering, at personalet har gjort hvad man kunne for at aftrappe konflikten, så tvangsfiksering i videst muligt omfang kunne undgås. Det vil sige, at der har foregået overvejelser vedr.

- Aktivitet
- Afledning
- Beroligende tiltag, fx kugledyne
- Dialog
- P.N.
- Basale behov
- Mindste middels princip
- Etik
- Jura
- Patientrettigheder
- Inddragelse af patienten i beslutning om forebyggende tiltag

og ud fra et fagligt skøn i forhold til patientens tilstand handlet i forhold hertil.

Tvangsfiksering

Ved et højt fagligt niveau forstås i forbindelse med tvangsfiksering, at personalet har gjort hvad man kunne for, at tvangsfikseringen foregik så skånsomt som muligt for patienten. Og at der har foregået overvejelser vedr.



- Tilkald af læge om muligt inden fikseringen
- Mindste middels princip
- Ethiske overvejelser
- Juridiske overvejelser
- Patientrettigheder

og ud fra et fagligt skøn i forhold til patientens tilstand handlet i forhold hertil.

Eksempler på dokumentation og måling af den faglige kvalitet (Team Roskilde)	
Skema til vurdering af faglig kvalitet ved nødvendig anvendelse af tvang.	
<i>Spørgsmålene drøftes og derefter afgøres ved konsensus den opnåede faglige kvalitet</i>	
Dato for drøftelse:	
Label:	
1.	Blev der gjort nogen tiltag for at forebygge tvang ? (f.eks. kugledyne, inddragelse af familie / netværk, andet)
2.	Hvordan reagerede patienten?
3.	Hvordan reagerede miljøet og personalet?
4.	Kunne der være gjort mere for at undgå tvang?
5.	Blev der givet medicin inden tvangsepisoden?
6.	Hvorfor blev det nødvendigt at bruge tvang?
7.	Hvordan reager patient under tvangsanvendelse?
8.	Hvor hurtigt faldt patienten til ro?
9.	Hvad skete der med patienten efter tvangsanvendelsen?
10.	Hvordan havde patienten det efter ophør af tvangen?
11.	Var der øget opmærksomhed efter tvangsepisoden om patienten? Hvor længe?
12.	Kunne perioden med tvang have været kortere?
13.	Forstod patienten senere nødvendigheden af tvangsanvendelsen?
14.	Blev patienten set under et behandlet med fuld menneskelig respekt?
15.	Blev der foretaget tilstrækkelig dokumentation i EPJ?
16.	Andet:
Mål : 90% af alle personaler vurderer, at afsnittets håndtering af tvang sker på et "meget højt fagligt niveau."	
Sammenfattende afgives følgende vurdering: (Eventuelle mangler noteres i logbog til hurtig opfølgning)	
5	Meget højt fagligt niveau ved tvangsanvendelsen
4	Tilfredsstillende fagligt niveau. Hvad manglede?
3	Middel fagligt niveau. Hvad manglede?
2	Ikke acceptabelt fagligt niveau. Hvad manglede? Opfølgning sker omgående.
1	Kaos (der etableres straks nødvendig handleplan for personalet til opretning af orden)

Eksempler på dokumentation og måling af den faglige kvalitet (Team Esbjerg)

	Ja	Nej	Ved ikke
Var den forebyggende indsats god nok:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-skærmmning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-tidlig intervention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-tilbud om p.n. medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-tilbud om en alternativ aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var det muligt at forudse situationen, således at man kunne tilkalde hjælp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var der enighed i personalegruppen om tvang foranstaltning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var personalesammensætning dækkende for situationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var der mulighed for at planlægge håndtering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja: Blev tvang foranstaltning udført ifølge planen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var det praktiske forløb i foranstaltningen i orden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kom nogen til skade under forløbet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvornår blev lægen kontaktet?		Før	Efter
Hvad synes du om det faglige niveau ved tvangsanvendelse:			

Meget lavt									Meget højt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									

Er der noget, der kan laves på en bedre måde:

Eksempler på dokumentation og måling af den faglige kvalitet (Team Sct. Hans R7)

Spørgeskema vedr. evaluering af tvang

1. Psykiatriloven blev overholdt:

1 Uenig	2	3	4	5 Enig
------------	---	---	---	-----------

2. Situationen blev håndteret optimalt:

1 Uenig	2	3	4	5 Enig
------------	---	---	---	-----------

3. Kommunikationen til patienten var fyldestgørende og respektfuld:

1 Uenig	2	3	4	5 Enig
------------	---	---	---	-----------

4. Efterfølgende dokumentation er dækkende og tilfredsstillende:

1 Uenig	2	3	4	5 Enig
------------	---	---	---	-----------

5: Rollefordelingen blev skitseret personalet imellem:

1 Uenig	2	3	4	5 Enig
------------	---	---	---	-----------

6: Der blev arrangeret opsamling efter episoden:

1 Uenig	2	3	4	5 Enig
------------	---	---	---	-----------

7: Der blev lagt en tilfredsstillende plan for bæltefikseringen:

1 Uenig	2	3	4	5 Enig
------------	---	---	---	-----------

Implementeringsprocessen

Et grundlæggende element i Gennembrudsmetoden er, at implementeringen sker på baggrund af såkaldte PDSA-test (plan-do-study-act). Den fortløbende testning, evaluering og tilpasning af det konkrete forandringstiltag til konteksten gør, at sandsynligheden for en succesfuld implementering øges.

Ét team beskriver processen således:

Team Frederiksberg:

"I forhold til det 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".

I interviewundersøgelsen for 2. bølge vurderer 56% af teamdeltagerne, at de har implementeret mellem 50%-75% af de tiltag, de har arbejdet med i løbet af projektperioden. Yderligere 27% vurderer, at de har implementeret over 75% af tiltagene. Teamdeltagerne er i interviewundersøgelsen også blevet spurgt, hvorvidt de har fundet det vanskeligt at implementere tiltagene. I alt 63% af teamdeltagerne tilkendegiver, at det i høj grad eller nogen grad var en vanskelig proces at implementere tiltagene i praksis. De primære årsager, der angives til dette, er manglende ressourcer og udskiftning i teamets sammensætning eller i personalegruppen.

Kulturændring og øget fællesfaglig forståelse

I lighed med resultaterne af 1. bølge er der også i 2. bølge tilkendegivelser, der indikerer, at teamdeltagere har oplevet en ændring af kulturen på deres afsnit i forhold til tvang. Når der her tales om kulturændringer, tænkes der på teamdeltagernes oplevelse af en udvikling af både den faglige og organisatoriske *adfærd* (praksis) og den faglige og organisatoriske *bevidsthed* omkring tvang i psykiatrien.

At teamdeltagerne har arbejdet fokuseret med målet om en forbedring af praksis medfører implicit en øget refleksion, holdningsbearbejdning samt udvikling af fælles

termer. Netop disse elementer vurderes generelt af deltagerne at have været befordrende for den faglige og organisatoriske udvikling.

Det beskrives bl.a. således:

Team Svendborg:

"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 foregåede tvang. Strukturen og rammerne er blevet meget mere fleksible, afhængig af, hvad den enkelte patient profiterer af".

Team Odense:

"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".

Team Sct. Hans R1:

"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 (f.eks. aktiviteter) ind i sygeplejen i forhold til patienternes aggressionsforvaltning og personalets evt. anvendelse af tvang".

Team Ålborg S8:

"Det at bryde en stor 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".

