

7. APRIL 2016

EVALUERINGSDESIGN

EFFEKTEVALUERING AF SATSPULJEPROJEKT VEDR. FORSØG MED BÆLTEFRI AFDELINGER I PSYKIATRIEN



INDHOLD

Kort om forsøgsprojektet om bæltefri afdelinger	3
Evalueringens formål og hovedspørgsmål	3
Er projektets formål og succeskriterier opfyldt?	6
Tabel 1. Succeskriterier for projektets formål 1	6
Tabel 2. National indsatssteori	7
Evalueringens organisering	8
Hvad skal den lokale projektleder og/eller de deltagende afsnit registrere for at kunne dokumentere indsats og effekter i forsøgsprojektet?	8
Logbogen	9
Dokumentation af de lokale interventioner	10
Registrering af oplysninger om den enkelte bæltefikseringsepisode	11
Hvilke data indsamler evaluators?	12
Evalueringens tidsmæssige forløb	13

Dette dokument redegør for evalueringsdesignet for effektevalueringen af forsøgsprojektet om bæltefri afdelinger i psykiatrien.

Kort om forsøgsprojektet om bæltefri afdelinger

Forsøgsprojektet om bæltefri afdelinger gennemføres i perioden oktober 2014- december 2017, er finansieret af satspuljemidler og administreret af Sundhedsstyrelsen. Forsøgsprojektet blev anbefalet af regeringens psykiatriudvalg (2013) og kom i 2014 med i regeringens handlingsplan som et bidrag til at nå målet om at halvere anvendelsen af tvang inden 2020. Deltagerne i forsøgsprojektet skal etablere behandlingsmiljøer, der forebygger brugen af bæltefiksering, uden at det fører til øget anvendelse af beroligende medicin eller andre former for tvang. De bæltefri afdelinger skal afprøve metoder, der giver de psykiatriske afdelinger brugbare erfaringer med vedvarende afskaffelse af fysisk tvang. Udgangspunktet er, at der skal arbejdes med seks fokusområder, som fremgår af satspuljeopslaget. Ansøger forpligter sig til en udvidet monitorering af patientforløb i henhold til Sundhedsstyrelsens nærmere anvisninger. Afrapportering af processer, målopfyldelse og effekten af indsatsen sker i årlige statusrapporter og ved at levere datamateriale til en samlet national effektevaluering.¹

Politisk er der formuleret seks overordnede formål i satspuljeaftalen

1. Forebyggelse og tidlig indsats
2. Styrket sammenhæng i indsatsen
3. Høj kvalitet i den faglig indsats
4. Inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund
5. Nedbringelses af tvang
6. Bedre styring og ressourceanvendelse

Fra politisk side forventes det bl.a., at der i forsøgsperioden skal være mulighed for at tildele intensiv, individuel personalestøtte til akut dårlige patienter.

Forsøgsprojektet vedr. bæltefri afdelinger skal ses i sammenhæng med de partnerskabsaftaler, som ministeriet har indgået med regionerne.²

Evalueringsens formål og hovedspørgsmål

Evalueringen er en effektevaluering, der skal undersøge de forskellige indsatsers og metoders bidrag til at afskaffe bæltefiksering.

Evalueringen er designet som en procesorienteret tilgang til effektevaluering, hvor effekten undersøges ved at efterprøve indsats teorier.³ I den dansksprogede litteratur kaldes en sådan effektevaluering for virkningsevaluering⁴,

Evalueringen skal dokumentere og formidle de mest vellykkede projekterfaringer og resultater til andre dele af psykiatrien og dermed bidrage til at udbrede god praksis og halvere anvendelsen af tvang inden 2020.

Derfor har evalueringen også fokus på implementering, og ikke kun på effekten i forsøgsperioden.

¹ Sundhedsstyrelsens satspuljeopslag, 16. juni 2014

² Satspuljeaftalen på psykiatriområdet 2014-2017

³ Indsats teori kaldes i litteraturen også for programteori og forandringsteori og er kort fortalt en slags opskrift på hvilken indsats der virker (har den ønskede effekt) i en konkret kontekst.

