

# *Mindre tvang - mere kvalitet*



Erfaringer fra  
Det nationale Kvalitetsprojekt om  
Tvang i psykiatrien  
2004 - 2007

Mindre tvang - mere kvalitet

Erfaringer fra  
Det nationale kvalitetsprojekt  
Tvang i psykiatrien  
2004 - 2007

Udgiver  
Center for Kvalitetsudvikling  
Videnscenter Gennembrud  
Region Midtjylland  
Oluf Palmes Allé 15  
8200 Århus N  
[www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk](http://www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk)

Ansvarshavende redaktør  
Kontorchef Britta Ravn, Center for Kvalitetsudvikling

Redaktion  
Projektleder Lea Nørgaard Bek, Center for Kvalitetsudvikling  
Journalist Steen Kabel, Socialinform

Foto  
Journalist Steen Kabel, Socialinform

Layout  
Jørwil

Tryk  
Danske Regioner

Oplag  
1. oplag 2008

Pris  
30 kr. ekskl. moms og forsendelse

ISBN  
978-87-92-176-18-9

© Center for Kvalitetsudvikling,  
Videnscenter Gennembrud, Region Midtjylland  
Uddrag, herunder citater er tilladt med tydelig kildeangivelse

Maj 2008



# Indhold

<b>Forord</b> <i>v/ Jakob Axel Nielsen, minister for Sundhed og Forebyggelse og Bent Hansen, formand for Danske Regioner</i>	5
<b>Præsentation af det nationale kvalitetsprojekt</b> <i>v/ projektleder Lea Nørgaard Bek og kontorchef Britta Ravn, Center for Kvalitetsudvikling</i>	6
<b>Til mit eget bedste</b> <i>Interview med Trine, 21 år</i>	10
<b>Fokus på etikken</b> <i>Interview med overlæge Nick Bünger og afdelingssygeplejerske Ulla Bak, Psykiatrisk afsnit P4, Svendborg Sygehus</i>	13
<b>Et fælles fagligt fundament</b> <i>Interview med afdelingssygeplejerske Joan Damgaard og ergoterapeut Birgitte Jørgensen Psykiatrisk afdeling E3, Vejle Sygehus</i>	16
<b>Tvungen ud i lyset</b> <i>Interview med afdelingssygeplejerske Inge Laugesen og sosu-assistent Carsten Stæhr Psykiatrisk afsnit 6201, Rigshospitalet</i>	20
<b>Aktiviteter som et fristed</b> <i>Interview med udviklingssygeplejerske Marianne Balcer og afdelingssygeplejerske Kirsten Willum Gerontopsykiatrisk afsnit, Psykiatrien, Vordingborg</i>	23
<b>Hele afdelingens projekt</b> <i>Interview med sygeplejerske og souschef Michael Marcussen Voksenpsykiatrisk afdeling N1, Psykiatrien, Vordingborg</i>	26
<b>Passer bedre på os selv</b> <i>Interview med overlæge Hans Henrik Hoff og afdelingssygeplejerske Dorthe Møllegård Psykiatrisk Afsnit P2, Middelfart Sygehus</i>	29
<b>Fysisk aktivitet forebygger konflikter</b> <i>Interview med kvalitetskoordinator Jeanet Kragerup og assisterende afdelingssygeplejerske Louise Preisler, Afsnit L1, Psykiatrisk Center Sankt Hans, Roskilde</i>	32
<b>Relationer mindsker tvungen</b> <i>Interview med sygeplejerske Randi Skousbøl og ergoterapeut Kirsten Vandborg Psykiatrisk afdeling E3, Herning Sygehus</i>	35
<b>Vil du vide mere</b> <i>Organisationer bag projektet, links mv.</i>	40



# Forord



Nationalt kvalitetsprojekt  
- TVANG I PSYKIATRIEN

Tvang i psykiatrien er et følelsesladet emne, som tit påkalder sig opmærksomhed. På den ene side udtrykker pårørende ofte, at der bliver anvendt for lidt tvang, fordi de naturligt nok ønsker, at deres kære skal behandles i et godt og trykt behandlingsmiljø. På den anden side udtrykker patienter og patientforeninger ofte, at der bliver anvendt for meget tvang. Det sker f.eks. i forbindelse med den årlige tvangsstatistik, som Sundhedsstyrelsen offentliggør.

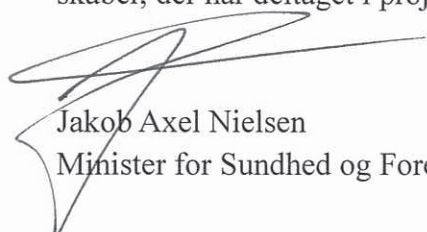
Tvang er et meget alvorligt indgreb i den personlige frihed. Derfor handler det om at finde den rette balance mellem disse modsatrettede hensyn. Med andre ord balancen mellem overgreb og omsorgssvigt. Det stiller høje krav til kvaliteten af den behandling, vi giver psykisk syge. Vi mener derfor, at tvang i psykiatrien er et område, vi altid skal have særlig fokus på.

Det Nationale Kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien blev søsat i 2004 med det formål at forbedre patienternes oplevelse af kvaliteten af tvang, at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet af tvang og herigennem også mindske behovet for tvang og dermed anvendelsen af tvang. Der er opnået mange flotte resultater til gavn for både patienter, personale og pårørende.

Vi kan med denne evaluering præsentere ny viden og erfaringer om kvaliteten af den patientoplevede tvang og forslag til at minimere behovet for anvendelsen af tvang.

Det er vores håb, at fagpersoner, patienter, pårørende, politikere og andre interesserede vil have glæde af de erfaringer og den viden, som projektet har opnået.

Vi vil til sidst sige tak for det store engagement de psykiatriske afdelinger, bruger- og pårørendeorganisationer, personaleorganisationer og faglige selskaber, der har deltaget i projektet, har udvist.



Jakob Axel Nielsen  
Minister for Sundhed og Forebyggelse



Bent Hansen  
Formand for Danske Regioner

At kvalitetsudvikle den kliniske behandling og pleje af psykiatriske patienter med henblik på forebyggelse af tvangsforanstaltninger kræver et engageret personale, et tværfagligt fokus, samt en ledelse, der støtter processen i såvel ord som handlinger

# Præsentation af det nationale kvalitetsprojekt

Projektleder Lea Nørgaard Bek og kontorchef Britta Ravn,  
Center for Kvalitetsudvikling

At deltage i et nationalt og netværksbaseret gennembrudsprojekt kræver en engageret og målrettet indsats fra både medarbejdere og ledelse. Herudover kræver det også en bevidst prioritering af afdelingens ressourcer. Og her skal ressourcer forstås i ordets bredeste forstand: tid til tværfaglig dialog og møder, afprøvning af nye tiltag i praksis, løbende refleksion og justering af indsatsen, deltagelse i læringsseminarer og netværksmøder, samt tid til monitoring og vidensdeling i netværket. Prioriteringen retter sig også imod personalets ressourcer, for at arbejde intensivt med et så komplekst og følelsesmæssigt udfordrende område som tvang stiller store krav til personalets motivation og åbenhed. Processen fordrer ikke blot, at personalet har lyst til at ændre kulturen på afdelingen, men at de tør udfordre de indarbejdede vaner og rutiner. Alt sammen med kontinuerligt fokus på at afdække, udvikle og forbedre afdelingens praksis vedrørende anvendelsen af tvang.

Som facilitator for disse intensive og ressourcekrævende projektforsøg er det derfor spændende at supplere den mere kvalitative evaluering med et "business case"-perspektiv i et forsøg på at besvare det evigt aktuelle spørgsmål: *Kan det betale sig at bruge (så mange) ressourcer på kvalitetsudvikling og står resultaterne mål med indsatsen?*

En af de få danske undersøgelser, der er lavet på dette område, er udarbejdet på grundlag af resultaterne fra én af de afdelinger, der deltog i 1. bølge af det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien<sup>1</sup>. Formålet med undersøgelsen

er at sammenligne, hvad deltagelse i et gennembrudsprojekt koster og herigennem afdække om den opnåede effekt står mål med omkostningerne. Den centrale konklusion i undersøgelsen er, at *"Deltagelse i gennembrudsprojekt har øget kvaliteten af tvangsforanstaltninger uden ændring i resurseforbrug. Reduktion i medicinforbrug indikerer, at effekten rækker ud over kvaliteten af tvangsforanstaltninger. Resultaterne af denne undersøgelse tyder på, at det er muligt at opnå kvalitetsforbedringer uden øget resurseforbrug"*. Disse resultater er i overensstemmelse med tilsvarende svenske undersøgelser, hvor kvalitetsudviklingstiltag implementeret efter Gennembrudsmetoden er suppleret med løbende målinger af lønsomheden<sup>2</sup>.

*"At arbejde med Gennembrudsmetoden har betydet, at forandringer mødes med positive forventninger. Forandringer opleves som udfordringer og er en fast del af hverdagen"* (citater fra deltager i kvalitetsprojektet).

## *1. og 2. bølge af det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien*

Siden projektets start i 2004 har i alt 46 psykiatriske sengeafsnit været involveret i det landsdækkende netværksarbejde, der har arbejdet målrettet med at skabe forbedringer på området. På baggrund af de meget positive resultater af 1. bølge af kvalitetsprojektet, der blev præsenteret på en Landskonference i januar 2006, blev det besluttet at fortsætte kvalitetsprojektet. Det blev derfor muligt for nye psykiatriske sengeafsnit at drage nytte af

<sup>1</sup>"Tvang i psykiatrien - undersøgelse af resurseforbrug ved deltagelse i gennembrudsprojektet" af kvalitetskonsulent Eva Natalia Glasou og kvalitetschef Dorthe Tilsted. Ugeskrift for læger 169/22, 22. maj 2007.

<sup>2</sup>"Rapport från ett förbättringsarbete. Pilotprojekt för att kostnadsberäkna förbättringsarbeten". Stockholms läns landsting. Forum för kunskap och gemensam utveckling. 2007.

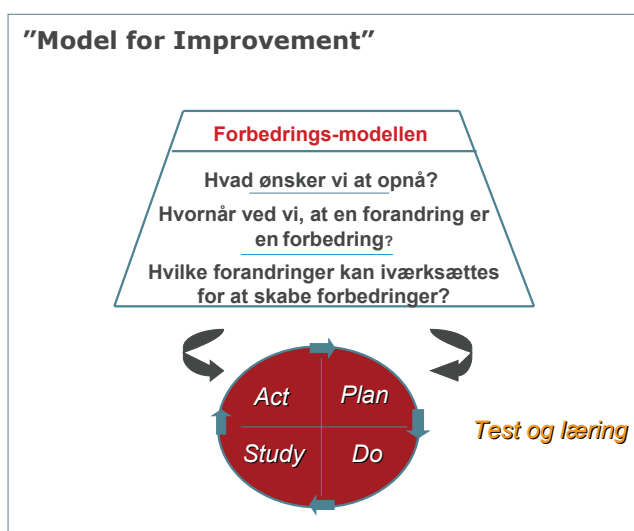
de erfaringer og resultater, som 1. bølge havde afstedkommet ved at tilmelde sig 2. bølge. Målsætningen for de 2 bølger har været at:

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

### Gennembrudsmetoden

De 2 projektforsøg er gennemført indenfor rammerne af Gennembrudsmetoden. Metoden bygger på de amerikanske Breakthrough Series, og er udviklet af Institute of Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA. I Danmark er Gennembrudsmetoden introduceret i 2003. Videnscenter Gennembrud har siden da designet og gennemført kvalitetsudviklingsprojekter med udgangspunkt i denne implementeringsmetode såvel i psykiatrien som på det somatiske og sociale område.