Der er skabt en større fællesfaglig forståelsesramme for hvilke elementer, der er vigtige i forhold til at kunne højne den faglige og organisatoriske kvalitet i brugen af tvang, på tværs af faggrupper. Nogle af de helt centrale elementer, der trækkes frem af teamdeltagerne, fremgår af tilbagemeldingerne fra netværks-samarbejdet på det 3. læringsseminar, der blev afholdt den 9.-10. maj 2007. Her blev teamdeltagerne inddelt i faggrupper, med det formål at evaluere projektets bidrag. Spørgsmålet der blev besvaret i faggrupper havde følgende for-

mulering: "Hvilke gevinster og positive effekter har deltagelsen i projektet haft for dig som fagperson?"

Følgende betragtninger blev nævnt i de respektive faggrupper:

Læger

- Bedre sammenhæng mellem lovgivning og tvang
- Patienterne oplever større frihed pga. åbne afdelinger
- Patienterne får gode værktøjer/redskaber til at håndtere svære situationer (og til at komme ud af tvangssituationer bl.a. via risikovurdering)
- Øget dialog og samtale med patienterne – en ligeværdig dialog
- Øget fokus på patienternes ressourcer og kompetencer (oprettholdelse af patientens funktionsniveau)
- Øget samarbejde med pårørende
- Bedre kontinuitet i behandlingsforløb (udskrivningssamtalen med fokus på opfølgning i distriktspsykiatrien)
- Øget medinddragelse af patienten (bl.a. i udfærdigelsen og revurderingen af behandlingsplanen)
- Reduktion i antal og varighed af tvang (tvang er blevet noget man forsøger at undgå!)
- Øget samarbejde mellem personalet (læge- og plejegruppen) bl.a. bæltefikseringsjournalen
- Patienten bliver i højere grad spurgt, set og hørt i forhold til de svære ting (og de vigtige ting)
- Patienten får mere tid sammen med behandlerne (lægerne)
- Tvang er ikke længere tabuiseret – det er normalt at blive aggressiv og personalet kan håndtere det

Afdelingssygeplejersker

- Dialogen med patienten er forbedret (forandringstiltagene kræver at man inddrager og spørger patienterne)
- Øget involvering/inddragelse af patienterne og medindflydelse
- Øget medansvar hos patienterne
- Relationen er styrket mellem patienter/pårørende og personalet
- Forbedret sammenhæng i patientforløbet – øget fleksibilitet og individuelle hensyn
- Øget fysisk aktivitet

- Forbedret samarbejde med patienterne – og personalets evne til at lytte!
- Øget respekt for patienterne – som individer
- Øget åbenhed om tvang og nedbrydning af tabuer på dette område ("åbenhed om det vi ikke talte om førhen")
- Øget brug af skærmning har betydet mere ro på afsnittet
- Øget dialog og italesættelse af tvang – fra indlæggelse til udskrivelse og herunder en bedre efterbearbejdning
- Øget brug af aktiviteter, herunder også under skærmning og fiksering
- Reduktion i anvendelsen af tvang
- Bevidst inddragelse af patienternes eventuelle tidligere erfaringer (mestringsstrategier m.v.)
- Personalet "tolker" mindre – nu spørger vi!
- Aftalestyring (i forhold til patienterne) mere end regelstyring
- Patienterne får mere information og information er mere tilgængelig
- Færre låste døre
- Øget refleksion i forbindelse med tvang – sammen med patienterne
- Øget fælles forståelse på området
- Større ensartethed i behandlingen og større kontinuitet i kontakten til personalet

Sygeplejersker

- Øget medinddragelse – man er blevet bedre til at lytte til patienterne
- Reduktion i anvendelsen af tvang
- Der arbejdes i højere grad med at fremme motivationen hos patienten
- Mere fokus på somatikken, bl.a. under bæltefiksering (trykaflastning, respiration etc.)
- Øget tillid og øget tryghed for patienten
- Øget medansvar hos patienten.
- Patienten bliver sat i centrum
- Modtagelsen på afsnittet tager i højere grad afsæt i patientens erfaringer og oplevelser
- Større åbenhed og dialog – også omkring brugen af tvang
- Øget brug af psykoedukation

Social- og sundhedsassistenter og plejere

- Øget medinddragelse af patienterne (i behandling, pleje, ændring af husorden, test af forandringsiltag mv.)
- Større åbenhed om tvang og aggression (tvang er ikke længere et tabu)
- Øget information til patienterne
- Øget ansvar for psykoedukation
- Øget dialog med patienterne – personalet er blevet bedre til at lytte
- Større fokus på de forskellige handlemuligheder (øget synlighed og flere individuelle hensyn)
- Øget ligeværdighed og respekt (øget medmenneskelighed)
- Mindre tvang
- Kontakten til personalet er blevet forbedret
- Der er en bedre forståelse for at tvang kan anvendes som led i behandlingen (og ikke som "straf")
- Patienterne får tilbudt flere målrettede aktiviteter (også under f.eks. fiksering)
- Øget tilgængelighed til det tværfaglige personale
- Forbedret mulighed for at få bearbejdet tvangsepisoder (via efter-samtaler)

Ergoterapeuter, beskæftigelsesvejledere, fysioterapeuter m.fl.

- Mindre tvang
- Øget brug af målrettede og individuelt tilpassede aktiviteter (også ofte på patienternes eget initiativ)
- Øget kropsbevidsthed hos patienterne
- Øget kontakt til patienternes pårørende og nærmiljø.

Som det fremgår af de forskellige faggruppers evaluering, er der stor enighed om, at øget og åben dialog om tvang mellem patienter og personale samt personale imellem er med til at højne den faglige kvalitet.

I interviewundersøgelsen vurderer i alt 90% af teamdeltagerne i 2. bølge, at de har flere faglige drøftelser omkring håndteringen af tvang end før projektstart. Tilsvarende angiver 92% af ledelsesrepræsentanterne, at de på ledelsesmøder, har flere faglige drøftelser omkring tvang end

før projektdeltagelsen. Disse tilkendegivelser indikerer, at der er forholdsvis stor overensstemmelse mellem, hvad teamdeltagerne vurderer, er vigtigt for den faglige udvikling, og det de praktiserer i hverdagen.

Personalets engagement, tilfredshed og arbejdsmiljø

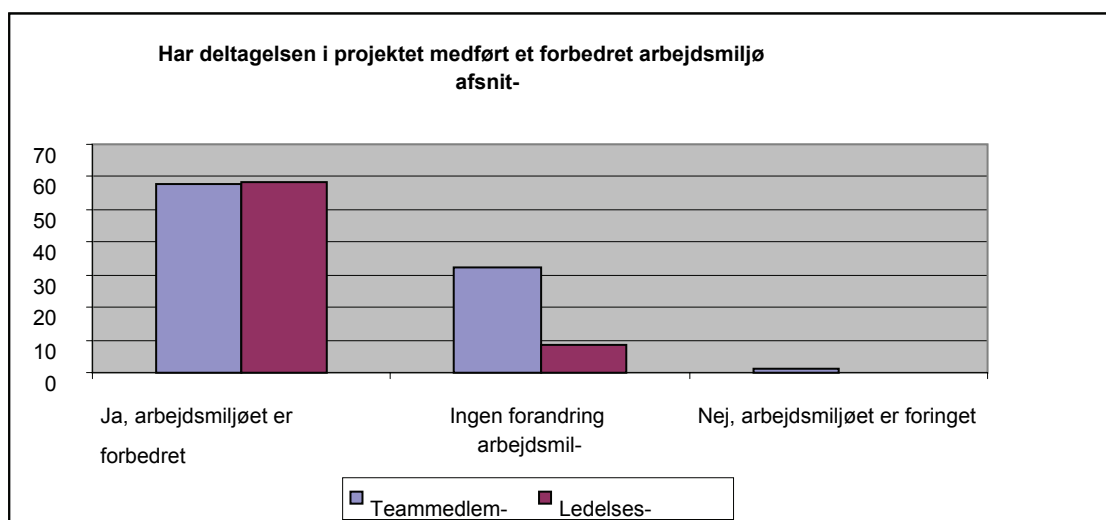
En anden indikator for udviklingen af den faglige og organisatoriske kvalitet, er personalets tilfredshed med forandringsarbejdet i projektet. Ud fra interviewundersøgelsen vurderer i alt 82% af teamdeltagerne i 2. bølge, at de som personale oplever en større (faglig) tilfredshed med anvendelsen af tvangsforanstaltninger sammenlignet med perioden før projektstart.