⁴ Virkningsevaluering er en procesorienteret, teori-baseret evalueringstilgang, der er udviklet af Peter Dahler-Larsen i 2003 og siden beskrevet i flere bøger og rapporter. Evalueringsdesignet, som beskrives i dette notat er også inspireret af auditmetoden, statistisk proceskontrol, process tracing, implementeringslitteratur og kombinerer casestudier med tværgående survey og registeranalyser.

Evalueringens tre hovedspørgsmål er:

1. Opfylder projektet de overordnede formål med forsøgsprojektet - og de lokale succeskriterier for deltagelsen i projektet?

Dette spørgsmål vil blive besvaret ved at undersøge udviklingen i anvendelsen af bæltefiksering, anden tvang og andre relevante proces- og resultatindikatorer - og om de deltagende afsnit har opnået markante resultater, som kan spredes til resten af psykiatrien og bidrage til at halvere anvendelsen af bæltefiksering inden 2020. (se oversigtsskema længere fremme)

2. Hvilken patientrettet klinisk praksis (indsatser, tiltag, interventioner og metoder) har i projektet især vist sig at kunne bidrage til at afskaffe bæltefiksering på en eller flere af de deltagende psykiatriske afsnit?

Dette spørgsmål vil blive besvaret ved at undersøge hvilken ny og bælteforebyggende klinisk praksis, som er blevet implementeret på et eller flere af de deltagende afsnit/centre. Fokus er på at undersøge sammenhængen mellem den nye praksis og anvendelsen af bæltefiksering for at kunne afgøre om den nye praksis har virket som forventet. Det vigtigste analyseredskab til at svare på spørgsmålet er de opstiller indsats teorier. (se grafisk oversigt længere fremme)

3. Hvilke personalerettede ledelsesmæssige og organisatoriske udviklings- og implementeringstiltag har i projektet især vist sig at kunne bidrage til at understøtte udviklingen og implementeringen af ny og bedre klinisk praksis på de deltagende psykiatriske afsnit?

Dette spørgsmål vil blive besvaret ved at undersøge indsatsen, dokumentationen og implementeringserfaringerne på de deltagende afsnit og centre via casestudier, interviews og spørgeskemaundersøgelse. Fokus er på hvilke organisatoriske tiltag (fx ledelse, projektorganisering, anvendelse af data, kompetenceudvikling), der især har understøttet implementeringen af ny praksis.

På baggrund af evalueringens besvarelse af de tre hovedspørgsmål er ambitionen at formulere anbefalinger til

- a. de deltagende afsnit og centre
- b. andre psykiatriske sengeafsnit og afdelinger/centre
- c. andre aktører, der kan bidrage til at nedbringe anvendelsen af tvang

For at besvare evalueringsspørgsmålene indsamles data via følgende metoder

- Registerundersøgelse af udviklingen i anvendelsen af tvang på de deltagende afsnit, afdelinger og centre. Datakvaliteten undersøges i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen. Tallene fra det nationale tvangsregister sammenholdes med regionernes opgørelser og de lokale registreringer af bæltefikseringsepisoder. På afsnitsniveau vil det være tal fra og med 2014, på afdelings-/centerniveau vil det være tal fra og med 2011. De vigtigste indikatorer for anvendelsen af tvang i evalueringen er antal bæltefikseringsepisoder, antal bæltefikserede patienter og varigheden af bæltefikseringsepisoder samt antal bæltefrie dage pr. måned. Men undersøgelsen omfatter også andre tvangstyper (antal episoder og patienter berørt af tvang).
- Casestudier af de deltagende afsnits indsats i henholdsvis Aabenraa, Brønderslev, Hvidovre, Risskov og Slagelse og af Psykiatrisk Center Ballerup. Det enkelte casestudie tager udgangspunkt i den lokale indsats teori og statusrapporten for 2015 og bygger på både kvalitative og kvantitative data, I casestudierne indgår
 - Analyse af de lokale forsøgs indsats teorier.
 - Analyser af relevante regionale og lokale dokumenter af relevans for projektet. Statusrapporten er det vigtigste dokument.
 - Regionale registerdata i form af kvantitative opgørelser
 - Patientcases, hvor udvalgte patientforløb analyseres på baggrund af tilgængelige data.
 - Interviews med ledere, medarbejdere og patienter