Metoden bygger på princippet om, at en vellykket implementering af kvalitetsforbedringstiltag kræver en fortløbende afprøvning og tilpasning til den aktuelle kontekst. Det er endvidere centralt i metoden, at viden og erfaringer deles med andre gennem etableringen af et netværk. Her fungerer de tværfaglige team aktivt som hinandens samarbejdspartnere, inspiratorer og kritikere. I de gennembrudsprojekter, der er gennemført i Danmark, nævnes netop netværket og mødet med fagfæller fra andre enheder som én af de største kilder til inspiration og incitament til at forandre sin praksis.



Forbedrings-modellen tager udgangspunkt i 3 overordnede spørgsmål: Hvad vil vi opnå? Hvornår er en forandring en forbedring? Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer? I besvarelsen af det første spørgsmål defineres specifikke og numeriske mål for forandringsarbejdet. Besvarelsen af det andet spørgsmål sker ved løbende dokumentation og monitorering af iværksatte forbedringer i projektperioden. Dette sker i en fortløbende proces, der baserer sig på PDSA-metoden (Plan, Do, Study, Act). I besvarelsen af det tredje spørgsmål anvendes viften af forandringstiltag fra Forandringskataloget. Gennem fortløbende test og evaluering af forandringstiltagene fra Forandringskataloget genereres ny læring og en forbedret praksis, som trinvist implementeres i det daglige arbejde vedrørende tvang. Det er centralt for gennembrudsmetoden, at den tager udgangspunkt i mange samtidige test af forandringstiltag for at kunne opnå en markant forbedring af praksis.

I daglig klinisk praksis har Gennembrudsmetoden vist sig at være særdeles anvendelig, fordi den er praksisnær, struktureret og dokumenterer forandringsprocessens forskellige elementer.

„..at blive tvunget til at dokumentere indsatsen, medfører øget refleksion og øget opmærksomhed, som igen vejer tungt i den faglige vægtskål. Og når dokumentationsarbejdet omsættes i målbare data har det en enormt motiverende effekt” (citater fra deltager i kvalitetsprojektet).

### Forandringskataloget

Forandringsarbejdet i Gennembrudsmetoden bygger på eksisterende evidensbaseret viden ("best practice"). Det er derfor en forudsætning for en vellykket implementeringsproces, at der findes dokumenterede eksempler på, at denne viden er anvendt i klinisk praksis og med gode resultater. I projektets opstart blev der nedsat 2 inspirationsgrupper, henholdsvis en faglig inspirationsgruppe og en bruger- og pårørendegruppe, begge udpeget af projektets Styregruppe. Opgaven for disse var at identificere og bidrage med eksempler på "best practice" i relation til anvendelsen af tvang. Med udgangspunkt i disse eksempler, blev der udarbejdet et samlet *Forandringskatalog*.

*Forandringskataloget* er et praksisorienteret arbejdsredskab, der er opbygget omkring 3 temaer:

- Forebyggelse af formaliseret tvang
- Udøvelsen af formaliseret tvang
- Opfølgning på formaliseret tvang

Inden for hvert tema er der anvist en række konkrete forslag til, hvordan de tværfaglige team umiddelbart kan arbejde kvalitetsforbedrende med tvang inden for en bred vifte af strategier og indsatsområder. Kataloget er anvendt af alle de deltagende team og er løbende blevet opdateret. Teamdeltagernes egne bidrag og arbejdsredskaber er således blevet indføjet til inspiration for hele netværket.

#### *Læringsseminarer og aktivitetsperioder*

Læringsseminarer udgør et centralt element i Gennembrudsmetoden. Der er i hvert af de 2 projektforsløb afholdt 3 læringsseminarer. Læringsseminarerne har været det primære forum for såvel teamenes læring som udveksling af erfaringer og netværksdannelse. Tiden mellem læringsseminarerne kaldes aktivitetsperioder. Her iværksætter teamene forandringstiltag, tilpasser dem til den lokale kontekst, foretager løbende monitorering, og implementering af de forandringstiltag, der viser sig at føre til kvalitetsforbedringer. Arbejdet dokumenteres via udarbejdelsen af månedlige rapporter til den ansvarlige ledelse og Videnscenter Gennembrud. I aktivitetsperioderne modtager teamene endvidere vejledning og support fra konsulenter i Videnscenter Gennembrud.

**”En afdelingsledelses aktive bevågenhed, opbakning samt motivering af deltagerne fra projektstart til slut vil være alfa og omega....så der ikke arbejdes for projektets skyld, men ud fra et fælles ideal om optimale vilkår for patienter og personale i eget afdelingsregi” (citater fra deltager i kvalitetsprojektet).**

#### *Resultater*

Projektet har vist, at det *kan* lade sig gøre at skabe markante og positive resultater selv på et så vanskeligt område som tvang i psykiatrien, - til gavn for både patienter, personale og pårørende.

Erfaringen fra 1. og 2. bølge af det nationale kvalitetsprojekt viser samtidig, at resultaterne fordrer en bred og tværfaglig indsats. Fokuset skal sættes på det samlede patientforløb og således på én gang inddrage tiltag vedrørende forebyggelse af tvang, udøvelse af tvang samt opfølgning på tvangsepisoder.

#### *Den patientoplevede kvalitet*

Den målrettede indsats har haft en grundlæggende positiv effekt på patienternes oplevelse. Tendenserne fra de 2 projektforsløb peger i retning af, at den patientoplevede kvalitet overordnet set har udviklet sig i en meget positiv retning.

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 deres oplevelse af tvangsudøvelsen, efter at den var ophørt. Endelig kan der påvises en positiv udvikling i andelen af patienter, der tilkendegiver at personalets brug af tvang ”alt i alt foregik på en ordentlig måde”.

De samlede resultater viser, at en målrettet dialog mellem patient og personale påvirker patienternes oplevelse af tvangsepisoder i positiv retning. Patienterne påpeger ligeledes personalets evne til at lytte til og samtale med patienterne som de vigtigste forandringstiltag i forbindelse med personalets håndtering af tvang.

#### *Den faglige og organisatoriske kvalitet*

Effekten af deltagelsen i projektet viser sig tydeligt i forbindelse med udviklingen af den faglige og organisatoriske kvalitet ved brug af tvang i psykiatrien. De væsentligste resultater på dette område er følgende:

- En øget kompetenceudvikling hos personalet og et forbedret læringsmiljø ved hjælp af Gennembrudsmetodens procesorienterede arbejdsform
- En forbedring af praksis og øget bevidsthed 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.
- Øget tværfaglighed i opgaveløsningen og et større fagligt fællesskab
- Et forbedret arbejdsmiljø i form af øget engagement og tilfredshed
- En forbedret dokumentation og monitorering vedrørende tvangsudøvelsen.

Ovennævnte resultater indikerer, at der er sket en kulturændring på de deltagende afsnit. Deltagerne understreger, at et målrettet fokus

på dialog og inddragelse af patienter samt øget tværfaglighed i arbejdet med tvang er helt centrale faktorer i forandringsprocessen.

#### *Niveauet for anvendelsen af tvang*

Målet om en minimering af behovet for og anvendelsen af tvang kan i begge projektforsøg betegnes som vellykket, når man betragter de hyppigst anvendte former for tvang. I 1. bølge af kvalitetsprojektet opnåede knap 20% af de deltagende sengeafsnit en markant reduktion i anvendelsen af tvang på mere end 50%, mens dette lykkedes for knap 28% i 2. bølge. De mest hyppige former for tvang omfatter: bæltefiksering, tvangstilbageholdelse, fastholdelse, beroligende medicin med tvang og tvangsmedicinering.

Det er vigtigt at understrege, at monitorering af niveauet for anvendelsen af tvang i psykiatrien altid skal suppleres med en nærmere redegørelse for den anvendte praksis på afdelingerne. Det er for det første vigtigt at være opmærksom på de forskellige opgørelsesmetoder: ét er antal episoder, et andet er varigheden af tvangsepisoderne og et tredje er antallet af psykiatriske patienter, som tvangen er udøvet overfor. For det andet afstedkommer en ændring i niveauet for tvangsansøgningen i enten opad- eller nedadgående retning, altid et behov for at vurdere udviklingen i et overordnet perspektiv. Som eksempel kan nævnes, at en øget anvendelse af bæltefikseringer kan være et udtryk for en ændret praksis på afdelingen, der kun kan identificeres ved samtidig at betragte den gennemsnitlige varighed. Udviklingen kan eksempelvis være et udtryk for, at afdelingen som fast praksis løsner patienten af bæltet, når denne sover.

Når resultaterne af kvalitetsprojektet skal vurderes, udgør publikationen "Slutrappporter" (fra 1. bølge) og "Statusrapporter" (fra 2. bølge) samt de 2 udarbejdede evalueringsrapporter de helt centrale dokumenter. Slut- og statusrapporterne er udarbejdet af de deltagende team, og dokumenterer såvel lokale målsætninger og resultater, som teamenes evaluering af processen. Begge publikationer kan downloades fra [www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk](http://www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk) under Videnscenter Gennembrud.

#### *Læsevejledning*

Denne publikation præsenterer deltagernes egne beretninger og oplevelser i forbindelse med deltagelsen i projektet. Der er foretaget interview med personale fra 2 sengeafsnit, der deltog i 1. bølge af projektet og 6 sengeafsnit, der deltog i 2. bølge. Indledningsvist præsenteres patientperspektivet i relation til tvangsudøvelse i form af interview med en tidligere patient på én af de psykiatriske afdelinger, der deltog i projektet. Alle interview er foretaget af journalist Steen Kabel.

Beretningerne præsenterer tilsammen et spændende og nuanceret perspektiv på de faktorer, der har vist sig virkningsfulde i relation til at forebygge og minimere behovet for og anvendelsen af tvang på de psykiatriske afdelinger. Endvidere præsenteres der i beretningerne en bred vifte af indsatsområder, der vurderes at have afgørende betydning for den faglige og patientoplevede kvalitet, når tvang anvendes.

*Trine oplever, at det har været hårdt og frustrerende at være indlagt på en psykiatrisk afdeling. Hun ved godt, at hun ikke var tålmodig nok selv, fordi hun gerne ville have, at behandlingen hjalp hurtigere. Set i bakspejlet erkender hun, at behandlingen har været til hendes eget bedste - selv om hun ikke altid følte sig lyttet til og taget alvorligt*

# Til mit eget bedste

Interview med Trine, 21 år

## *Hjælp mig!*

Det var den følelse Trine havde, da hun blev indlagt på en psykiatrisk afdeling i efteråret 2006. Hun havde det så dårligt, at hun aller mest havde lyst til at dø. Derfor råbet om hjælp.

- Det eneste jeg tænkte på var, at de skulle redde mig, for jeg havde det skidt. Meget skidt. Og de tog sig også godt af mig i starten. Det var dejligt, for det havde jeg virkelig brug for på det tidspunkt, siger Trine.

Men det var et problem for hende, at medicinen ikke virkede. I hvert fald ikke hurtigt nok efter hendes opfattelse. Så begyndte en gruende spiseforstyrrelse at tage magten fra hende, og det gav nogle store problemer på afdelingen.

- Der var jeg nok ikke så nem at danse med. Jeg skulle af med al min vrede og alle mine frustrationer over min situation, og det gik i første omgang ud over medarbejderne, men det kom også til at gå ud over mig selv, understreger Trine. Hun blev nemlig underlagt forskellige restriktioner, som hun havde det meget svært med.