I evalueringen af de gennembrudsprojekter, der er gennemført under ledelse af Sveriges Kommuner og Landsting, er der påvist en positiv effekt på arbejdsmiljøet ved deltagelse i kvalitetsudviklingsprojekter⁹. Inspireret af disse erfaringer blev såvel teammedlemmer som ledelsesrepræsentanter fra 2. bølge spurgt, hvorvidt deltagelsen i kvalitetsprojektet, ifølge deres vurdering, havde medført et forbedret arbejdsmiljø på afsnittet.

58% af såvel teamdeltagerne som ledelsesrepræsentanterne vurderede, at deltagelsen i 2. bølge af kvalitetsprojektet havde haft en positiv effekt på arbejdsmiljøet. Herudover tilkendegav knap en tredjedel af teammedlemmerne at det ikke havde haft nogen effekt på arbejdsmiljøet, mens dette kun gjaldt for en mindre gruppe på 8% af ledelsesrepræsentanterne. Svarfordelingen fremgår af nedenstående figur.

⁹ "Tilgængelighed en arbetsmiljöfråga?", Landstingsförbundet. 2003. Uppföljning av två Genombrottsprojekt. Bättre flyt i vården I och II", Sveriges Kommuner och Landsting, 2006.

Figur 4.1: Ændring af arbejdsmiljøet på de deltagende sengeafsnit



Af kommentarerne til spørgsmålet vedrørende arbejdsmiljø fremgår det, at den positive forandring primært skyldes en bedre kommunikation mellem medarbejderne, samt en større trivsel og arbejdsglæde.

Nogle af teammedlemmerne udtrykker det således:

- *"Mere ensartede procedurer formindsker usikkerheden"*
- *"Den større åbenhed omkring tvang har forbedret arbejdsmiljøet"*
- *"Man føler sig mere sikker i forhold til episoder med tvang – føler sig bedre klædt på til det".*
- *"Vi har fået fokus på arbejdsgange, engagement og faglige diskussioner"*
- *"Vi er bedre til at håndtere konflikter med patienterne"*
- *"Mere forebyggelse, så situationer ikke kører op, - og kollegaer der bakker op".*
- *"Vi har fået større faglig stolthed. Færre bæltefikseringer har også medført et bedre miljø".*

Blandt ledelsesrepræsentanterne opleves det især at være den øgede faglighed og faglige stolthed, der har bidraget til et mere positivt arbejdsmiljø. En af de interviewede udtrykker det således: *"Fagligheden er steget og volden er dalet, - og når man føler sig tryk, får man det også bedre!"*

Dokumentation og monitorering

I lighed med 1.bølge af kvalitetsprojektet

har der også i 2. bølge været stillet krav til dokumentation, monitorering og løbende afrapportering. Alle team har skriftligt skulle afrapportere såvel processen som de opnåede resultater månedligt og stille materialet til rådighed på det internetbaserede kommunikationsforum. For at kunne følge udviklingen i tvangsanvendelsen på afsnitsniveau har teamet (i flere tilfælde en sekretær på afsnittet) haft til opgave at indtaste alle tvangsregistreringer i EpiData-programmet. Herudover har der som optakt til afholdelsen af de 3 læringsseminarer været pålagt teamet at udarbejde processkitser, til præsentation af de opnåede resultater. Kravet om dokumentation har således været kontinuerligt gennem hele processen og har i høj grad været en forudsætning for udvekslingen af erfaringer og resultater i det nationale netværk.

Kravet om løbende dokumentation og monitorering bliver af langt de fleste team vurderet som både befordrende i forhold til kvalitetsudviklingsprocessen, såvel som frustrerende i forhold til det relativt store ressourceforbrug.

Følgende uddrag af statusrapporter relaterer sig til dette synspunkt:

Team Herning:

"Som teamdeltager skal man generere kvalitetsudvikling indadtil i sin egen 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, netværks-

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

Team Svendborg:

"Det har været 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, smat givet et større overblik samt medvirket til at teamsamarbejdet blev optimeret"

En af de store gevinster i relation til monitorering i 2. bølge af kvalitetsprojektet har været udviklingen og anvendelsen af databehandlingsprogrammet EpiData, der blev stillet til rådighed for de deltagende afsnit. Programmet har givet de deltagende sengeafsnit mulighed for at følge og analysere udviklingen i tvangsansværelsen på baggrund af aktuelle, opdaterede og afsnitsbaserede data.

Alle team har anvendt programmet og har således løbende i projektperioden kunnet dokumentere den aktuelle udvikling i tvangsansværelsen. På flere sengeafsnit er der taget beslutning om at fortsætte med anvendelsen af EpiData.

Team Roskilde skriver om perspektivet i at kunne generere data på afsnitsniveau:

"Dette er nødvendigt, hvis medarbejderne i et afsnit skal kunne se resultaterne af en indsats for at minimere anvendelsen af tvang". Endvidere påpeger de, at: "Tilpasning af EpiData til fleksibel brug i fremtiden vil være afgørende for den fortsatte proces med at minimere tvangsansværelsen"

Team Odense om det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde:

"Ved hjælp af EpiData vil vi fortsat følge udviklingen i forhold til tvangsansværelsen"

Team Frederiksberg:

"Vi har valgt at fortsætte indtastningen i EpiData, da det er vores mulighed for at følge udviklingen i anvendelsen af tvang på afsnitsniveau"

Ledelsesopbakning, tid og ressourcer

En vigtig forudsætning for et succesfuldt kvalitetsudviklingsarbejde er ledelsens engagement og opbakning. Tydelig ledelsesopbakning sender stærke signaler i organisationen om, at kvalitetsudvik-

lingsprojektet og forbedringsarbejdet er vigtigt og at dette område prioriteres.

Adspurgt om dette emne vurderer halvdelen af ledelsesrepræsentanterne, at teamet og projektet i nogen grad har fået tildelt den tilstrækkelige ledelsesmæssige prioritering. Godt 40% mener, at den ledelsesmæssige prioritering har været til stede i høj grad.

Blandt teammedlemmerne er vurderingen lidt mindre positiv. Her mener 44% af de adspurgte, at ledelsen i nogen grad har støttet projektet og teamets arbejde ved f.eks. at deltage på møder og give tilbagemeldinger på månedsrapporter. Knap en tredjedel vurderer, at dette i høj grad har været tilfældet, mens knap hver femte teamdeltager giver udtryk for, at dette kun er sket i ringe grad.

Den tid og de ressourcer, som de deltagende team har haft til deres rådighed i forbindelse med deltagelsen i projektet, har været meget varierende. Denne variation er begrundet i mange forskellige faktorer. Dels er størrelsen af de deltagende sengeafsnit forskellige, ligesom afsnitstype, patientsammensætning, personalenormering mv. Overordnet set har ca. halvdelen af de 19 deltagende team fået tildelt ekstra ressourcer i form af ekstra timer, frikøb af personale o. lign.