- En workshop hvor et udkast til casebeskrivelse drøftes med deltagere fra projektet. Workshoppen tilrettelægges inspireret af konceptet casebaseret audit.
- Spørgeskemaundersøgelse på tværs af de seks lokale projekter. Spørgeskemaet vil bl.a. blive brugt til at afdække personalets erfaringer med og vurdering af de afprøvede metoders relevans for at undgå bæltefikseringer. Spørgeskemaundersøgelsen skal bidrage til at besvare alle tre evalueringsspørgsmål.
- Tværgående analyser af sammenhængen mellem indsats og resultater. Sammenligninger på tværs af cases for at undersøge betydningen af kontekst og årsagsvirkningssammenhænge mellem indsats, mekanismer og effekter. Evaluator analyserer forskelle og ligheder i de lokale indsatser, resultater og kontekster og indsatsteoriernes indhold revurderes. Disse analyser skal bidrage til besvarelse af det andet evalueringsspørgsmål.
- Tværgående analyser af implementeringsprocessers og kontekstens betydning for de lokale resultater og for de lokale indsatsteorier. Disse analyser skal bidrage til besvarelse af det tredje evalueringsspørgsmål.

De tre spørgsmål undersøges med andre ved hjælp af forskellige metoder og datakilder. Evalueringen benytter sig med andre ord af triangulering frem for at basere sig på en enkelt metode og en enkelt datakilde.

På de to næste sider viser to oversigtsskemaer hvordan de tre evalueringsspørgsmål er operationaliseret i form af succeskriterier og indsatsteori.

Er projektets formål og succeskriterier opfyldt?

Tabel 1. Succeskriterier for projektets formål 1

SUCCESKRITERIER	INDIKATORER	DATAKILDER
1.a De deltagende afsnit er blevet bæltefri	Antal bæltefikseringsepisoder opdelt på afsnit og måneder Antal bæltefri dage	Det nationale tvangsregister Regionale opgørelser Statusrapporter Lokal registrering af bæltefikseringsepisoder
1.b Anvendelsen af tvang blevet nedbragt	Antal tvangsepisoder Antal patienter berørt af tvang Varighed af fysisk tvang Antal bæltefri dage	Det nationale tvangsregister Statusrapporter
1.c. De deltagende afsnit har udviklet et behandlingsmiljø uden vold og tvang	Som 1.a og 1b + Antal arbejdsskader Antal utilsigtede hændelser Antal voldsanmeldelser	Det nationale tvangsregister Regionale informationssystemer og rapporter Statusrapporter Casestudier Logbog Interview Spørgeskema
1.d Projektet opfylder andre formål med forsøgsprojektet	Forebyggelse og tidlig indsats Styrket sammenhæng i indsatsen Høj kvalitet i den faglig indsats Inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund Bedre styring og ressourceanvendelse	Casestudierne Statusrapporter Interviews Dokumenter Spørgeskema
1.e Projektet har afprøvet og implementeret relevante tiltag og metoder, der kan videreføres og udbredes	Tiltag/metoder er afprøvet Tiltag/metoder er implementeret Tiltag/metoder er udbredt til andre afsnit	Statusrapporter Logbog Indsatsteorier Interviews Dokumenter Lokal monitorering Spørgeskema

* De med **fed** markerede datakilder er de lokale projekter ansvarlige for.