## *Stak af*

I begyndelsen af indlæggelsen var Trine tvangstilbageholdt. Hun syntes, at det var i orden. Hun blev informeret om hendes rettigheder. Hun forstod godt, hvad hendes rettigheder gik ud på, men hun ønskede ikke at anke den beslutning. Tvangstilbageholdelsen blev også hurtigt ophævet igen.

Til gengæld havde hun det meget svært med de restriktioner, overlægen lagde ned over hendes hverdag.

- Lige pludselig måtte jeg ikke komme ud på de to daglige gåture længere. Jeg er opvokset på

heden, så jeg er vant til at være meget ude og vant til at gå meget. Derfor gjorde det mig dybt frustreret, at min udgang var blevet skåret ned til to gange 15 minutters gang, understreger hun og fortæller videre:

- Jeg blev ikke informeret ordentligt om, hvad de havde besluttet, og hvorfor de gjorde det. I hvert fald ikke så jeg forstod det. Jeg fik bare at vide, at jeg ikke længere måtte komme ud på mine gåture. Jeg tror, at det var fordi, jeg var kommet så langt ud i min anoreksi, at de var bekymret for mig, men jeg ved det stadigvæk ikke.

Men det blev for meget for Trine. På et tidspunkt listede hun sig ud på gangen, tog sin jakke og stak af fra afdelingen. På det tidspunkt havde hun kun udgang med stabil følge, men hun kunne ikke holde det ud længere.

- Jeg havde det rigtig skidt. Jeg gik ind på et apotek og købte et afføringsmiddel og nogle Panodiler. Derefter besøgte jeg én af mine venner, men han opdagede, at jeg havde købt pillerne, så han fulgte mig tilbage til afdelingen. Det var godt.

- Det var som om, at jeg var i en helt anden verden, da jeg stak af fra afdelingen. Jeg ved ikke, om jeg ville have taget pillerne. Men jeg ved, at jeg tænkte, at det hele kunne være ligegyldigt. At jeg bare ville væk. Sådan gik det heldigvis ikke.

## *Som i et fængsel*

Efter den tur fik Trine at vide af overlægen, at hun ville blive tvangstilbageholdt igen, hvis hun ikke holdt op med at stikke af. Det kunne Trine godt forstå, men hun fik ikke noget at vide om, at hendes restriktioner var blevet strammet, så



### *Trine*

hun nu kun måtte komme ud to gange 15 minutter i den aflukkede gård sammen med en sygeplejerske. Det var meget svært for hende.

- Jeg blev stiktosset. Jeg kunne virkelig ikke forstå, hvorfor jeg skulle være spærret inde 24 timer i døgnnet. Det var som at være i et fængsel, fordi jeg er vant til at være meget uden for. Det gjorde mig i hvert fald ikke rask. Tværtimod. Jeg følte, at jeg var ved at blive skør i hovedet

af det, understreger Trine og tilføjer:

- Jeg gik inde på mit værelse og trampede i gulvet, og sygeplejersken fik et ordentligt fur, lige så snart hun viste sig.

Hun havde det også svært med at være skærmet af tredje grad, mens hun spiste, fordi hun følte, at hun var overvåget hele tiden.

### *Gik fremad med vægten*

På sengeafdelingen har patienterne mulighed for to gåture i løbet af dagen. Men Trine fik inddraget hendes gåture, fordi personalet var bekymret for hendes vægt.

- Min kontaktsygeplejerske sagde til mig, at jeg lå lige på vippen til at være anorektiker. Det var derfor vigtigt, at jeg ikke tabte mig yderligere, for så kunne jeg ikke længere selv bestemme, hvad jeg skulle spise. Og det gjorde mig skrækslagen, siger Trine og fortsætter:

- Der var en anden pige med de samme symptomer indlagt på afdelingen, og hun blev fedet op med fed mad. Jeg kunne slet ikke holde at tænke på, at jeg skulle spise al den fede mad. Det fik jeg det virkelig dårligt af, så vi lavede en aftale om, at jeg skulle holde mig på en bestemt vægt.

Det hjalp også. Efter jul begyndte Trine at spise igen. Og hun fik at vide, at hun måtte begynde at komme ud at gå igen, og hun måtte komme hjem på besøg, hvis hun tog lidt på i vægt.

- Det virkede meget motiverende på mig, fordi jeg var ved at blive vanvittig over at være spærret inde på afdelingen. Jeg ville også gerne hjem til mine forældre og se mine venner og veninder igen. De kom nemlig ikke så meget på besøg på sygehuset. Jeg tror, de var lidt flove over at komme her, pointerer hun.

### *Ikke lyttet til*

Trine synes ikke, at medarbejderne har været så gode til at lytte til hende og tage hendes oplevelser af situationen alvorligt.

- Jeg var meget desperat for, at de skulle forstå, hvad jeg sagde, men det synes jeg ikke, at de var særlig gode til. Det var virkelig svært for mig, at jeg ingenting måtte. Og jeg var åbenbart ikke i stand til at forklare dem det, så de forstod det, siger Trine.

Det var også i den periode, at hun begyndte at skære i sig selv, fordi hun var så frustreret over sin situation.

- Det var helt klart et nødråb fra min side. Det var min måde at komme i kontakt med personalet på. At fortælle dem, at de var nødt til at høre på mig. Men jeg kunne godt se, at det ikke ligefrem gavtede min situation på længere sigt, pointerer hun.

Trine følte sig meget ensom på det tidspunkt, men hun havde heldigvis en god kontakt med de øvrige patienter.

### *Til mit eget bedste*

Når Trine ser tilbage på hele forløbet, så synes hun, at det har været et okay forløb. Hun føler

ikke, at hun er blevet lyttet til og taget alvorligt nok, men hun ved også godt, at der er en grund til, at medarbejderne handler, som de gør.

- Bagefter kan jeg jo godt se, at de har gjort tingene for at hjælpe mig. De indførte de forskellige restriktioner for at beskytte mig og for at sikre, at min anoreksi ikke begyndte at løbe løbsk. I dag er jeg meget taknemmelig for, at den ikke gjorde det, siger Trine og tilføjer afslutningsvis:

- Så der er ingen tvivl om, at det var til mit eget bedste. Men det er bare ikke så nemt at se, når man er midt i det.

### Fakta om Trine

Trine blev indlagt på psykiatrisk afdeling i efteråret 2006. Hun fik at vide, at hun havde en depression, som hun blev behandlet for medicinsk. Under indlæggelsen udviklede hun en spiseforstyrrelse, der havde været undervejs et stykke tid, men som brød ud under indlæggelsen, fordi hun fuldstændig mistede appetitten. Hun har tidligere lidt af spiseforstyrrelser.

Trine har været i kontakt med det psykiatriske system i de seneste seks år. Da hun var teenager, forsøgte hun flere gange at tage sit eget liv blandt andet med en overdosis Panodiler. Efterfølgende kom hun i medicinsk behandling på Børne- og ungdomspsykiatrisk hospital.

Trine blev udskrevet i februar 2007. Derefter har hun været tilknyttet en daghøjskole for sindslidende, og hun har været i jobprøvning i et tøjfirma. Efter sommerferien startede hun på en handelsskoleuddannelse, men måtte hurtigt droppe ud igen. I november startede hun i et behandlingsforløb under distriktspsykiatrien, hvor hun har tilknyttet en fast hjemmevejleder. Og så har hun nogle støttende samtaler i en café for sindslidende.

Trine er 21 år. Hun bor i sin egen lejlighed og har en kæreste.

*På Psykiatrisk afdeling P4 på Svendborg Sygehus har de haft fokus på etikken i tvangsbehandlingen. Det har medført et kulturskifte i afdelingen, hvor de nu er mere opmærksomme på de menneskelige relationer mellem dem og patienterne. Det har givet en større åbenhed, dialog og inddragelse af patienterne*

# Fokus på etikken

Interview med overlæge Nick Bünger og afdelingssygeplejerske Ulla Bak

Tidligere havde de mange patienter på afsnit P4, som gentagne gange blev tvangsindlagt. Nu kommer patienterne oftere frivilligt og får deres medicin udleveret. Og i nogle tilfælde beder de om at blive indlagt, hvis de har behov for det.

- Vi ser det som en klar indikator på, at vi har fået skabt en meget bedre menneskelig kontakt med patienterne. Vi møder dem på en anden måde nu, hvor vi i højere grad lytter til dem og prøver at forstå dem. Det betyder, at de også opfatter os helt anderledes. Vi har fået etableret en ny kultur, som bygger på en ny etik i forhold til vores møde med patienterne, siger overlæge Nick Bünger.

- Ja. Vi er blevet bedre til at være sammen med patienterne og bedre til at rumme deres aggressioner, når de har det sådan. Og personalet har ikke længere en berøringsangst for at tale med patienterne om, hvordan vi kan forebygge tvangen og om, hvordan patienterne oplever den, når den alligevel har været nødvendig. Vi er meget mere i dialog med patienterne, end vi var før, tilføjer afdelingssygeplejerske Ulla Bak. Det er blot nogle af resultaterne af afdelingens deltagelse i gennembrudsprojektet.

## *Øjenåbner*

Afsnittet startede projektet med at afholde en fælles temadag for hele personalegruppen, hvor de blandt andet lavede rollespil om modtagelsen af patienterne.

- Inden vi gik i gang med projektet, havde vi allerede fokus på den måde, vi udfører tvangen på. Vi ville sætte fokus på, om vi kunne udføre tvangen mere etisk i forhold til vores eget menneskesyn, så vi som personale oplever, at den måde, som vi udøver tvangen på, er etisk i

orden både for patienterne og personalet, siger Ulla Bak og tilføjer:

- Som opstart på projektet afholdt vi en temadag for hele personalegruppen, hvor vi blandt andet lavede et rollespil om modtagelsen af en patient. Det var virkelig en øjenåbner for personalegruppen at se det udefra.

- Ja. Det gav nogle stærke billeder på, hvordan vi modtager patienterne, og hvad det gør ved dem. Og det gav et godt udgangspunkt for at diskutere menneskesyn og etik. Og for at vi kunne udstikke retningslinjerne for, hvordan vi kunne arbejde med at ændre en tidligere kulturel praksis, så den i højere grad stemmer overens med det menneskesyn og den etik, som vi gerne vil være garanter for, pointerer Nick Bünger.

## *Systematik i hverdagen*

Da projektet startede, havde afdelingen flere patienter med meget udadreagerende adfærd. Det medførte flere arbejdsskader blandt personalet, derfor valgte de i første omgang at arbejde med aggressionsforebyggelse og konflikthåndtering.

- Ved alle indlæggelser foretager vi en risikovurdering med henblik på at vurdere risikoen for, om patienten vil udøve vold. Derefter gennemfører kontaktpersonen en samtale med patienten for at afdække hvilke aktiviteter, der kan virke forebyggende ud fra patienternes egne erfaringer og oplevelser. Det har en god effekt, fordi patienterne på denne måde selv bliver inddraget i forløbet fra starten af, pointerer Ulla Bak.