I forlængelse af ovenstående blev teamdeltagerne i interviewundersøgelsen bedt om at vurdere arbejdsbelastningen ved at deltage i kvalitetsprojektet. Svarene på dette spørgsmål viser, at på en skala fra 1-10 (hvor 1 er laveste arbejdsbelastning og 10 er højeste belastning) vurderer ca. 60%, at arbejdsbelastningen har været 6 eller derunder. 40% af teamdeltagerne angiver arbejdsbelastningen til at ligge mellem 7-10.

Følgende citater fra de deltagende team viser nuancerne i ovenstående:

Team Herning:

"Sammenhængen er enkelt: En stor forbedring kræver en stor indsats, en lille indsats giver en lille forbedring!"

Team Glostrup:

"Vores tovholder har fra projektets start være frikøbt 8 timer ugentligt. Blev senere i projektet frikøbt i 12 timer ugentligt, da

det hurtigt viste sig, at 8 timer var utilstrækkeligt. At have en frikøbt medarbejder til projektet har vist sig at have både fordele og ulemper”.

Team Gentofte 1510:

”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”.

Team Roskilde:

”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”.

Team Frederiksberg:

”I hele projektperioden har der været tilknyttet en projektsygeplejerske, som har haft til opgave at være tovholder i projektet. Vi vurderer, at projektsygeplejerskens funktion har været en nødvendig forudsætning for projektets gennemførelse.....Tidsmæssig har projektsygeplejersken anvendt gennemsnitligt 15 timer ugentligt på projektet”.

Har det været indsatsen værd?

Som det fremgår af ovenstående opleves Gennembrudsmetoden som en relativ ressourcekrævende metode, der stiller høje krav til deltagernes motivation, forandringsvillighed og arbejdsindsats. Det er derfor interessant at evaluere den samlede effekt af projektet, holdt op imod de organisatoriske rammer, der i projektet er lagt for arbejdsmetoden, såvel centralt (af Det nationale sekretariat) som lokalt (af psykiatri- og afdelingsledelser). På denne baggrund blev alle teamdeltagere og ledelsesrepræsentanter spurgt, hvorvidt de ville anbefale andre at deltage i et lignende gennembrudsprojekt.

Resultatet er overbevisende positivt, idet 94% af teamdeltagerne samt 100% af ledelsesrepræsentanterne vil anbefale andre at deltage i et lignende kvalitetsudviklingsprojekt. Mange af de argumenter der

går igen i besvarelserne knytter sig an til de centrale elementer i Gennembrudsmetoden. Dette belyses bl.a. gennem følgende citater:

”Det er et godt eksempel på kvalitetsudvikling, hvor man hurtigt kan høste gevinsten”.

”Jeg er faldet for metoden pga. styring fra sekretariatet, telefonmøder og EpiData, hvor man kan se resultater. Elementer som små-skala-test har være geniale”.

”Holder hvad det lover – er praksisnært og netværksrelationer øges. Større refleksion og større åbenhed om tvang...”

”Der er langt fra at snakke om ting til at få dem implementeret. Det var en hjælp at komme i gang”.

Det præciseres imidlertid i flere af besvarelserne, at deltagelsen i lignende kvalitetsprojekter kræver eksplicit stillingtagen til ressourceindsatsen. Flere af de adspurgte nævner således, at de kan anbefale andre at deltage i lignende projekter, såfremt der afsættes de nødvendige personaleressourcer til udviklingsarbejdet.

4.2 Opsummering

Projektets væsentligste bidrag til udviklingen af den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang kan sammenfattes til følgende:

- En øget kompetenceudvikling hos personalet og et forbedret læringsmiljø.
- En forbedring praksis i forhold til personalets håndtering af tvang.
- Et højnet fagligt niveau i opgavevaretagelsen bl.a. på grund af en øget dialog og større åbenhed omkring tvang blandt personalet og mellem personalet og patienterne.
- Et forbedret arbejdsmiljø.
- En forbedret dokumentation og monitorering.

¹ Telefoninterviewundersøgelsen blev foretaget i perioden juni-august 2007. I alt deltog 78 teamdeltagere og 12 ledelsesrepræsentanter i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på hhv. 92% og 75%

² Ved afslutning af projektet pr. 1. august 2007 var der i teamenes statusrapporter dokumenteret tilsammen xxx afprøvede og implementerede forandringstiltag. Se endvidere publikationen ”Statusrapporter” samt ”Forandringskataloget maj2007”, der kan downloades fra www.videnscentergennembrud.dk.

Kapitel 5. Udviklingen i forhold til at minimere anvendelsen af tvang

Den tredje målsætning for de deltagende sengeafsnit i kvalitetsprojektet har været at minimere behovet for og anvendelsen af tvang.

Udgangspunktet for forbedringsarbejdet via Gennembrudsmetoden er, at fokus sættes på det område, hvor potentialet for forbedring er størst. De deltagende team har derfor i langt de fleste tilfælde sat fokus på de mest anvendte typer af tvang. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at omfanget af tvangsansværelsen på de deltagende sengeafsnit er *meget* varierende. Blandt de 15 team, der har stillet deres data til rådighed for Det nationale sekretariat varierer antallet af samlede indtastede episoder i perioden 1. januar 2006 – 30. juni 2007 fra 53 episoder til 609 episoder (dvs. en spredning fra gennemsnitligt 3 tvangsepisoder pr. måned til 34 episoder pr. måned). For en uddybning af dette henvises til publikationen "Statusrapporter", hvor hvert team redegør for de opnåede lokale resultater, samt publikationen "Bag om tallene - 2. bølge".

På de deltagende sengeafsnit blev der ved projektstart valgt forskellige operationaliseringer af målsætning om minimering af tvang. Mange team har valgt at sætte fokus på en reduktion i antallet af bæltefikseringer og varigheden af disse. Andre team har i deres formulering valgt en bredere tilgangsvinkel og har arbejdet herimod en reduktion i den samlede anvendelse af tvang. Endelig har enkelte team valgt at sætte fokus på særlige tvangsformer, herunder eksempelvis tvangstilbeholdelse eller tvangsmedicinering.

EpiData

Til brug for den løbende registrering af tvangsansværelsen på de deltagende sengeafsnit, blev der udviklet et særligt indtastnings- og dokumentationsredskab med brug af softwareprogrammet EpiData¹⁰.

Programmet blev udviklet med mulighed for enten direkte indtastning af data eller download fra Sundhedsstyrelsens tvangsregister. I projektperioden har det dog kun

været muligt for 2 af de deltagende sengeafsnit at anvende denne mulighed (Team Silkeborg og Team Næstved), idet tvangsregistreringen for de øvrige sengeafsnit ikke kunne downloades på afsnitsniveau. For de resterende 17 afsnit, har det derfor været nødvendigt løbende at indtaste de samme data i EpiData-programmet, som indberettes til Sundhedsstyrelsen via SEI (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetning)¹¹.

Figur 5.1: Velkomstbillede fra EpiData



At ansvaret og udførelsen af databehandlingen i projektet har ligget lokalt hos de deltagende sengeafsnit har flere fordele. På baggrund af erfaringerne fra 1. bølge var det et ønske i 2. bølge, at få udviklet et databehandlingsprogram, der kunne sikre et overblik over tvangsansværelsen på afsnitsniveau. Et af de helt centrale principper for al kvalitetsudvikling er et grundigt kendskab til aktuelle og praksisnære data. En forudsætning for at kunne foretage løbende forbedringer af praksis er muligheden for at følge og analysere processen på baggrund af et pålideligt datagrundlag. Endvidere betyder distributionen af EpiData-programmet, at de deltagende sengeafsnit kan fortsætte monitoreringen af tvangsansværelsen på afsnitsniveau også efter, at projektet er afsluttet.