Tabel 2. National indsats teori

MÅLGRUPPER	DE SEKS FOKUSOMRÅDER	EKSEMPLER PÅ LOKALE INDSATSOMRÅDER	ANTAGELSER OM VIRKNINGSMEKANISMER	KORTSIGTEDE RESULTATER	LANGTSIGTEDE RESULTATER
Personalet Plejepersonale Læger Fysioterapeuter Andre	Ledelse Etablering af organisatoriske forhold og visioner	Mål og plan for at afskaffe bæltefiksering Drøfte tvang på møder Teamorganisering af tidlig og særlig indsats	Ledelsesmæssig opmærksomhed giver organisationen og det kliniske personale fokus på at undgå bæltefiksering	Personalet afprøver nye metoder med henblik på at implementere ny praksis Personalet oplever metoderne som relevante	En kultur der understøtter et godt arbejds- og behandlingsmiljø uden vold og bæltefiksering og med Lavt/lavere sygefravær Få/færre arbejdsskader
	Anvendelse af data Brug registreringspraksis som ledelsesredskab	Tvangstal drøftes Analyse af bæltefikserings-episoder Identificere patienter med særlig risiko	Analyser af data bidrager til at personalet lærer af de konkrete episoder Relevant efteruddannelse giver personalet mulighed for at afprøve ny praksis		
	Kompetenceudvikling Optimering af personalets faglige kompetencer	Efteruddannelse Vejledning Træning af metoder	Personalet træner nye handlemuligheder		
Patienter Potentielt farlige Voldelige Selvskadende	Forebyggelsesmetoder Brug af varierende og målrettede forebyggende redskaber	Tidlig og særlig individuel indsats Medicinplan og Miljøterapi Samtaler og Aktivitetstilbud	Personalets nye praksis hjælper patienterne med at mestre uro, angst og vrede Deeskalering af konflikter	Færre konflikter, opkørte situationer og voldsepisoder Færre bæltefikseringsepisoder Patienter føler sig mødt, anerkendt og godt behandlet	Et godt og sikkert behandlingsmiljø, hvor patienter får hjælp uden at blive bæltefikseret Få/ nogen patienter bæltefikseres Færre andre tvangsepisoder Høj patienttilfredshed Recovery
	Patientinddragelse Synlig øget inddragelse	Forhåndstilkendegivelser Samarbejdsaftaler SafeWards	Hvis patienten involveres mere, indgår patienten lettere i en positiv relation med personalet Tvangsepisoders potentielt traumatiserende virkning kan modvirkes ved at følge op på episoden		
	Debriefing Systematisk anvendelse af debriefing redskaber	Eftersamtaler			
Kontekst: Faktorer, som påvirker indsatsen og/eller effekten. Betingelser og barrierer					

Evalueringens organisering

Evalueringen tilrettelægges og gennemføres i dialog med repræsentanter for regionerne, projekterne, eksperter og brugerrepræsentanter.

Den nationale evaluator vil – på vegne af Sundhedsstyrelsen - samarbejde med registeransvarlige, regionale stabe og de lokale projektledere, ledere og medarbejdere.

De lokale projektledere bidrager til den nationale evaluering som

- deltagere i workshops og netværksmøder,
- forfattere til logbøger og årlige statusrapporter (selvevaluering)
- interviewpersoner
- respondenter i afsluttende spørgeskemaundersøgelse

Klinisk personale i psykiatrien har i forvejen mange dokumentationsopgaver, som følge af lovgivning og andre retningsgivende dokumenter. Den nationale evaluering er tilrettelagt, så den ikke pålægger det deltagende kliniske personale unødige dokumentationsopgaver. Den nationale evalueringens krav til manuel registrering er derfor revurderet og reduceret ved at evaluator samarbejder direkte med regionernes stabsfunktioner og nationale registeransvarlige.

Eventuelle lokale og regionale projektdokumenter, auditrapporter, statistiske opgørelser mv, der dokumenterer og monitorerer de deltagende afsnits indsats og resultater kan indgå i den nationale evaluering ved at den lokale projektleder sender dem til den nationale evaluator og nævner dem i statusrapporten.

Hvad skal den lokale projektleder og/eller de deltagende afsnit registrere for at kunne dokumentere indsats og effekter i forsøgsprojektet?

Den nationale evaluering bygger så vidt muligt på de data, som de deltagende afsnit og afdelinger/centre i forvejen registrerer, indberetter og/eller dokumenterer i journalen.