- Det hænger godt sammen med, at vi i forvejen arbejdede målrettet med at udvikle vores



*Nick Bünger, Iris Kristensen, Claus Ole Nielsen, Ulla Bak og Vanda Krogsgaard*

miljøterapeutiske tiltag. Ved at patienten og kontaktpersonen i fællesskab udfylder et "Hvordan kan vi hjælpe dig" - skema, har vi fået et godt værktøj til håndtering af patientens uro og angsttilstand, siger Nick Bünger og fortsætter:

- Det, vi gør, er måske ikke så forskelligt fra, hvad vi gjorde tidligere, men personalet har fået nogle nye redskaber, og vi har indført faste procedurer for, hvordan vi skal arbejde med patienterne i hverdagen. Det betyder, at vi har fået mere systematik i hverdagen.

- Tidligere var det lidt tilfældigt, hvordan vi arbejdede med disse procedurer. Nogle gjorde det. Andre gjorde det ikke. Det var meget individuelt. Men nu har vi fået styr på det, fordi vi har nedfældet procedurerne på skrift, så alle medarbejdere ved, hvad de skal gøre i alle sager. Det er en stor styrke, fastslår Ulla Bak. Og hun tilføjer:

- Vi har eksempelvis en del demente patienter, som har svært ved at udtrykke sig sprogligt ift. risikovurderingen. Det bevirkede ofte, at de ikke fik mulighed for at ytre sig, fordi personalet ikke vidste, hvordan de skulle kommunikere med dem. Men personalet kan godt registrere deres adfærd i forskellige situationer og dermed vurdere deres situation. Nu har vi også fået nedskrevet en fast procedure for, hvordan vi gør det.

De pointerer begge, at de faste procedurer ikke er statiske skabeloner. De arbejder løbende med at udvikle og forbedre dem i en dynamisk proces mellem patienterne, medarbejderne og ledelsen.

#### *Inddrager de pårørende*

Samtidig har afsnittet arbejdet målrettet med at inddrage de pårørende i behandlingsforløbet.

- Ved det første møde har vi en planlagt samtale med de pårørende for at høre deres fortællinger og oplevelser af patientens historie. Det er ikke mindst vigtigt i forhold til vores demente patienter, som typisk ikke selv sammenhængende kan fortælle historien. Og vi tager gerne en opfølgende samtale, hvis vi vurderer, at der var nogle ting, som vi ikke fik spurgt om i første omgang. Vores oplevelse er, at de pårørende er rigtig glade for at blive involveret. Og de er glade for, at vi kan bruge dem aktivt ind i behandlingsforløbet, understreger afdelingspsygeplejersken.

- Der er stadig meget tabu omkring både demens og det at være indlagt på en psykiatrisk afdeling, så det er vigtigt, at de pårørende får lejlighed til at fortælle om deres oplevelser. Det giver dem en mulighed for at få bearbejdet nogle af deres tanker og følelser samtidig med, at det er af stor værdi for personalet at få den viden, som de pårørende sidder inde med, fastslår overlægen.

#### *Mere rummelige*

Både Nick Bünger og Ulla Bak oplever, at personalegruppen har flyttet sig utrolig meget holdningsmæssigt i forløbet.

- Jeg synes, at den samlede medarbejdergruppe har fået en anden tilgang til patienterne i de opkørte situationer, hvor tvang er en mulighed. Vi er blevet mere rummelige i forhold til de vol-

delige patienter. Nogle vil måske endda mene, at vi går for langt. Det mener jeg nu ikke, men det er rigtigt, at vi prøver med forskellige alternative muligheder og afledningsstrategier, inden vi tyer til tvang, siger Nick Bünger og tilføjer:

- Gennem en parallel proces, som vi kalder "utilsigtede hændelser", har vi analyseret en række tvangssituationer, hvor personalet er kommet til skade. Her har vi fundet, at vi kan undgå disse ved at lade patienten afreagere først. Den tilgang til patienterne har vi nu indarbejdet i den daglige praksis, og det ser jeg som en faglig kvalitet.

Ulla Bak nikker. Hun er enig:

- Når patienterne er helt oppe at køre, er de i en form for affekttilstand. Så arbejder vi på at få dem ud af denne tilstand ved forskellige former for afledningsmanøvrer frem for straks at skride til en tvangshandling.

- Ja. Vi arbejder med begrebet utilsigtede hændelser. Hvis det umiddelbart er en tvangssituation, hvor en patient er oppe i det røde felt, så lader vi patienten afreagere først, inden vi foretager os noget, siger overlægen og fortsætter:

- Når patienten så er faldet ned igen, kan vi gå ind og snakke med vedkommende for at vurdere, hvad vi så skal gøre i den konkrete situation. Det er det samme, som man forsøger heller ikke at lægge et seletøj på en hest, der stejler. Og det har vi gode erfaringer med, blandt andet fordi det også er med til at forebygge skader på personalet.

### *Spændende proces*

De synes, at det har været en spændende, lærerig og udfordrende proces for afsnittet at være med i gennembrudsprojektet. Men det har også været en krævende proces.

- Personalet har været meget optaget af de udviklingsperspektiver, der ligger i at arbejde med metoden i gennembrudsprojektet. Men vi i teamet har hele tiden skulle holde folk fast i processen. Den kommer ikke af sig selv, og det tager tid at implementere de nye tænkninger og værktøjer i det daglige arbejde, fastslår Ulla Bak afslutningsvis.

Men de synes begge to, at det har været det hele værd.

## Fakta om resultater

I projektperioden:

- faldt det samlede antal tvangsepisoder med 39 % i andet halvår 2006 og med 18 % i første halvår 2007 set ift. første halvår 2006. Stigningen i første halvår 2007 skyldes primært et øget antal fastholdelser, fordi afsnittet har haft mange demente indlagt i denne periode
- er der sket en mærkbar ændring af personalets holdning til og håndtering af tvang
- er der indført en fast procedure med risikovurdering af potentielt voldelige patienter
- er der indført aggressionsforebyggende samtaler med patienterne
- er der udarbejdet en folder til de pårørende
- er der udarbejdet skriftlig information om påtænkt tvang til patienterne
- er der indført et introduktionsprogram til nye medarbejdere


## Fakta om afdelingen

Afsnit P4 er et alment lukket voksenafsnit med akut modtagefunktion for alle diagnosegrupper, som har behov for høj skærmning. På grund af pladmangel på retspsykiatrisk afdeling er en del af afdelingens senge konstant belagt med patienter med behandlingsdomme.

Afsnittet er normeret til 14 patienter fordelt på 12 stuer med mulighed for at skærme intensivt på fire stuer. Bruttonormeringen er på 20, 4 fuldtidsstillinger og består af sygeplejersker, sosu-assistent, plejere, en beskæftigelsesvejleder, en overlæge, en afdelingslæge/første reservelæge og to reservelæger plus en ergoterapeut, socialrådgiver og psykolog på deltid. Gennemsnitsindlæggelsestiden er 10,1 dage.

## Fakta om Team Svendborg

Teamet bestod af overlæge Nick Bünger, afdelingssygeplejerske Ulla Bak, sosu-assistent Iris Kristensen, plejer Vanda Krogsgaard og stedfortræder Claus Ole Nielsen.



*Psykiatrisk afdeling E31 på Vejle Sygehus havde lige åbnet et nyt skærmet afsnit, da afdelingen kom med i gennembrudsprojektet. Medarbejderne oplever, at deltagelsen i projektet har været med til at give dem et fælles fagligt fundament og nogle værdifulde værktøjer*

# Et fælles fagligt fundament

Interview med afdelingssygeplejerske Joan Damgaard og ergoterapeut Birgitte Jørgensen

Fast procedure ved indlæggelsen. Klar struktur i hverdagen, hvor aktiviteter spiller en vigtig rolle.

Tydelig rollefordeling ved udøvelsen af tvang. Åbenhed og dialog om tvangen. Det er på de områder, at gennembrudsprojektet har gjort den største forskel for det skærmede afsnit på afdeling E 31. Men inden de nåede dertil, var de igennem en spændende men til tider også krævende proces.

## *Opbygning af faglig tradition*

Afsnittet blev indviet i marts 2006, så medarbejderne har ikke haft en lang faglig tradition, de skulle gøre op med først. "Plejer" havde ikke nået for alvor at få fodfæste, inden de kom med i projektet. Derfor har deres deltagelse i projektet været en væsentlig del af opbygningen af en faglig tradition og kultur i afsnittet:

- Det var nyt for de fleste af medarbejderne at skulle arbejde med bæltefiksering, tvangsmedicinering og skærmning, da vi startede. Derfor skulle vi finde vores egen måde at gøre tingene på, og her hentede vi meget inspiration i forandringskataloget fra gennembrudsprojektets første bølge, siger afdelingssygeplejerske Joan Damgaard og tilføjer:

- Vi opfattede det som en gave, at vi kunne bruge eller genbruge de redskaber, som andre professionelle inden for faget har været med til at udvikle og afprøve i praksis. Vi fik dem tilpasset vores virkelighed. På den måde kunne vi starte processen med at opbygge et fælles fagligt fundament.

## *Idealistiske mål*

Det overordnede mål med projektet var at nedbringe antallet af tvangsfikseringer med 50 % i forhold til udgangspunktet for projektet. Og hvis tvangsfikseringer alligevel var nødvendige, at de sker i så skånsom en proces som muligt. Det var således et mål, at 50 % af patienterne, der havde været udsat for tvang, skulle sige ja til, at eftersamtalen havde givet dem en større viden om eller forståelse for den oplevede tvang. Endelig var det et mål, at 90 % af medarbejderne vurderer, at tvangsfiksering sker på et niveau, de samlet vurderer til at ligge over seks på en skala fra 0 - 10, hvor 10 er den bedste tænkelige kvalitet.

- Set i bakspejlet var det alt for idealistisk at tro, at vi kunne halvere antallet af tvangshandlinger. Det ville jo betyde, at halvdelen af de fikseringer, vi allerede foretog, ikke skulle være der. Det er ikke realistisk, fordi vi ikke lægger patienterne i bælte for sjov. Vi gør det kun, når vi mener, at det er helt nødvendigt, siger Joan Damgaard.

- I starten af projektet var det faktisk sådan, at vi nogle gange strakte os for langt for at undgå fikseringen. Det var ikke til fordel for hverken patienten eller personalet, siger ergoterapeut Birgitte Jørgensen og tilføjer:

- Derfor fik vi også meget mere fokus på, hvordan vi kunne øge kvaliteten af indgrebet. Det handler eksempelvis om, at vi griber tidligere ind og lægger patienten hurtigere i bælte og løsner det hurtigere igen, så fikseringstiden bliver forkortet væsentligt. Og vi taler med



*Birgitte Jørgensen og Joan Damgaard*

patienten efterfølgende om, hvordan han eller hun har oplevet tvangshandlingen. Det har stor betydning for patientens oplevelse af kvaliteten af indgrebet.

#### *Indsatsområder*

Afsnittet valgte fra starten af at sætte fokus på seks indsatsområder, som er risikovurdering ift. patienters voldelige adfærd, aktivitetstjekliste til afledning af patienters angst, uro og aggression, en ergoterapeutisk vurdering inden 72 timer efter indlæggelsen, en afklarende samtale mellem patient og læge efter tvangsfikseringen, en opfølgende samtale med patienten efter tvangsfiksering og defusing for de medarbejdere, der havde medvirket i tvangshandlingen.

Ved at arbejde målrettet med de seks indsatsområder fik afsnittet opbygget en klar struktur for, hvordan de griber hverdagen an i forhold til modtagelsen af patienterne. I forhold til håndteringen af selve tvangsindgrebet. Og i forhold til efterbehandlingen.