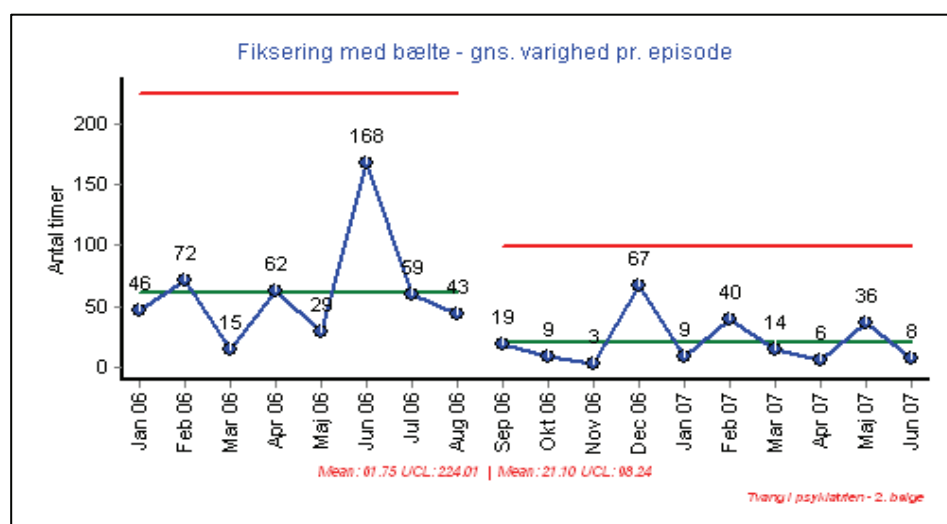
¹¹ I den opdaterede udgave af Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem fra primo juli 2007 er der tilføjet et nyt felt, hvor sengeafsnit, der har deltaget i enten 1. eller 2. bølge af det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien kan påføre afsnitsbetegnelsen. Dette giver således mulighed for at indberette data vedrørende tvang på afsnitsniveau, således at disse igen kan downloades på afsnitsniveau.

¹⁰ EpiData Software er et freeware-program, der frit kan downloades fra www.epidata.dk.

Som evalueringsgrundlag for den løbende kvalitetsudvikling, der er sket på de deltagende afsnit, blev perioden januar-august 2006 anvendt som sammenligningsperiode med den aktive projektperiode fra september 2006 t.o.m juni 2007. Tidsserieanalyserne i EpiData, der har været an-

vendt som procesevaluering i projektperioden, har således automatisk været opdelt i disse 2 perioder. De deltagende team har derfor igennem hele projektperioden analyseret udviklingen i tvangsanvendelsen på denne baggrund jf. nedenstående eksempel.

Figur 5.2: Kontrolldiagram i EpiData opdelt i henholdsvis baseline- og projektperiode



Datasæt fra 15 af de deltagende sengeafsnit

Til forskel fra databehandlingen i 1. bølge af kvalitetsprojektet er databehandlingen i 2. bølge udført på de respektive sengeafsnit. Der er således *ikke* til brug for nærværende evaluering foretaget en samlet databehandling af tvangsregistreringerne for de 19 deltagende sengeafsnit, som det var tilfældet i evalueringen af 1. bølge. De resultater, der præsenteres i nærværende kapitel, er således *alene* en "sammentælling" af 15 selvstændige datasæt, som Det nationale sekretariat har modtaget fra 15 af de i alt 19 sengeafsnit. På baggrund af de modtagne datasæt er der udarbejdet tabeller og grafer for hvert af de 15 sengeafsnit. Disse fremgår af publikationen "Bag om tallene - 2. bølge".

Kriterier for vurdering af resultater

I evalueringen af de opnåede resultater er det på samme måde som i evalueringen af 1. bølge vigtigt at præcisere, at der kan anvendes mange forskellige kriterier. Hvorvidt de enkelte team og deltagende psykiatriske afsnit har opnået de forventede resultater og således opnået "suc-

ces" i forbedringsarbejdet, skal naturligvis ses i lyset af såvel de lokale intentioner for at deltage i projektet som den lokale operationalisering af projektets overordnede mål. De lokale motiver og intentioner uddybes ikke i nærværende afsnit, idet disse i sagens natur er meget forskellige. De fremgår for mange team af statusrapporterne, og der henvises derfor hertil.

I nærværende evaluering er det valgt at anlægge samme udgangspunkt som ved 1. bølge. De opnåede resultater præsenteres og evalueres derfor som i gennembrudsprojekter i henholdsvis England og Sverige i andele af de deltagende sengeafsnit/team, der har opnået henholdsvis mindst 20% og 50% forbedring¹². Forbedringer på under 20% vurderes ikke som relevante at fremhæve særskilt, da en forbedring i denne størrelsesorden ikke vurderes at kunne henføres til et resultat af arbejdet efter Gennembrudsmetoden, men i højere grad må tilskrives det øgede

¹² "Improving Collaboratives. Lessons from Breakthrough Waves 1 & 2", J. Øvretveit, Landstingsforbundet, Sverige, 2002.

fokus på området. I forlængelse heraf bør det tilføjes, at der i gennembrudsprojekter normalt kalkuleres med et frafald af deltagende team i størrelsesordenen 30%. I såvel 1. som 2. bølge af kvalitetsprojektet har der imidlertid været et markant lavt frafald i projektperioden, da kun 3 sengeafsnit i 1. bølge og 1 afsnit i 2. bølge har afbrudt deltagelsen.

Ved en gennemgang af de fastsatte lokale mål og de opnåede resultater på de deltagende afsnit er det karakteristisk, at mange har opnået markante forbedringer på områder, der ikke har været omfattet af de formulerede lokale mål. Det skyldes primært, at der i projektet har været lagt stor vægt på, at kvalitetsforbedring og en reduktion i anvendelsen af tvang forudsætter en bred indsats, hvor der på samme tid arbejdes med forandringstiltag, der relaterer sig til såvel forebyggelse, selve tvangssituationen som efterbehandling og bearbejdning. De deltagende team har på denne baggrund iværksat forandringstiltag fra alle 3 temaer i Forandringskataloget, hvilket har betydet, at flere typer af tvangsforanstaltninger er blevet berørt, end teamet i udgangspunktet havde sat sig som mål.

De enkelte psykiatriske sengeafsnit, der har deltaget i kvalitetsprojektet, har ikke arbejdet med de samme indsatsområder på samme tid eller med samme intensitet, ligesom de operationelle mål har været udformet lokalt. Dette betyder, at foran-

dringsarbejdet på de enkelte afsnit til trods for den fælles metodemæssige ramme og adgang til en fælles "værktøjskasse" ikke har været gennemført som identiske processer i samme tempi. For en nærmere redegørelse af de opnåede resultater, der præsenteres nedenfor, er det derfor vigtigt at henvise til statusrapporterne fra de deltagende team. I statusrapporterne afrapporterer de enkelte team de resultater, de selv vurderer som de væsentligste. Der er på denne baggrund stor variation mellem statusrapporterne med hensyn til hvilke og hvor mange resultater, der afrapporteres.

5.1 Samlet overblik over tendenserne i datamaterialet

Med det formål at få et samlet overblik over de opnåede resultater i 2. bølge af kvalitetsprojektet har Det nationale sekretariat foretaget en indsamling af datamaterialet fra de deltagende afsnit. 15 sengeafsnit har stillet deres datasæt til rådighed for Det nationale sekretariat. Da ikke alle 15 datasæt er komplette (dvs. indeholder data for hele perioden 1. januar 2006 – 30. juni 2007) fremgår det for hver type af tvangsforanstaltning, hvor mange sengeafsnit, der indgår i beregningerne.