Udgangspunktet for den nationale evaluering er, at der allerede i projektansøgningerne/projektbeskrivelserne er valgt nogle projektspecifikke, regionalt eller lokalt besluttede **indikatorer**, som kan belyse nogle elementer i de lokale indsats teorier.

De valgte outcome-indikatorer er typisk data, som afsnittene allerede registrerer og som derfor blot skal trækkes ud af relevante regionale registre og systemer. De lokale procesindikatorer kræver formentlig nye registreringer - eller audit af patientjournaler.

Alle seks lokale projekter sk hvornår og hvilket omfang de deltagende afsnit arbejder med **de valgte indsatsområder og anvender de planlagte** al i statusrapporterne til Sundhedsstyrelsen og i forbindelse med midtvejsevalueringen oplyse om, **interventioner og metoder**. Disse oplysninger bygger på systematisk dataindsamling i form af løbende registreringer.

Minimumskravet til den lokale registrering, der kan dokumentere indsatsen i projektperioden er, at

- 1, Den lokale projektleder fører logbog,
2. Implementering af ny klinisk praksis dokumenteres, og
3. Der registreres supplerende oplysninger om den enkelte bæltefikseringsepisode.

Essensen af de tre typer registreringer formidles til Sundhedsstyrelsen i de årlige statusrapporter i 2016 og 2017 og indgår også som en del af datagrundlaget for midtvejsevalueringen i 2016.

Logbogen

I logbogen noteres dato og stikord om vigtige begivenheder og beslutninger i projektperioden og de løbende erfaringer med indsatsen, metoderne og processen.

Logbogen skal som minimum dokumentere:

- Hvornår kompetenceudviklingsaktiviteter gennemføres
- Hvornår ny praksis afprøves - inden implementering
- Hvornår ny praksis implementeres

Derudover er andre beslutninger og hændelser relevante for evalueringen og kan derfor med fordel dokumenteres i logbogen, fx:

- Hvornår og hvordan informeres medarbejdere om relevante data?
- Hvornår afholdes vigtige møder i og om projektet?
- Hvornår foregår der særligt udfordrende begivenheder, fx
 - Indlæggelse af meget voldsomme eller selvskadende patienter med særlig stor risiko for at blive bæltefikseret
 - Alvorlige utilsigtede hændelser (fx selvmordsforsøg)
 - Arbejdsskader som følge af patientvold
 - Tilkald af politiet for at håndtere opkørte situationer
 - Andre voldsomme begivenheder (hærværk)
- Hvornår sker der væsentlige ændringer i vilkår? (fx flytning)
- Hvornår ændres eller indføres retningsgivende dokumenter – og hvilke?
- Hvornår sker der andre praksisændringer med betydning for anvendelsen af tvang
- Vigtige ledelsesinitiativer og –handlinger, der opleves som betydningsfulde for at opnå målet om bæltefrihed.
- Konkrete observationer, som af projektlederen tolkes som tegn på ændringer i kultur og behandlingsmiljø

Den lokale ledelse/projektleder vælger selv logbogens konkrete form. Der er klare fordele ved at logbogen er et let læseligt og søgbart elektronisk dokument, som let kan kopieres ind i statusrapporten. Men hvis der lokalt er gode erfaringer med at føre logbog i en dagskalender med spiralryg, et ringbind med relevante projektdokumenter, referater, pdsa-skabeloner og opdaterede tids- og handleplaner (portefolio) eller i en klassisk notesbog er dette også en mulighed. .

Logbogen indgår som dokument i den nationale evaluering i forbindelse med midtvejsevalueringen og til brug for de årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen og erfaringsudvekslingen på netværksmøderne.

Dokumentation af de lokale interventioner

For at kunne gennemføre virkningsevalueringen skal der indsamles data, der dokumenterer indsatsen, dvs de patientrettede og personalerettede/organisatoriske tiltag. Indsatsteorien kan kun testes, hvis der ikke er "implementeringsfejl".

Derfor skal lokale procesindikatorer vælges og konkretiseres, og dataindsamlingen skal foregå systematisk. Så længe indsatsen afprøves, tilpasses og udvikles er det tilstrækkeligt at notere begivenheder i logbogen. Når indsatsen/tiltaget har fundet en form, der egner sig til at være en del af den daglige kliniske praksis med patienterne, er det tid at iværksætte en form for monitorering (implementerings-selvevaluering). Tidspunktet for implementering noteres i logbogen.