- Vi har udviklet en fast procedure for, hvordan vi modtager patienterne. Vi får meget hurtigt et billede af, hvordan patienten har det. Og vi får et overblik over, hvilke aktiviteter vi skal sætte

i værk i forhold til den enkelte. Det har klart en forebyggende effekt, påpeger ergoterapeut Birgitte Jørgensen og tilføjer:

- Desuden oplever vi, at patienterne er glade for den faste procedure. De føler sig mødt og taget hånd om med det samme. Personalet er nærværende og åben over for at møde patienten sådan som, han eller hun har det. De er bedre til at rumme dem, når de har det aller værst. Det giver patienterne en høj grad af tryghed.

- Ja. Det er en stor styrke for både patienter og personale, fordi det giver en fast og genkendelig rytme i hverdagen. Det er sjældent, at vi bliver overrasket og ikke ved, hvad vi skal gøre, fordi vi har klare aftaler og en klar rollefordeling, pointerer Joan Damgaard.

#### *Klar rollefordeling*

Medarbejderne på afsnittet havde ikke den store erfaring med at udøve tvang. Derfor har det haft stor værdi, at de både har fået konkrete værktøjer til at udføre tvangen med og ikke mindst, at der er kommet en større åbenhed i forhold til at tale om tvangen.

- Vi er blevet meget bedre til at udføre tvangsindgrebet. Hver morgen aftaler vi proceduren

for, hvordan et eventuelt tvangsindgreb skal foregå. Vi aftaler rollefordelingen. Vi beslutter, hvem der har styringen og uddeler ordrerne, så ingen er i tvivl om, hvad de skal gøre under selve indgrebet. Det giver et mere roligt og sikkert forløb for personalet, fastslår afdelings- sygeplejersken.

- Samtidig giver det også patienten en oplevelse af, at vi har styr på det. Det er et voldsomt overgreb at blive udsat for, og det kan virke overvældende, hvis seks-syv fagpersoner står og råber i munden på hinanden, mens de holder i ens arme og ben, siger ergoterapeuten.

### *Efterbehandlingen*

En anden væsentlig del af strukturen er efterbehandlingen. Og efterbehandlingen handler både om dialogen med patienten om, hvordan han eller hun har oplevet indgrebet. Men det handler også om at snakke om personalets oplevelse af forløbet.

- Vi oplever, at eftersamtalen med patienten har meget stor værdi for begge parter. Patienterne giver udtryk for, at det er rart at få mulighed for at snakke om, hvordan de oplevede selve indgrebet. At det var en helt forfærdelig oplevelse. Eller at det var dejligt, at der sad en medarbejder ved vedkommende hele tiden. Det at få mulighed for at sætte ord på de følelser, som et så voldsomt overgreb kan frembringe, betyder meget for patienterne, pointerer Birgitte Jørgensen.

- Det er også værdifuldt for personalet at få dialogen med patienten. At høre hvordan patienten har oplevet indgrebet, fordi patienterne giver deres vurdering af, om de har fået en øget viden om og forståelse for den udøvede tvang. Det giver os et tydeligere billede af, hvad det gør ved patienten. På den måde kan vi bruge denne nye viden næste gang, vi skal foretage et tvangsindgreb, så det bliver så kvalificeret som muligt, siger Joan Damgaard. Og hun fortsætter:

- På tilsvarende vis er defusing med personalet et godt værktøj. Vi har ikke været vant til at italesætte tvang på den måde, som vi nu gør. Ved at reflektere over, hvordan forløbet har været bliver vi mere opmærksomme på vores egne handlemåder, og det gør, at vi løbende kan lære af vores erfaringer.

- I begyndelsen af forløbet gennemførte vi kun defusing ved komplicerede forløb, men vi har erfaret, at vi også kan lære meget af at reflektere over de gode forløb, så det gør vi nu næsten hver gang.

### *Konstruktivt samarbejde*

Deltagelsen i projektet har også styrket det tværfaglige samarbejde i afsnittet. Birgitte Jørgensen er fast tilknyttet afsnittet som ergoterapeut, og de har en aftale med fysioterapeuten, som kommer på faste tidspunkter. Desuden har afdelingens tre læger deltaget meget aktivt



*Karen Ottosen, Joan Damgaard. Jette Alnor, Birgitte Jørgensen og Victoria Acoste*

i projektet, hvilket har styrket samarbejdet væsentligt.

- Afdelingens læge har været meget engageret i projektet, og vi oplever, at der er kommet et meget bedre og tættere tværfagligt samspil mellem den lægelige behandling, plejen og den del af behandlingen, som ergoterapeuten og fysioterapeuten står for. På den måde hænger behandlingen sammen i en dynamisk enhed, og det styrker helt klart kvaliteten af indsatsen, understreger Joan Damgaard.

- Eksempelvis er den indledende risikovurdering, som lægen altid foretager ved modtagelsen, med til at give os et klart billede af, hvad det er for en person, vi skal modtage. Det er en stor fordel for os at vide, om patienten tidligere har været meget voldelig og udadreagerende. Og den viden bruger vi i den videre tilrettelæggelse af forløbet, så vi kan forebygge uro, angst og aggression hos patienten. Vi oplever også, at patienterne synes, det er rart at få mulighed for at snakke om det. Det giver også dem en større trykthed, siger Birgitte Jørgensen.

#### *Har gjort en forskel*

De to teamdeltagere oplever, at projektet har gjort en stor forskel på hverdagen i afsnittet. Den aller væsentligste forskel er måske, at de har fået en meget større åbenhed omkring udøvelsen af tvang.

- Jeg har været i psykiatrien i mange år, men jeg mindes ikke, at der har været så stor en åbenhed omkring det at tale om tvang, som vi nu oplever her på afsnittet. Jeg tror, at det er en lettelse for alle, at vi nu har en organisation, hvor vi sætter ord på tingene. Ord på vores oplevelser. Ord på hvad det gør ved os at udøve tvang. Og vi er i dialog med patienterne om, hvordan de oplever det. For det er kun ved at tale om det, at vi kan blive klogere på, hvordan vi udvikler kvaliteten af indgrebene, siger Joan Damgaard.

- Ja. Der er ingen tvivl om, at dialogen og åbenheden er med til at afmystificere tvangen, og det er en stor fordel for både patienter og personalet, tilføjer Birgitte Jørgensen. Når alt dette er sagt, så lægger de to ikke skjul på, at det også har været en lang og krævende proces for afsnittet at deltage i projektet. Og man skal være forberedt på, at det tager tid at få implementeret de nye værktøjer og de nye tænkninger i hele personalegruppen. Men de oplever, at de har fået skabt et fælles fagligt fundament, og at de er godt på vej.

## Fakta om resultater

I projektperioden var: antallet af tvangsfikseringer steget svagt kvaliteten af den formaliserede tvang blevet forbedret ved hurtigere indgriben, kortere bæltfikseringer, hyppigere kontakt til patienten og øget inddragelse afsnittet blevet bedre til at forebygge tvangsepisoder ved at have en tæt kontakt til patienten allerede ved indlæggelsen personalet og patienten blevet bedre til at kommunikere i tvangssituationen personalets vurdering, at kvaliteten af den udøvende tvang var steget

## Fakta om afdelingen

Afdeling E 31 er et skærmet afsnit med 10 sengepladser, der blev etableret den 27. marts 2006 i en voksenpsykiatrisk afdeling. Afsnittets normering er 18 fuldtids plejestillinger plus en fuldtids ergoterapeut og tre lægestillinger plus mulighed for bistand fra fysioterapeut og socialrådgiver. Afsnittet modtager patienter med behov for akut, intensiv psykiatrisk behandling og pleje. Desuden modtager det retslige patienter i surrogatfængsling og domsanbragte patienter.

## Fakta om Team Vejle

Teamet bestod af afdelingssygeplejerske Joan Damgaard, afdelingslæge Jette Alnor, ergoterapeut Birgitte Jørgensen, sygeplejerske Victoria Acoste, klinisk sygeplejelærer Karen Ottosen.



Nationalt kvalitetsprojekt  
- TVANG I PSYKIATRIEN

På afsnit 6201 på Rigshospitalet har de haft fokus på en større åbenhed omkring udøvelsen af tvang. De har styrket inddragelsen og dialogen med patienterne for at kunne inddrage deres erfaringer og oplevelser i det videre behandlingsarbejde. Og de har haft gode resultater med, at tvangen er kommet ud i lyset

# Tvangen ud i lyset

Interview med afdelingssygeplejerske Inge Laugesen og  
sosu-assistent Carsten Stæhr

Patienterne er glade for, at der er kommet meget mere fokus på udøvelsen af tvang. De oplever, at personalet respekterer dem, som de mennesker de er, når de bliver udsat for tvang. Og de oplever, at personalet er mere reflekterende i forhold til den måde, som tvangen bliver udført på.

Det er nogle af de felter, hvor afdelingen har flyttet sig mest på grund af deltagelsen i gennembrudsprojektet.

## *Trukket ud af mørket*

Afsnit 6201 var med i første bølge, som sluttede i efteråret 2005, så de kan nu se, hvordan projektet er blevet implementeret i hverdagen.

- Vi kan især registrere, at personalet er blevet meget mere opmærksomt på selve tvangssituationerne. Hvis nogle af medarbejderne sætter spørgsmålstegn ved en tvangssituation, så stopper alle op og vurderer nøje, hvad vi skal gøre i den konkrete situation. Tvangsudøvelse er ikke og må ikke blive en ren rutinehandling, fastslår afdelingssygeplejerske Inge Laugesen og fortsætter:

- Men i de situationer kan vi også tydeligt mærke, at vi har fået mange flere redskaber i vores faglige rygsæk til at håndtere tvang med, end vi havde tidligere. Det gælder både viften af aktiviteter, vi kan sætte ind med, inden vi udfører en eventuel tvangshandling. Og det gælder i selve tvangssituationen.

Sosu-assistent Carsten Stæhr er helt enig:

- Før projektet stillede vi ikke spørgsmålstegn ved vores egen handlinger. I hvert fald slet ikke

i samme målestok, som vi gør nu. Jeg kunne godt gå i mit eget stille sind og tænke på, hvad der sker inde i det menneske, som jeg udøvede tvang over for. Hvad det gjorde ved det menneske. Hvordan det påvirkede vedkommende.

- Men det var ikke noget, jeg snakkede højt om. Det blev beholdt inde i mørket, hvor jeg kunne glemme det. Eller i hvert fald prøve at glemme det. Men via projektet blev det trukket ud i lyset. Det blev pludselig legalt at tale åbent om det. Og det viste sig lynhurtigt, at det havde vi alle sammen meget brug for at dele med hinanden.

På afdelingen havde der ikke været tradition for, at kontaktpersonen snakkede med patienten om, hvordan han eller hun havde oplevet selv tvangsindgrebet. Det begyndte de at gøre i projektperioden, og det var nok den største kulturelle omvæltning, som projektet medførte.

## *Indførte nye procedurer*

En væsentlig del af denne omstillingsproces var, at de indførte nogle nye procedurer på afdelingen, og medarbejderne fik nogle nye faglige værktøjer at arbejde med. Det drejede sig dels om et observationsskema ved bæltefikseringer og tilhørende guidelines, hvad den faste vagts opgave og rolle under fikseringen er beskrevet. Og dels et skema for, hvordan kontaktpersonen efterfølgende skulle gennemføre en samtale med patienten for at afdække dennes oplevelse af tvangshandlingen.