Ved sammenligning af ikke-korrigerede tal fra henholdsvis 1. halvår 2006 (baseline) og 1. halvår 2007 fremkommer følgende resultater⁹:

Det samlede antal af tvangsepisoder (alle tvangstyper¹³): (11 sengeafsnit)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">◆ 45% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%◆ 9% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%<ul style="list-style-type: none">○ Team Geronto (63% - en reduktion fra 48 til 18 episoder) |
|---|

¹³ Bæltefiksering, tvangstilbageholdelse, fastholdelse, beroligende medicin med tvang, tvangsbehandling, dørraflåsning og beskyttelsesfiksering.

Antallet af bæltefikseringsepisoder:

(12 sengeafsnit)

- ◆ 33% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%
- ◆ 25% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%
 - Team Odense (80% - en reduktion fra 5 til 1 episoder)
 - Team Herning (75% - en reduktion fra 8 til 2 episoder)
 - Team Roskilde (60% - en reduktion fra 10 til 4 episoder)

Varighed af bæltefikseringsepisoder:

(12 sengeafsnit)

- ◆ 25% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%
- ◆ 8% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%
 - Team Svendborg (64% - en reduktion fra 44 til 32 timer)

Antallet af tvangstilbageholdelsesepisoder:

(11 sengeafsnit)

- ◆ 27% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%
- ◆ 27% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%
 - Team Geronto (100% - en reduktion fra 8 til 0 episoder)
 - Team Sct. Hans R1 (100% - en reduktion fra 1 til 0 episoder)
 - Team Gentofte 3212 (100% - en reduktion fra 8 til 0 episoder)

Varighed af tvangstilbageholdelsesepisoder:

(11 sengeafsnit)

- ◆ 9% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%
- ◆ 36% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%
 - Team Sct. Hans R1 (100% - en reduktion fra 2 til 0 timer)
 - Team Gentofte 3212 (100% - en reduktion fra 23 til 0 timer)
 - Team Geronto (83% - en reduktion fra 30 til 5 timer)
 - Team Herning (62% - en reduktion fra 58 til 22 timer)

Antallet af fastholdelseepisoder:

(12 sengeafsnit)

- ◆ 25% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%
- ◆ 8% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%
 - Team Geronto (100% - en reduktion fra 14 til 0 episoder)

Antallet af episoder med beroligende medicin med tvang:

(12 sengeafsnit)

- ◆ 50% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%
- ◆ 25% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%
 - Team Odense (100% - en reduktion fra 5 til 0 episoder)
 - Team Herning (100% - en reduktion fra 1 til 0 episoder)
 - Team Roskilde (70% - en reduktion fra 10 til 3 episoder)

Antallet af tvangsbehandlingsepisoder (medicinering og ernæring):

(11 sengeafsnit)

- ◆ 0% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%
- ◆ 64% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%
 - Team Geronto (100% - en reduktion fra 3 til 0 episoder)
 - Team Gentofte 3212 (100% - en reduktion fra 4 til 0 episoder)
 - Team Svendborg (80% - en reduktion fra 5 til 1 episoder)
 - Team Herning (75% - en reduktion fra 4 til 1 episoder)
 - Team Sct. Hans R1 (75% - en reduktion fra 4 til 1 episoder)
 - Team Sct. Hans R7 (67% - en reduktion fra 3 til 1 episoder)
 - Team Odense (50% - en reduktion fra 4 til 2 episoder)

Varighed af tvangsbehandlingsepisoder:

(11 sengeafsnit)

- ◆ 27% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20%
- ◆ 27% af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50%
 - Team Gentofte 3212 (100% - en reduktion fra 68 til 0 episoder)
 - Team Geronto (100% - en reduktion fra 26 til 0 episoder)
 - Team Svendborg (98% - en reduktion fra 40 til 1 episoder)

Set i lyset af førnævnte kriterium for evaluering af gennembrudsprojekter kan det konkluderes, at resultatet vedrørende de mest anvendte former for tvang (der er præsenteret ovenfor) er følgende:

- Gennemsnitligt 28% (med en spredning på 9%-50%) af de deltagende sengeafsnit (der indgår i ovennævnte beregninger) har opnået en forbedring på min. 20%,
- Gennemsnitlig 27.5% (med en spredning på 8%-64%) af de deltagende sengeafsnit (der indgår i ovennævnte beregninger) har opnået en forbedring på min. 50%.

5.2 Opsummering

Indfrielsen af den overordnede målsætning om en minimering af behovet for og anvendelsen af tvang kan set i lyset af ovenstående tendenser betegnes som positiv, når man betragter de mest anvendte tvangsforanstaltninger. Det er dog særdeles vigtigt at være opmærksom på, at datagrundlaget ikke omfatter alle 19 deltagende sengeafsnit i projektets 2. bølge, ligesom tallene i mange tilfælde er meget små. Resultatet skal derfor tolkes med forbehold og er forbundet med en høj grad af statistisk usikkerhed.

Bilag

Bilag 1: Oversigt over deltagende psykiatriske sengeafsnit i 2. bølge af kvalitetsprojektet

Nr.	Teamnavn	Sygehus / Sengeafsnit	Afsnitstype
1	Team Ålborg S6	Ålborg psykiatrisk Sygehus, afd. Syd, afsnit S6	Almen psykiatrisk
2	Team Ålborg S8	Ålborg psykiatrisk Sygehus, afd. Syd, afsnit S8	Almen psykiatrisk
3	Team Silkeborg	Silkeborg Sygehus, Psykiatrisk afsnit D	Almen psykiatrisk
4	Team Risskov	Psykiatrisk Hospital Risskov, afsnit N3	Intensiv psykiatri (nu almenpsykiatrisk)
5	Team Herning	Psykiatrisk Afdeling Herning, afsnit E3	Almen psykiatrisk
6	Team Vejle	Vejle Sygehus, Psykiatrisk afdeling E31	Almen psykiatrisk
7	Team Esbjerg	Voksenpsykiatrien i Ribe Amt, afsnit E3	Almen psykiatrisk
8	Team Svendborg	Sygehus Fyn i Svendborg, psykiatrisk afsnit P4	Almen psykiatrisk
9	Team Odense	Odense Universitetshospital, Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus, afsnit 3	Ungdoms-psykiatrisk
10	Team Næstved	Psykiatrisk Center Nord, afsnit N1	Almen psykiatrisk
11	Team Geronto	Psykiatrisk Ekspertisecenter, afsnit G	Geronto-psykiatrisk
12	Team Roskilde	Roskilde Amtssygehus Fjorden, Afsnit 22	Almen psykiatrisk
13	Team Glostrup	Psykiatrisk Center Glostrup, afsnit 76/77	Almen psykiatrisk
14	Team Gentofte 3212	Psykiatrisk Center Gentofte, afsnit A 3212	Almen psykiatrisk
15	Team Gentofte 1510	Psykiatrisk Center Gentofte, afsnit A 1510	Almen psykiatrisk
16	Team Frederiksberg	Frederiksberg Hospital, Afdeling D, afsnit D2 øst	Almen psykiatrisk
17	Team Sct. Hans R1	Sct. Hans Hospital, Afdeling R, afsnit R1	Rets-psykiatrisk
18	Team Sct. Hans R7	Sct. Hans Hospital, Afdeling R, afsnit R7	Rets-psykiatrisk
19	Team Sct. Hans L1	Sct. Hans Hospital, Afdeling L, afsnit L1	Rets-psykiatrisk