Der er flere mulige dataindsamlingsmetoder, når implementeringen af ny patientrettet, klinisk praksis skal monitoreres:

1. Aktivitetsregistrering/optælling via stregsystem ("ølregnskab")
2. Skriftlig dokumentation i patientjournalen (EPJ) kombineret med periodiske journalaudit – baseret på en stikprøve af patientjournaler
3. Observationer i behandlingsmiljøet – kombineret med interview af personale om deres kliniske praksis. Denne metode blev anvendt af IKAS ved eksternt survey som en del af akkrediteringsprocessen, for at vurdere om retningsgivende dokumenter var implementeret.
4. Audit af udvalgte patientforløb. Analyse af bæltefikseringsepisoder er eksempel på denne metode, som også kendes fra patientsikkerhedsarbejdet med at analysere utilsigtede hændelser.

Den nationale evaluator kontakter ultimo januar 2016 de seks lokale projektledere for at gøre status på det lokale implementeringsarbejde og aftale nærmere om de lokale procesindikatorer, dokumentations- og monitoreringsmetoder med udgangspunkt i de lokale indsatsteorier.

Registrering af oplysninger om den enkelte bæltefikseringsepisode

Bæltefikseringer dokumenteres allerede ved at udfylde tvangsprotokol og nogle oplysninger indberettes til det nationale tvangsregister. Til brug for analyser af den enkelte bæltefikseringsepisode er der brug for flere oplysninger om episoden.

Det blev første gang drøftet på netværksmødet i maj 2015, hvor Sundhedsstyrelsen introducerede fire vigtige parametre (fremhævet med **fed skrift** i tabel 3). Nogle af de deltagende afsnit har registreret oplysninger om den enkelte bæltefikseringsepisode i form af referater af systematiske analyser efter fastlagt koncept. Nogle afsnit har i 2015 anvendt regnearket, som var bilag til statusrapporten. Oplysninger om den enkelte episode sættes op i et skema, så det er muligt at lave tværgående analyser og se mønstre. Til brug i den nationale evaluering er følgende oplysninger relevante:

Tabel 3. Oplysninger om den enkelte bæltefikseringsepisode

1. Dato og klokkeslet	a. Dato for bæltefiksering	dd.mm.åå
	b. Ugedag	Xxxdag
	c. Starttid for bæltefiksering	xx:xx
2. Hvilket afsnit #	a. Bæltefikseret på psykiatrisk afsnit	afsnitsbetegnelse
	b. Somatisk afsnit (dobbelindlagt)	afsnitsbetegnelse
	c. Fikseret før overflytning til afsnit	afsnitsbetegnelse
	d. Fikseret efter overflytning fra afsnit	afsnitsbetegnelse
3. Patienten	a. Patienten har før været bæltefikseret	dd.mm.åå/nej
	b. Kendt voldelig/selvskadende	voldelig/selvskadende/nej
	c. Dom/retslig foranstaltning	
	d. Patient i målgruppe for lokal indsats	Skriv målgr.jf indsatssteori
4. Bemanning	a. Antal ansatte på afsnit inden alarm	Skriv tal
	b. Faggrupper på afsnit inden alarm	læge/spl/SOSU/fys/ergo
	c. Tilset af overlæge inden fiksering	ja/speciallæge/læge/nej
5. Optakten/Situationen	a. Trigger/udløsende faktor	Fx konflikt om...
	b. Hærværk/trusler/chikane/vold	skriv hvad eller nej
6. Forebyggende tiltag	a. Anvendte forebyggende metoder	Jf indsatssteori
	b. Medicin givet før fiksering	præparat og dosis
7. Anden tvang i.f.m. fiksering	a. Medicin givet med tvang	præparat og dosis
	b. Fastholden inden bæltefiksering	Varighed
8. Debriefing	a. Bæltefikseret patient (eftersamtale)	dd.mm.åå/nej
	b. Andre berørte patienter	dd.mm.åå/nej
	c. Det berørte personale	dd.mm.åå/nej
9. Analyse	Hvem deltog	ikke personnavne
10. Læring	Hvordan bæltefikseringen kunne have været undgået	