- Dialogen med patienterne er helt afgørende for, at vi kan tilrettelægge arbejdet mest

hensigtsmæssigt både før, under og efter en tvangshandling. Hvis vi ikke har den direkte dialog med patienterne om deres vurderinger og oplevelser, bliver det hele tiden vores tolkninger af deres situation, som bliver afgørende for, hvilke handlinger vi som fagpersoner vælger at foretage. Vi kan kun se det, vi ser. Men det jo ikke sikkert, at vi ser eller tolker rigtigt. Og dermed er det heller ikke sikkert, at vi handler på den mest hensigtsmæssige måde i forhold til den enkelte patient, pointerer Carsten Stæhr.

- Nej. Nogle patienter giver efterfølgende udtryk for, at det var okay, at vi lagde dem i bælte. Der var ikke andet at gøre i situationen. Men andre patienter kommer med forslag til, hvordan vi eventuelt kunne have forbygget tvangen ved at sætte andre initiativer i værk, inden det gik galt. Og det er en vigtig viden for os at få, fordi vi på den måde kan blive mere bevidste om, hvordan vi bedst muligt både kan forebyggelse tvang og håndtere tvangen, når den er nødvendig, siger Inge Laugesen.

### *Større åbenhed i personalegruppen*

Ud over at de nye redskaber har medført en større åbenhed i forhold til patienterne, så er der også kommet en større åbenhed i personalegruppen, som har stor betydning både for det psykiske arbejdsmiljø og for kvaliteten af behandlingen i forhold til patienterne.

- Tidligere gik folk meget mere og puttede med tingene, hvis der var noget, de var utilfredse med i samarbejdet. Eller der var noget, de havde det svært med i forhold til patienterne. Nu er folk generelt blevet meget bedre til at sige fra. Og de er meget bedre til at give udtryk for, hvis de synes, noget ikke fungerer hensigtsmæssigt, siger afdelingssygeplejersken og tilføjer:

- Det er en stor styrke, at den del af arbejdet i afdelingen også er kommet mere frem i lyset. For det er kun, når vi kan se tingene, at vi kan gøre noget ved dem.

For Carsten Stæhr hænger den udvikling også sammen med, at de gennem projektforløbet har fået nogle nye redskaber at arbejde med:

- Det er vigtigt, at vi har fået nogle ensartede retningslinjer for, hvordan vi skal observere patienterne under en bæltefiksering. På den måde har vi fået et fælles udgangspunkt for, hvordan vi skal forholde os i den situation. Og så er det også lettere åbent at diskutere, hvad der skete i en konkret sag, fordi der er nogle fælles retningslinjer for, hvad vi skal gøre, og hvordan vi skal løse opgaven.

Tidligere var det helt individuelt, hvordan den enkelte vagt handlede under tvangen. Det var

meget forskelligt, hvad patienten fik af pleje, støtte og hjælp under tvangshandlingen. Nu er der en meget større grad af ensartethed i behandlingen af patienten.

- Det gør det nemmere for medarbejderne at udveksle erfaringer og oplevelser med tvangen, fordi de har haft fokus på de samme ting i observationsperioden. Og det giver et mere ensartet udgangspunkt for at udveksle erfaringer og diskutere fagligheden, påpeger Inge Laugesen. Carsten Stæhr oplever observationsskemaet, som en stor støtte i det daglige arbejde.

- Tidligere skulle vi hver især selv sidde og vurdere i situationen, hvad vi skulle gøre. Og jeg følte mig ofte på tynd is, fordi jeg var usikker på, om jeg nu gjorde det rigtige, men jeg var jo på den anden side også nødt til at handle i den konkrete situation.

- Nu er der en fast defineret ramme for, hvad jeg skal gøre i situationen, og det er en tryghed for både patienten og mig som medarbejder. Så jeg er ikke i tvivl om, at det har forøget kvaliteten af vores behandling, at vi har fået indført disse procedurer med tilhørende værktøjer, understreger sosu-assistenten.

### *Inspirerende samarbejde*

Når de to teammedlemmer ser tilbage på, hvordan det var at arbejde med gennembrudsmetoden i projektfasen, så er der to ting, som træder tydeligt frem. For det første var det en hård og krævende proces at være med i. For det andet var det meget spændende og lærerigt.

- Det var helt afgørende for os, at vi fik så frie hænder til at arbejde med projektet, som vi gjorde. Vi fik den nødvendige tid og kunne eksempelvis arbejde med hele teamdage. Det betød, at vi i temaet havde gode betingelser for at få formidlet viden og erfaringer fra læringsseminarerne videre til kollegaerne, og dermed få implementeret projektet i hele personalegruppen, siger Carsten Stæhr og tilføjer:

- Vi var også meget opmærksomme på, at personalegruppen skulle være en aktiv del af projektet. Vi holdt temadage og havde gennembrudsprojektet på personalemødet hver gang, så det på den måde blev en integreret del af vores daglige arbejde - og ikke bare et projekt, som blev trukket frem engang i mellem.

- Men det var også helt nødvendigt at have det fokus hele tiden, for vi oplevede også, at arbejdet med at implementere de nye procedurer og redskaber hurtigt kunne skride, hvis vi i teamet ikke var til stede og holdt dem fast på det, tilføjer Inge Laugesen.

Teamet havde også meget glæde af det netværk



*Inge Laugesen og Carsten Stæhr*

af andre projektdeltagere, der blev bygget op fra projektsekretariatets side. De blev meget inspireret af samarbejdet, læringsseminarerne og forandringskataloget. Det har givet dem mange gode og konkrete idéer.

- Det dejligt, at vi kunne bruge redskaberne fra forandringskataloget direkte, så vi ikke alle sammen skulle opfinde den dybe tallerken fra begyndelsen af, understreger afdelingssygeplejersken.

#### *Implementeret i H:S*

Ud over at arbejde med at implementere de nye procedurer og værktøjer i egen afdeling, blev Inge Laugesen frikøbt af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatrien i H:S som leder af et projekt, der har arbejdet med at implementere erfaringerne fra gennembrudsprojektet på de øvrige psykiatriske afdelinger i hovedstadsområdet. Dette arbejde sluttede med udgangen af 2006.



Nationalt kvalitetsprojekt  
- TVANG I PSYKIATRIEN

## Fakta om resultater

I projektperioden:

- var målet, at 75 % af patienterne skulle være tilfredse med den tvang, de var blevet udsat for. Det mål nåede de ikke.
- vurderede cirka halvdelen af patienterne, at de følte sig tilstrækkeligt informeret om tvangsforanstaltningen
- havde over halvdelen af patienterne den opfattelse, at tvangen kunne være undgået
- var der et svagt fald i antallet af bæltefikseringer og i den gennemsnitlige varighed af fikseringerne

## Fakta om afdelingen

Afsnit 6201 er et lukket intensivt afsnit med 11 sengepladser. Det er den eneste lukkede afdeling på Rigshospitalets Psykiatriske Klinik, og den modtager akutte indlæggelser døgnet rundt - både frivillige og tvangsmæssige.

Afsnittet er normeret til cirka 33 stillinger. På almindelige hverdage er der 5 - 6 medarbejdere i dagvagt. Fire i aftenvagt og tre i nattevagt.

## Fakta om Team Rigshospitalet

Teamet bestod af afdelingssygeplejerske Inge Laugesen, sosu-assistent Carsten Stæhr, souschef Merete Ceniuss, sygeplejerske Lise Klingenberg og sygeplejerske Lene Hougaard.

*På Gerontopsykiatrisk afsnit på Vordingborg Sygehus har de arbejdet med at udvikle individuelle og meningsfulde aktiviteter, så patienterne har mulighed for at være optaget af noget, der ligger uden for dem selv. Aktiviteterne er blevet et fristed og har været en med til at reducere anvendelsen af tvang*

# Aktiviteter som et fristed

Interview med udviklingssygeplejerske Marianne Balcer og  
afdelingssygeplejerske Kirsten Willum

På Gerontopsykiatrisk afdeling havde de længe haft et aktivitetskema. Skemaet var et blankt stykke papir med nogle felter for hver dag i ugen, som den enkelte medarbejder skulle udfylde. Det skulle dels indeholde nogle af afdelingens faste aktivitetstilbud som eksempelvis gymnastik, stavgang og stoledans. Og dels nogle specifikke aktiviteter, som er tilpasset den enkelte patient.

Problemet var bare, at ingen brugte skemaet, og dermed fungerede aktiviteterne heller ikke optimalt. Det ville de gerne ændre på i gennembrudsprojektet.

## *Ny skabelon*

Medarbejderne vidste, at skemaet ikke fungerede hensigtsmæssigt. Derfor valgte de at udvikle en helt ny skabelon, som personalet skal bruge ved alle nyindlæggelser.

- Vi startede processen med helt konkret at afprøve en ballstick og vores havegynges som eksempler på aktiviteter i forhold til en enkelt patient. Dette udviklede sig til, at vi udarbejdede guidelines med forskellige aktivitetsmuligheder rettet mod de specifikke problemstillinger, som vores patienter oftest har. Det kan være eksempelvis angst, depression og øget psykomotorisk tempo. Det viste sig at være en god idé, så vi udbredte den til at blive en fast rutine i hverdagen, siger udviklingssygeplejerske Marianne Balcer.

- Ja. Vi besluttede, at hver patient skal have en individuel aktivitetsplan, som kontaktperso-

nen og patienten gerne skal udarbejde sammen gerne på indlæggelsesdagen eller senest 72 timer derefter. Planen skal skrives ind i skemaet og bliver givet til patienten samt hængt op, så personalet løbende kan orientere sig om, hvad den enkelte patient skal de enkelte dage, siger afdelingssygeplejerske Kirsten Willum.


## *Reducerer tvangen*

Aktivitetsplanen bliver fastlagt på baggrund af indlæggelsessamtalen, hvor kontaktpersonen får afdækket patientens livshistorie, personlige interesser og ressourcer. Derefter udarbejder kontaktpersonen en individuel aktivitetsplan, som sammen med patienten bliver vurderet og revideret én gang om ugen.

- På den måde arbejder vi på at sikre, at patienterne hele tiden beskæftiger sig med nogle meningsfulde aktiviteter, som kan være med til at stimulere dem til en aktiv livsførelse, både under indlæggelsen, men især også efter udskrivelsen siger Kirsten Willum og fortsætter:

- Udviklingen af aktivitetsplanen blev et gennembrud for projektet, fordi den er blevet en rød tråd gennem hele behandlingsforløbet. Vi inddrager patient og pårørende i det konkrete samarbejde. Derfor giver vi den selvfølgelig til patienten og de pårørende og snakker efterfølgende med dem om planen.

- Den er ligeledes blevet et vigtigt arbejdsredskab for kontaktpersonerne. Planen bliver brugt i den tværfaglige konference, hvor lægerne lægger meget vægt på den individuelle aktivi-



tetsplan og som også indgår i den samlede behandling. Og den er med i udskrivningssamtalen, hvor personalet følger op på behandlingen ved at snakke om, hvad patienten kan tage med sig videre ud til distriktssygeplejerskerne, som skal arbejde videre med patienterne.

De to fagpersoner oplever, at patienterne får en mere struktureret, genkendelig og overskuelig hverdag, og de afpassede udfordringer er med til at øge den enkeltes fysiske og psykiske velvære og i den sidste ende er det med til at øge deres selvværd. Og de er ikke i tvivl om, at det er en væsentlig grund til, at det er lykket afsnittet at reducere antallet af tvangsepisoder væsentligt i projektperioden. Derfor bliver der også nu lavet en aktivitetsplan for alle patienter.

### *Teamets koncept*

I forbindelse med udviklingen af blandt andet aktivitetsplanen blev teamet hurtigt opmærksom på, at det er vigtigt at afklare, hvad man mener, når man bruger forskellige fagudtryk, fordi medarbejderne ofte har forskellige billeder på, hvad udtrykkene dækker.