Bilag 2: Oversigt over Styregruppens medlemmer

Navn	Stilling	Organisation	Ansættelsessted
Steffen Egesborg Hansen	Kontorchef "Kontoret for regional sundhed"	Indenrigs- og Sundhedsministeriet	Indenrigs- og sundhedsmin.
Lene Christensen	Specialkonsulent "Kontoret for regional sundhed"	Indenrigs- og Sundhedsministeriet	Indenrigs- og sundhedsmin.
Dorthe Neergaard	Jurist	Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI	Landsfor. BEDRE PSYKIATRI
Marianne Jespersen	Afdelingslæge Sundhedsstyrelsens 5. kontor	Sundhedsstyrelsen	Sundhedsstyrelsen
Karin H. Johannesen	Udviklingschef Næstformand	Faglig Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker	Psyk. Center Glostrup
Bente Sivertsen	Chefkonsulent	Sundhedskartellet	Dansk Sygeplejeråd
Finn Graa Jakobsen	Landsformand	Landsforeningen SIND	Landsforeningen SIND
Søren Bredkjær	Lægelig direktør	Psykiatrisk Selskab	Sct. Hans Hospital
Hanne Børner	Center- og klinikchef Børne- og ungepsykiater	Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab	Børne- og Ungdomspsyk. Center Glostrup
Nils Holmquist Andersen	Medlem af forretningsudvalget i LAP	LAP	Landsledelsen i LAP
Tommy Kjelsgaard	Kontorchef	Danske Regioner	Danske Regioner Social- og Psykiatrikontoret
Hanne Rasmussen	Specialkonsulent i enheden for psykiatriplanlægning	Region Hovedstaden	Koncern Plan og Udvikling
Nete Maltha	Chefsygeplejerske	Region Sjælland	Psykiatrien Region Sjælland
Anders Meinert Pedersen	Psykiatrichef - Vest	Region Syddanmark	Psykiatricenter Vest
Villads Villadsen	Distriktschef – Distrikt Øst	Region Midtjylland	Psykiatrien i Region Midtjylland
Helle Jørgensen	Chefsygeplejerske	Region Nordjylland.	Psykiatrien i Region Nordjylland
Peter Rhode	Centerchef	Center for Kvalitetsudvikling, Region Midt	Region Midtjylland, Regionshuset Århus
Britta Ravn	Afdelingsleder (Udviklings- og implementeringsafd.)	Center for Kvalitetsudvikling, Region Midt	Region Midtjylland, Regionshuset Århus

Bilag 3: Oversigt over antal udleverede og indkomne indstik og spørgeskemaer

	Resultater fra indstik til spørgeskemaet			Resultater fra spørgeskemaet		
	Udleverede indstik til spørgeskemaer	Indkomne indstik	Svarprocent	Antal udleverede spørgeskemaer	Antal indkomne svar	Svarprocent
Team Ålborg S6	55	33	60 %	143	87	51 %
Team Ålborg S8	39	26	67 %	70	76	70 %
Team Silkeborg	59	13	22 %	119	78	44 %
Team Risskov Nord	5	5	100 %	16	20	95 %
Team Herning	2	2	100 %	27	27	93 %
Team Vejle	33	20	61 %	98	74	56 %
Team Esbjerg	48	41	85 %	158	130	63 %
Team Svendborg	34	20	59 %	107	82	58 %
Team Odense	2	2	100 %	-	-	-
Team Næstved	24	18	75 %	58	37	45 %
Team Geronto	22	1	5 %	40	42	68 %
Team Roskilde	27	5	19 %	36	45	71 %
Team Glostrup voksen	38	5	13 %	88	81	64 %
Team Gentofte 3212	14	6	43 %	45	38	64 %
Team Gentofte 1510	4 (skønnet)	4	100 %	16	13	76 %
Team Frederiksberg	4 (skønnet)	4	100 %	14 (skønnet)	14	100 %
Team Sct. Hans R1	14	2	14 %	29	26	29 %
Team Sct. Hans R7	5	-	0 %	16	15	65 %
Team Sct. Hans L1	-	-	-	1	1	100 %
I alt	424	207	49 %	1071	886	59 %

Bilag 4

Hvordan har du oplevet personalets håndtering af TVANG under denne indlæggelse?

AFSNIT XX, som du har været indlagt på, deltager i Det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien. I dette projekt arbejder 25 sengeafsnit fra hele landet på at mindske behovet for tvang i psykiatrien og på at forbedre personalets brug af tvang. Derfor håber vi, at du vil besvare spørgsmålene på dette skema.

Hvilken type tvang har du oplevet under denne indlæggelse på dette sengeafsnit? (sæt evt. flere krydser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiksering F.eks. bælte, remme, handsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvangsindlæggelse
Fysisk magtanvendelse F.eks. fastholden, døraftåsning, beroligende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvangstilbageholdelse
Tvangsbehandling F.eks. tvangsmedicinering, tvangsemæring, ECT (elektrochok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning F.eks. stofbælte, aflåst dør m.v.

	Ja	Nej	Ved ikke/ husker ikke
Er du blevet informeret MUNDTLIGT om dine lovmæssige rettigheder i forhold til brugen af tvang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blevet informeret SKRIFTLIGT om dine lovmæssige rettigheder i forhold til brugen af tvang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talte du, i de første par dage efter indlæggelsen, med personalet om dine eventuelle tidligere erfaringer med tvang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blevet informeret om, at personalet, ifølge loven, kan bruge tvang som led i behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEND!

	Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	Ved ikke/ ej relevant
Tog personalet hensyn til dine ønsker i forbindelse med tvangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talte du med personalet om din oplevelse af tvangen, efter at den var ophørt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når du ser tilbage, oplevede du så, at der blev brugt unødvendig magt under tvangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når du ser tilbage, synes du så, at brugen af tvang under denne indlæggelse kunne være undgået?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synes du, at personalets brug af tvang alt i alt foregik på en ordentlig måde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dine eventuelle kommentarer til brugen af tvang:

Dette skema sendes i samme svarkuvert som det store blå spørgeskema

Psykiatrien som helhed

20. Er der samarbejde mellem de forskellige steder, som du har kontakt med om din sygdom? Spørgsmål 20 skal **kun** besvares, hvis du har kontakt med andre steder om din sygdom. Her tænkes på praktiserende læge, distriktspsykiatri, psykiatrisk sengeafsnit, dagtilbud, privatpraktiserende psykiater/psykolog, kommunens sagsbehandler m.fl. – hvis ikke du har kontakt med nogle af disse steder, bedes du hoppe videre til spørgsmål 21.

SÆT KUN 1 KRYDSS I ENTEN A, B ELLER C

- A. Ja, der er samarbejde mellem stederne: →
- B. Nej, der er ikke samarbejde mellem stederne: →
- C. Jeg ved ikke, om der er samarbejde → Gå til spørgsmål 21.



Ja i høj grad



Ja i nogen grad



Nej kun i mindre grad



Nej slet ikke



Ved ikke/ ej relevant

21. Har du fået tilbud om undervisning om din sygdom og behandling? (F.eks. på sengeafsnittet, distriktspsykiatrien eller andre steder i psykiatrien)

SÆT KUN 1 KRYDSS I ENTEN A, B ELLER C

- A. Ja, jeg har fået tilbud om undervisning → Gå til spørgsmål 22.
- B. Nej, jeg har ikke fået tilbud om undervisning: →
- Har du haft brug for undervisning? →
- C. Ved ikke/ husker ikke, om jeg har fået tilbud om undervisning → Gå til spørgsmål 22.