De deltagende afsnit skal også registrere de bæltefikseringer af afsnittenes patienter, som på grund af overflytning mellem afsnit, ikke tæller med i afsnittets tvangsstatistik, nemlig:

- **Patienter som var bæltefikseret umiddelbart før overflytning** til det bæltefrie afsnit, på et afsnit med samme ledende overlæge, og hvor fortsat bæltefiksering derfor registreres i den allerede opstartede tvangsprotokol.
- **Patienter, som overflyttes** fra det bæltefrie afsnit til et andet afsnit og umiddelbart herefter bæltefikseres.

Hvilke data indsamler evaluatoren?

Den nationale evaluator indsamler data fra en række forskellige kilder. Det drejer sig både om kvantitative og kvalitative data. Data analyseres med henblik på at afdække hvorvidt indsatser, tiltag, metoder som indgår i indsatsteoriene er anvendt og i givet fald hvordan disse virker på de to målgrupper (personale og patienter). Udover interview, workshops og spørgeskemaer er planen at anvende:

Tvangsdata fra det nationale tvangsregister (TiP)

- Antal tvangsepisoder og patienter berørt af tvang, opdelt på tvangstyper, måneder og afsnit, på de deltagende centre og afdelinger: Klinik Nord i Brønderslev, Afdeling P (og M) i Risskov, Psykiatrisk Afdeling Aabenraa (tidligere Haderslev og Augustenborg), Psykiatrien Vest i Slagelse (tidligere også i Holbæk), PC Ballerup og PC Hvidovre/Glostrup)
- Varighed af bæltefiksering og fastholden.
- Antal bæltefri dage pr. måned.
- Antal dage siden sidste bæltefiksering..

Andre nationale registerdata

- Voldsanmeldelser (Politiet)
- Patientdata om diagnoser (LPR)

Tilgængelige registerdata fra regionerne::

- Tvangsdata – på de deltagende afsnit, afdelinger og centre
- Arbejdsskader og utilsigtede hændelser (vold)
- Medicinforbrug (DDD antipsykotika og benzodiazepiner)
- Patientdata (afsnit, antal, sengedage, genindlæggelser mv)
- Personaledata (antal, sygefravær mv.)
- Økonomidata (de deltagende afsnits forbrug, lønudgifter mv.)
- LUP Psykiatri – dataudtræk fra de årlige undersøgelser af patientoplevelser – med et udvalg af de mest relevante spørgsmål

Dokumenter

- Projektdokumenter, årlige statusrapporter, logbog, opgørelser af bæltefikseringsepisoder, retningsgivende dokumenter (visitationskriterier, medicininstrukser, miljøterapi mv), kvalitetsrapporter, auditrapporter og andre relevante opgørelser, partnerskabsaftale, mødereferater mv.
- Dokumenter om enkelte patienters indlæggelse (forhåndstilkendegivelser, behandlingsplan, medicin tvangsprotokol, evt. patientklage, oplysninger om forebyggende metoder, debriefing/eftersamtaler). Disse data forudsætter, at den enkelte patient giver samtykke til at den behandlingsansvarlige videregiver informationer til national evaluator – eller selv overdrager dokumenter til evaluator. Disse data indgår derfor kun i evalueringen, hvis den enkelte patient godkender, at de bliver tilgængelige. Alternativt anvendes anonymiserede opgørelser af bæltefikseringsepisoder.
- Mailkorrespondance

Evalueringens tidsmæssige forløb

Evalueringen er opdelt i flere faser:

0. Forberedelse (foråret 2014 – foråret 2015)

- Aftale med evaluator indgås
- Sundhedsstyrelsen udbyder satspuljemidler og evalueringsopgaven – incl. kravspecifikation
- Regioner udarbejder projektbeskrivelser - incl. præcisering af lokale succeskriterier
- Sundhedsstyrelsen godkender lokale projekter
- Sundhedsstyrelsen mødes med repræsentanter for de lokale projekter
- Sundhedsstyrelsen udbyder evalueringsopgaven
- Evaluator indsender tilbud med første version af evalueringsdesign
- Sundhedsstyrelsen vælger den nationale evaluator

1. Opstart - den indledende fase (maj 2015 – januar 2016):

- Evaluator deltager første gang i netværksmøde med projekterne i maj
- Dialog om og udarbejdelse af indsats teorier fra juni
- Projekterne indsendes statusrapporter i oktober 2015
- Dialog med projekter, eksperter og Sundhedsstyrelsen om evalueringsdesignet i november
- Justering af evalueringsdesign
- Evaluator aftaler dataindsamling med projekterne og registeransvarlige

2. Midtvejsevaluering- med fokus på implementering (forår – sommeren 2016)

- Registerundersøgelser af lokale og nationale tvangstal
- Casestudier, der gør status på foreløbige erfaringer med at afprøve nye metoder og tilpasse daglige praksis, implementeringsprocessen med fokus på ledelse, organisering og kompetenceudvikling og de foreløbige resultater
- Anbefalinger, herunder revurdering og justering af indsats teorier

3. Lokal dataindsamling mhp effektevaluering (2016-2017)

- Bæltefikseringer, logbog og anvendelsen af den nye praksis
- Evaluator holder kontakt til projekterne og Sundhedsstyrelsen via mail og telefon og deltagelse i halvårslige netværksmøder
- Statusrapporter indsendes i oktober 2016 og december 2017

4. Slutevaluering – med fokus på resultater (efteråret 2017- foråret 2018)

- Registerundersøgelser, dokumentanalyser, spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterview med henblik på at undersøge projektets resultater og de implementerede interventioner og metoder
- Casestudier med vurdering af om indsats teorierne blev implementeret – og af indsats teoriens værdi som kontekstspecifik opskrift til at nedbringe anvendelsen af tvang
- Anbefalinger

Ultimo januar 2016 indgår evaluator og de seks lokale projektledere en aftale om den videre dataindsamling med udgangspunkt i den lokale indsats teori.

Dataindsamlingen til midtvejsevalueringen – herunder registerudtræk - foregår frem til sommeren 2016. Midtvejsevalueringen drøftes med projekterne på mødet i maj 2016. Sundhedsstyrelsen modtager forslag til midtvejsevalueringsrapport i juni.

Efter sommerferien justeres de lokale indsats teorier, så de kan være grundlaget for den systematiske afprøvning af hele "programmet" resten af 2016 og hele 2017

I efteråret 2016 udarbejder deltagerne en ny statusrapport. Udgangspunktet er skabelonen fra 2015 suppleret med monitoreringsdata om indsatsen. Midtvejsevalueringen kan give anledning til justeringer af indsatserne.

Tabel 4. Tidsplan for evalueringen for 2016

Evalueringsdesign	SST godkender tilrettet design	Januar 2016
	Udsendes til projekterne	Ultimo januar 2016
Indsatsteorier	Indsatsteorier incl. lokale procesindikatorer og monitoreringsmetode drøftes med de lokale projektledere	Januar 2016
Registerdata	Aftaler med registeransvarlige	Januar 2016
	Registerdata til evaluator	1. kvartal 2016
Midtvejsevaluering	Casestudier påbegyndes	Februar 2016
	Interviews	Marts-april 2016
	Lokale workshop / audit	April-maj 2016
	Dialog med netværket	Maj 2016
Midtvejsrapport	Feedback fra eksperter	
	Sendes til Sundhedsstyrelsen	Juni 2016
	Udsendes til projekterne	August 2016
Indsatsteori og lokale monitorering	Lokale insatsteorier justeres	Juni-august 2016
	Lokal monitorering tilpasses	
Statusrapport for 2016	Skabelon revurderes/justeres	August 2016
	Indsendes til Sundhedsstyrelsen	Oktober 2016
	Dialog om status på netværksmøde	November 2016