- Det er vigtigt at begrebsafklare. Vi jonglerer ofte med begreber som instrukser, vejledninger, standarder, guides mv. uden, at vi er helt sikre på, hvad vi mener med dem. Og i hvert fald uden at vi er sikre på, at vi mener det samme med dem. Det er et problem i hverdagen, så derfor har vi udviklet et fælles sprog, understreger afdelingssygeplejersken.

I teamet udviklede de et fast koncept, som blev gennemgående for alle forandringstiltagene i projektet, som eksempelvis kontaktpersonsordning, indlæggelsessamtale, individuelle aktivitetsplaner, flytning af patienter mellem afsnittets to miljøer, eftersamtaler og udskrivningssamtaler mv.

Konceptet består af en standard og en tilhørende guide. Standarden indeholder en beskrivelse af struktur, proces og resultat, der er sat op i et overskueligt skema på én A4 side. Den tilhørende guide uddyber, hvordan medarbejderne skal bruge standarden i praksis. Den kan eksempelvis vise, hvordan kontaktpersonerne skridt for skridt skal udfylde aktivitetsplanen i forhold til patienter med angst, depression, aggressiv adfærd, suicidaltruende mv. Eller den kan indeholde støttespørgsmål til den svære samtale med pårørende.

- Det faste koncept har givet os et bedre overblik over arbejdsprocesserne og en meget større ensartethed i samspillet med patienterne. De faste rutiner gør også, at vi bedre kan kvalitets-

sikre vores daglige indsats, fordi vi kan måle på, om vi gør det, vi siger, vi gør. Det er en stor fordel, fastslår Marianne Balcer.

### *Kompetenceudvikling*

Det har været meget tidskrævende at deltage i projektet, men de to teamdeltagere er ikke i tvivl om, at det har været det hele værd.

- Vi blev meget hurtigt optaget af projektet. Idéerne, kreativiteten og engagementet blomstrede fra starten af. Og vi har hele tiden været meget opmærksomme på, at det ofte er de små konkrete tiltag i hverdagen, som kan gøre den store forskel. Derfor har vi hele tiden haft fokus på, at forandringstiltagene skulle være konkrete og letomsættelige i hverdagen, siger Marianne Balcer.

Kirsten Willum nikker. Hun er helt enig:

- Det er tydeligt, at der har ligget meget kompetenceudvikling i at arbejde med processer, der hele tiden griber ind i hinanden og ind i den daglige praksis. Medarbejderne har været involveret i udviklingen af de forskellige nye tiltag. De har afprøvet dem i praksis. Diskuteret og reflekteret over dem med henblik på, at vi i teamet efterfølgende har indarbejdet deres kommentarer og justeret materialet, så de passer bedst muligt til den praksis, de skal bruges i.

- Det har været en spændende og udfordrende proces, som vi alle har lært meget af. Og det har også haft en stor betydning for processen, at resultaterne er så synlige. Synligheden er med til at skabe engagement og ejerskab i forhold til projektet. Folk bliver stolte, når de kan se, at vi har nået vores mål. Eller at vi ligefrem er kommet længere end de definerede mål, pointerer afdelingssygeplejersken og fortsætter:

- Men det har dog også været meget krævende for medarbejderne. Der har været mange papirer at forholde sig til. Mange spørgeskemaer at besvare. Og selv om ikke alt har været helt nyt, har det ind imellem virket overvældende, så de skal virkelig roses for deres engagement og konstruktive tilbagemeldinger.

Desuden påpeger hun, at projektet har givet anledning til mange spændende faglige diskussioner på personalemøderne og temadagene. Også på den måde har projektet været med til at udvikle medarbejdernes faglige kompetencer.

### *Styrker tværfagligheden*

Afslutningsvis vil de to teammedlemmer fremhæve, at projektet har været med til at styrke det tværfaglige samarbejde om patienterne, hvor afdelingen har fået mange positive tilba-

gemeldinger fra de tværfaglige samarbejds-partnere. Afdelingens overlæge har været en del af teamet, og hun har taget aktiv del i at få udarbejdet og implementeret forandringstiltagene i det daglige arbejde samtidig med, at hun har vejledt personalet gennem hele forløbet. Det har været en stor styrke.



*Litta Zachariassen, Karen Tvarnø, Marianne Balcer og Kirsten Willum*

## Fakta om resultater

I projektperioden var:  
den samlede anvendte tvang faldet markant  
kvaliteten af den anvendte tvang øget  
målet om at reducere tvangsmedicineringen med 25 % opfyldt  
målet om at afkorte det enkelte tvangsmedicineringsforløb med 25 % opfyldt  
der afholdt eftersamtaler ved anvendt tvang i 100 % af episoderne  
der afholdt indlæggelsessamtaler i 94 % af episoderne  
der udarbejdet aktivitetsplaner i 100 % af episoderne  
100 % af de pårørende tilfredse og følte sig velkomne og medinddraget

## Fakta om afdelingen

Gerontopsykiatrisk afsnit G er en del af behandlingspsykiatrien i Psykiatrien i Vordingborg. Afsnittet er et åbent døgnafsnit med 14 sengepladser med mulighed for skærmning på alle niveauer. Fem sengepladser ligger i en del af afsnittet, der er indrettet til højt skærmningsniveau. Afsnittet er normeret til 24,5 fuldtids plejestillinger. Den gerontopsykiatriske indsats foregår i et tværfagligt samarbejde mellem sygeplejersker, sosu-assistenten, plejere, distriktssygeplejersker, socialrådgiver, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykolog og læger. Afsnittet tager sig af ældre mennesker fra 70 år med psykiatriske lidelser eller problemstillinger.

## Fakta om Team Vordingborg

Teamet bestod af udviklingssygeplejerske Marianne Balcer, afdelingssygeplejerske Kirsten Willum, sygeplejerske Litta Zachariassen og overlæge Karen Tvarnø.

På Voksenpsykiatrisk afdeling N1 i Vordingborg har de opnået gode kvalitative og kvantitative resultater i projektet. Den succes skyldes i høj grad, at medarbejderne har haft indflydelse på de forandringstiltag, der er blevet iværksat under forløbet. Det har været hele afdelingens projekt

# Hele afdelingens projekt

## Interview med sygeplejerske og souschef Michael Marcussen

Det er vigtigere at have færre forandringstiltag, som hele afdelingen kender til og bruger i det daglige arbejde, end at have en masse forandringstiltag, som kun teamet kender til.

Det er den filosofi, der har været den røde tråd i gennembrudsprojektet på Voksenpsykiatrisk afdeling i Vordingborg.

- Vores erfaring er, at projektet for alvor blev en succes, da medarbejderne oplevede, at de blev inddraget i beslutningerne og fik medindflydelse på de forskellige forandringstiltag, vi som team gerne ville sætte i værk. Nøglen til succesen ligger i, at medarbejderne oplever sig selv som de væsentligste aktører i projektet og ikke os, der sad i teamet, siger souschef Michael Marcussen og tilføjer:

- Der skete eksempelvis meget i forhold til medarbejdernes engagement i projektet, da vi udnævnte nogle af medarbejderne til nøglepersoner for pårønderarbejdet og for udarbejdelsen af materialet til eftersamtaler. Det gav et helt andet ejerskab, som smittede af på lysten til og opmærksomheden på at bruge de nye tiltag som værktøjer i det daglige arbejde.

Derfor valgte teamet bevidst fra starten af ikke at have en fast frikøbt medarbejder til at styre projektet, fordi der er en fare for, at projektet bliver projektmedarbejderens projekt, og det ikke bliver forankret i praksis blandt medarbejderne i afdelingen. Og det har de gode erfaringer med ifølge Michael Marcussen.

### *Hurtig inddragelse af patienterne*

Det primære mål i projektet var forebyggelse af tvang. Dette skulle blandt andet ske ved i

højere grad end tidligere at inddrage patienter og pårørende aktivt i behandlingsforløbet.

- Vores udgangspunkt var, at projektet skulle være konkret og praksisnært. Derfor valgte vi at sætte fokus på, hvordan vi kunne bruge den viden og de erfaringer, som patienter og pårørende har i forvejen til i første omgang af forebygge tvang. Og i anden omgang hvis tvangen er nødvendig at forbedre patientens oplevelse af kvaliteten af indgrebet, fortæller souschefen. Det bevirkede, at de på afdelingen udviklede skemaet "Hvordan kan vi hjælpe dig?", hvor patient og kontaktperson inden for de første 72 timer efter indlæggelsen har en samtale om, hvordan patienten mestrer svære situationer, og hvad, han eller hun selv mener, kan hjælpe til, at det bliver et succesfuldt ophold på afdelingen. Patienten har fået skemaet på forhånd, så han eller hun kan forberede sig på samtalen.

- Personalet oplever, at skemaet er meget brugbart, fordi det giver en god og præcis beskrivelse af patientens situation og mestringsstrategier i forhold til, hvad der hjælper, og hvad der ikke hjælper patienten. Patienterne er også meget begejstret for det, fordi det fungerer som en form for huskeseddel for, hvad der hjælper dem i de svære situationer, påpeger Michael Marcussen. Og han fortsætter:

- Skemaet er et vigtigt værktøj i den videre behandling, fordi personalet tager udgangspunkt i det, når det skal tilrettelægge det videre forløb. Og det bliver også taget frem og brugt, hvis der opstår kritiske situationer under indlæggelsen.

I begyndelsen af året blev skemaet kun udfyldt i



*Marlene Ballin, Twana Jalal Ismail og Michael Marcussen*

64 % af indlæggelserne, men efter det er blevet en integreret del af vores tjekliste ved ind- og udskrivelser, er udfyldelsen oppe på 100 %.

#### *Fokus på pårørende*

Samarbejdet med de pårørende er andet tema, som har været højt prioriteret i projektet.

Under indlæggelsesperioden får de pårørende tilbudt en samtale med enten en læge eller en anden medarbejder fra afdelingen.

- Denne samtale har flere formål. For det første skal den give os en vigtig viden om patientens situation. For det andet skal den være med til at give de pårørende en oplevelse af, at de også er inddraget i forløbet, og vi har en fælles interesse i, at indlæggelsen bliver så god som mulig, pointerer souschefen.

Desuden har afdelingen produceret et skriftligt materiale om pårørendesamarbejdet og om tvangsindgreb, som de får udleveret under samtalen.

- Det tog lidt tid at få indført samtalerne systematisk, men nu foregår de hver gang, vi får en ny patient. Desuden viser de stikprøver, vi foretog i foråret, at 83 % af de pårørende er tilfredse med informationen. Det er vi glade for, siger souschefen og tilføjer:

- Patienterne giver også udtryk for, at det betyder meget for dem, at vi tager os af de pårørende og taler med dem, fordi de pårørende ofte

også er i krise, og det magter patienterne ikke altid at forholde sig til.

Samtidig oplever medarbejderne også, at pårørendesamarbejdet har stor betydning for kvaliteten af indlæggelsen


#### *Høj faglighed*

Afdelingen havde et mål om at reducere antallet af tvangsfikseringer med 50 % og samtidig reducere varigheden af tvangsfikseringerne også med 50 %. Begge dele er lykkedes. Og det ser Michael Marcussen som et udtryk for, at de har udviklet en høj faglig kvalitet af tvang gennem projektet.

- Vi arbejder nu meget mere struktureret og fokuseret. Vi har en fast procedure for, hvordan vi gennemfører tvangsindgrebene. Og det giver en mere ensartet behandling af patienterne.