22. Savner du behandlingstilbud i psykiatrien? (Det kan f.eks. være samtalerapi, psykologhjælp, fysioterapi, ergoterapi, bevægelse, forskellige aktivitetstilbud - eller noget helt andet).

SÆT KUN 1 KRYDSS I ENTEN A, B ELLER C

- A. Ja, jeg savner tilbud → _____ (Du bedes skrive, hvad du savner.)
- B. Nej, jeg savner ikke tilbud → Gå til spørgsmål 23.
- C. Ved ikke → Gå til spørgsmål 23.

Lidt om dig selv

23. Hvor længe har du været indlagt på dette sengeafsnit? (denne gang)

- Under 1 døgn 3 – 4 uger
- 1 – 3 døgn 1 – 2 måneder
- 4 – 6 døgn Over 2 måneder
- 1 – 2 uger

25. Dit køn?

Mand Kvinde

26. Dit modersmål?

Dansk Ikke dansk

27. Har der været anvendt tvang over for dig under hele din indlæggelse på dette sengeafsnit eller noget af tiden? (F.eks. tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, fiksering, fysisk magtanvendelse, tvangsbehandling)

Ja Nej Ved ikke/husker ikke

24. Hvilket år er du født?

1 9

Spørgeskema

til patienter på de psykiatriske sengeafsnit i Danmark

Kære patient på

Bornholms Centralsygehus, lukket afdeling (Bornholms Regionskommune)

Som led i det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien bliver du og andre patienter på udvalgte psykiatriske sengeafsnit bedt om at besvare dette spørgeskema. Formålet med undersøgelsen er at forbedre behandlingen og kontakten med patienterne.

Derfor håber vi, at du vil bruge lidt tid på at besvare skemaet.

Ét skema for hver indlæggelse

Spørgeskemaet udleveres i forbindelse med udskrivning eller overflytning til et andet sengeafsnit. Det betyder, at du bliver bedt om at udfylde flere skemaer, hvis du bliver genindlagt i den periode, hvor undersøgelsen finder sted. Vi vil meget gerne have, at skemaet bliver udfyldt hver gang. Der kan jo være forskel på, hvordan du har oplevet de forskellige indlæggelser.

Vejledning i at besvare spørgeskemaet

I skemaet bedes du sætte ét kryds ud for hvert spørgsmål. Måske er der nogle spørgsmål, der ikke passer på din situation. I disse tilfælde bedes du krydse af i "Ved ikke/vej relevant".

Nogle steder i skemaet har du mulighed for at skrive kommentarer. Sådanne uddybninger med dine egne ord er meget værdifulde for psykiatrien.

Anonymt og frivilligt

Du skal ikke skrive navn på skemaet. Undersøgelsen gennemføres anonymt, og deltagelsen er frivillig. Det udfyldte skema sendes i den frankerede svarkuvert til Kvalitetsafdelingen i Århus, som står for bearbejdningen af materialet. Svar og kommentarer vil fremstå, så ingen patienter kan genkendes i rapporterne med resultater fra undersøgelsen.

Spørgsmål om undersøgelsen

Hvis du har brug for hjælp til at læse eller forstå spørgeskemaet, er du velkommen til at spørge personalet på sengeafsnittet. Du må også gerne kontakte projektleder for kvalitetsprojektet om brug af tvang i psykiatrien Lea Nørgaard Bek på telefon 89 44 63 91. Hvis du har brug for hjælp til at finde ud af, hvad du skal svare på spørgsmålene, er det bedst, at du beder dine pårørende hjælpe dig.

Undersøgelsesresultaterne

Undersøgelsesresultaterne bliver offentliggjort i efteråret 2007. Til den tid vil rapporter ligge fremme på de sengeafsnit, der har deltaget. Rapporterne kan også købes hos Danske Regioner, og de vil kunne læses på internetadressen www.sundhed.dk.

Med venlig hilsen og på forhånd tak for din medvirken

Afdelingsleder Peter Rhode, Kvalitetsafdelingen i Århus

Her har personalet sat et kryds ud for den sygdomskategori, som din sygdom tilhører. Denne oplysning er anonym og kan ikke føres tilbage til dig som person.

Sydomskategori (udfyldes af personalet):

F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F Andet

Tak fordi du besvarede skemaet!

Det bedes hurtigst muligt sendt i den frankerede svarkuvert til Kvalitetsafdelingen.



Indlæggelsen på dette sengeafsnit	Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	?
1. Var du tilfreds med den modtagelse, du fik på dette sengeafsnit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kunne du komme i kontakt med plejepersonalet, når du havde behov for det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Var du tilfreds med kontakten med din(e) kontaktperson(er)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Var du tilfreds med kontakten med lægen/lægerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Var der mulighed for, at du kunne tale uforstyrret med personalet på sengeafsnittet? (F.eks. i enrum og uden afbrydelser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Synes du, at personalet viste hensyn og respekt over for dig som menneske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fik du de informationer om din sygdom og behandling, som du havde brug for? (Her tænkes både på mundtlig og skriftlig information om behandlingsplan, medicin, bivirkninger, kostvejledning m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Var du tilfreds med de aktiviteter, du kunne deltage i under indlæggelsen? (Praktiske, fysiske, kreative, sociale aktiviteter m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Var du tilfreds med den indflydelse, du selv havde på din behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Når du ser tilbage, synes du så, at du har fået den behandling, som du havde brug for på sengeafsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Oplevede du, at der var en god atmosfære på sengeafsnittet? (Stemning, omgangstone m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Var du tilfreds med din kontakt med de andre patienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Var du tilfreds med de fysiske rammer? (Sengestue, bad/toilet, opholdsrum, aktivitetslokaler m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Har du fået det bedre af at være indlagt på sengeafsnittet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har indlæggelsen givet dig øget håb og livsmod i forhold til fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indlæggelsen på dette sengeafsnit	Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	?
16. Havde personalet på sengeafsnittet kontakt med dine pårørende? <i>SÆT KUN 1 KRYDS I LENTEN A, B ELLER C</i>					
A. Ja, personalet havde pårørendekontakt: Var du tilfreds med personalets kontakt med dine pårørende? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Nej, personalet havde ikke pårørendekontakt: Vil du gerne have haft, at personalet havde pårørendekontakt? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Jeg ved ikke, om personalet havde pårørendekontakt <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 17.					

17. Er der truffet aftaler om tiden efter din udskrivning, f.eks. om kommende behandling, opfølgning, støtte m.v.? <i>(Hvis du skal flytte til et andet sengeafsnit, bedes du sætte kryds i "Ved ikke/relevant")</i> <i>SÆT KUN 1 KRYDS I LENTEN A, B ELLER C</i>					
A. Ja, der er truffet aftaler om tiden efter min udskrivning: Er du tilfreds med de aftaler, der er truffet? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Nej, der er ikke truffet aftaler om tiden efter min udskrivning: Vil du gerne have haft, at der var truffet nogle aftaler? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Ved ikke/relevant <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 18.					

18. Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på dette sengeafsnit? Sæt 1 kryds:					
<input type="checkbox"/> ★★★★★ (enestående)					
<input type="checkbox"/> ★★★★ (godt)					
<input type="checkbox"/> ★★★ (både godt og dårligt)					
<input type="checkbox"/> ★★ (dårligt)					
<input type="checkbox"/> ★ (uacceptabelt)					
<input type="checkbox"/> Ved ikke					
Hvorfor gav du det antal stjerner?					

19. Hvad har haft størst betydning for dig under din indlæggelse på sengeafsnittet?	