- Desuden har vi meget mere fokus på problemstillingen. Vi er blevet mere åbne om at snakke med hinanden og ikke mindst med patienterne om, hvordan oplevelsen har været. Og hvad vi eventuelt kan gøre bedre næste gang. Det betyder, at alle medarbejdere er meget opmærksomme på, hvordan tvangen bliver gennemført, men de er også blevet meget mere opmærksomme på, hvordan vi kan forebygge tvang. Og tallene viser, at det er lykkedes godt for os, fastslår souschefen.

Desuden er tvang blevet et fast punkt på dags-



orden på alle personalemøder. Der er indført bæltefikseringsjournaler. Der bliver foretaget eftersamtaler med patienterne efter hvert tvangsindgreb. Alle medarbejdere deltager i kompetenceudvikling i form af forskellige kurser blandt andet i konflikthåndtering og psykofysisk træning. Der bliver foretaget en debriefing med det involverede personale efter hver alarmsituation. De pårørende bliver inddraget i behandlingsforløbet. Alle tiltag som er med til at fremme en høj faglig håndtering af tvang.

#### Stor patienttilfredshed

Den forbedrede faglige kvalitet afspejler sig også i patienternes vurdering af, hvordan det er at være indlagt på afdelingen. 87 % af patienterne giver afdelingen 3 - 5 stjerner ud af fem mulige.

- Jeg tror, at den væsentligste grund til det er, at vi er blevet meget bedre til at inddrage patienterne og de pårørende. Vi snakker mere med dem. Og vi har satset på at forbedre indsatsen på nogle få konkrete områder, men det har vi så til gengæld også været i stand til at gennemføre til både patienter, pårørendes og medarbejdernes tilfredshed, siger Michael Marcussen afslutningsvis.



## Fakta om resultater

I projektperioden var:

- antallet af tvangsfikseringer faldet med 52 %
- varigheden af tvangsfikseringerne faldet med 58 %
- 87 % af patienterne tilfredse eller meget tilfredse med at være indlagt på afdelingen
- 83 % af de pårørende tilfredse med informationen ifm. anvendelsen af tvang
- 94 % af medarbejderne tilfredse med afdelingens forebyggelsesarbejde
- 90 % af medarbejdernes vurdering, at afdelingens håndtering af tvang skete på et højt fagligt niveau

## Fakta om afdelingen

Afdeling N1, Psykiatrisk Center Nord, Vordingborg er en højtskærmet voksenpsykiatrisk afdeling med 12 moderne enestuer med eget bad og toilet. Afdelingen optager patienter fra de syv nordlige kommuner i Region Sjælland. Bruttonormeringen på plejeområdet er 25, 6 fuld- og deltidsstillinger, og der er knyttet fem overlæger og to reservelæger til afdelingen.

## Fakta om Team Næstved

Teamet bestod af sygeplejerske og souschef Michael Marcussen, social- og sundhedsassistent Twana Jalal Ismail, sygeplejerske Marlene Ballin og overlæge Jørn Lindholdt.

*På Afsnit P2 på Psykiatrisk Afdeling i Middelfart satte de særlig fokus på, hvordan de kunne beskytte personalet mod patienternes voldshandlinger. Det gjorde de ved at forebygge tvangshandlinger og have mere dialog med patienterne. Og det er i høj grad lykket, viser erfaringerne fra praksis*

# Passer bedre på os selv

Interview med overlæge Hans Henrik Hoff og  
afdelingssygeplejerske Dorthe Møllegård

Afsnit P2 var med i første bølge af gennembrugsprojektet fra 2004 til udgangen af 2005. Afdelingen har derfor erfaringer med, hvordan projektet er blevet implementeret i den daglige praksis.

- Vores udgangspunkt for at deltage i projektet var, at vi ville reducere tvangsanvendelsen med særlig henblik på at nedbringe antallet af bæltefikseringer. Det lykkes også meget fint. Men i løbet af processen fik vi et selvstændigt fokus på forebyggelse af vold mod personalet. Og det har vist sig at være en stor fordel for både patienter og medarbejdere, siger overlæge Hans Henrik Hoff.

- Ja. For der er heller ingen af vores patienter, som ønsker at være voldelige over for os. Det er jo meget syge mennesker, som handler i affekt og afmagt på grund af deres sygdom. Og hvis vi med en forebyggende indsats kan være med til at undgå, at de tvangskrævende situationer opstår, så giver det patienterne en bedre behandling plus, at det er rarere og mere sikkert at være her som medarbejder, pointerer afdelings- sygeplejerske Dorthe Møllegård og tilføjer:

- Men der skal heller ikke herske tvivl om, at hvis en bæltefiksering er den mest hensigtsmæssige løsning på en opstået situation, så gør vi selvfølgelig det.

## *Nul tolerance politik*

Et væsentligt resultat af afsnittets deltagelse i projektet er, at der er indført en nul tolerance politik i forhold til vold i mod personalet.

- I rigtig mange år har der hersket en kultur inden for psykiatrien om, at personalet måtte

finde sig i trusler om vold og ind i mellem at blive udsat for fysisk vold. Det hørte med, når man arbejder på dette område. Men vi har indført en nul tolerance politik på det område, fastslår Hans Henrik Hoff og fortsætter:

- Vi gør det meget klart og tydeligt over for patienterne, at vi ikke vil finde os i hverken voldshandlinger eller trusler om vold. Vi har også en lav tolerance i forhold til at anmelde vold til politiet, hvis vi skønner, at det er relevant. Det gør vi for at beskytte medarbejderne så godt som muligt imod overgreb.

- Det har kun kunnet lade sig gøre, fordi vi i projektet fik udviklet en ny måde at tænke forebyggelse på. Vi er blevet meget mere opmærksomme på, hvad det er for signaler hos patienterne, vi skal være opmærksomme på, inden konflikterne opstår. Og så er vi blevet meget bedre til at inddrage dem i forløbet. Og det er nogle af de faglige tiltag, som blev sat i værk i projektperioden.

## *Den forebyggende indsats*

Den traditionelle måde for psykiatrien at håndtere farlige patienter på har været bæltefiksering. Det ville projektgruppen gerne gøre op med på afsnit P2, da de kom med i gennembrudsprojektet.

Men når de skulle arbejde med at reducere antallet af bæltefikseringer, var de nødt til først at finde ud af, hvad det var for indikatorer, der gjorde, at de besluttede at lægge patienterne i bælte.

- Vi analyserede vores praksis for at finde ud af, hvornår patienterne var farlige. Og hvem de var

farlige overfor. Den viden brugte vi til at finde ud af, hvad vi som personale kunne gøre for at undgå, at de situationer opstod, hvor det var nødvendigt at udøve tvang over for patienterne. Det var den simple logik i det, siger overlægen. Konkret udviklede de to metoder. Dels en risikovurdering og dels udarbejdelse af en voldsforebyggelsesmappe. Begge dele er nu en fast del af den daglige praksis i afsnittet.

- Vi gennemfører en risikovurdering af patienterne ved indlæggelsessamtalen. Her har lægerne en checkliste med ti forhold, som de spørger patienterne om. Det er de forhold, som vi på baggrund af litteraturen og egne erfaringer ved, har betydning for, om de typisk efterfølgende udviser voldelig adfærd, påpeger Hans Henrik Hoff og tilføjer:

- Det påhviler efterfølgende lægen at formidle resultatet af risikovurderingen til plejepersonalet, så de kan indarbejde lægens vurdering i det videre behandlingsforløb.

Der er her, at opgaven går videre til plejepersonalet.

- Hvis lægen vurderer, at der er en risiko for, at patienten vil udøve vold, så opretter vi en voldsforebyggelsesmappe i et tæt samarbejde med patienten i de situationer, hvor det kan lade sig gøre. I den beskriver vi patientens situation, og hvad vi som personale skal være opmærksomme på af signaler, som kan være tegn

på, at patienten kan finde på at udøve vold, og hvilke signaler patienterne selv skal være opmærksomme på, fortæller Dorthe Møllegård. Og hun fortsætter:

- Her er det tætte samspil med patienterne helt afgørende, fordi det er i dialogen, at vi får den nødvendige viden om den enkelte patient, som danner grundlaget for indholdet i voldsforebyggelsesmappen. Og vi har meget positive erfaringer med at tale om de her svære ting med patienterne. Det viser sig, at langt de fleste patienter er glade for at få mulighed for at komme i dialog med os om de her problemstillinger, for de ønsker heller ikke at skade personalet. Men de understreger, at de kun udarbejder en forebyggelsesmappe for de patienter, hvor de har begrundet mistanke om voldelig adfærd.

#### *Dagligt værktøj*

Forebyggelsesmappen er blevet et dagligt værktøj for plejepersonalet. På afsnittets store opslagstavle har de en oversigt over alle de indlagte patienter. Og ud for hver patient er det tydeligt markeret, hvis de har en forebyggelsesmappe.

- Det giver medarbejderne mulighed for hurtigt at orientere sig, når de møder på arbejdet. Og det er fast rutine, at de kigger i forebyggelsesmappen, så de er forberedt på, hvad de skal gøre, hvis der opstår problemer med én af de



*Dorthe Møllegård og Hans Henrik Hoff*

patienter, som har en mappe. På den måde kan den enkelte medarbejder bedre forberede sig på mødet med patienterne, understreger afdelingssygeplejersken.

- Det har en væsentlig forebyggende effekt, fordi den enkelte medarbejder ved, hvilke patienter han eller hun skal være opmærksom på. Og de ved, hvilke signaler hos den enkelte, som de skal have særlig fokus på. Det har stor betydning for, hvordan dagen går på afdelingen, tilføjer overlægen og fortsætter:

- Og det er med til både at mindske overgreb på medarbejderne samtidig med, at det forbedrer kvaliteten af behandlingen for patienterne.

### *Godt netværk*

De to teammedlemmer synes, det var spændende at være med i forløbet. De har haft stor glæde af at blive inspireret af de metoder og værktøjer, som ligger i det at arbejde med gennembrudsmetoden.

- I starten var vi noget overvældet over, hvor mange ressourcer det krævede at være med i projektet. Det var vi ikke forberedt godt nok på, så der gik et stykke tid, inden vi fik det organisatoriske ordentligt på plads. Men så kom vi stærkt igen, siger Dorthe Møllegård og fortsætter:

- Det var meget spændende og lærerigt at være sammen med de andre team på læringsseminarerne. Og vi blev også meget inspireret af forandringskataloget, som havde nogle konkrete bud på de handlingsrettede metoder, som vi manglende i den daglige praksis. Det fik os for alvor i gang med at lave de tiltag i form af risikovurderinger og aggressionsmapper, som var afgørende for, at vi kunne arbejde konkret med forebyggelse.

På den måde har de i Middelfart haft meget glæde af det netværk, der er en vigtig del af gennembrudsmetoden.

### *Integreret del af hverdagen*

De lægger heller ikke skjul på, at det var en svær og til tider belastende proces at være i projektet. Men de er ikke i tvivl om, at det har haft stor positiv betydning for den måde, som afsnittet fungerer på i dag.

- I begyndelsen af processen var der en forholdsvis negativ stemning i personalegruppen i forhold til at arbejde med at reducere tvangen. Der spredte sig en holdning om, at nu måtte personalet ikke lægge patienter i bælte mere, underforstået at de derfor skulle have tæv i stedet for. Den holdning skulle vi arbejde meget med at bearbejde, siger Dorthe Møllegård.

- Ja. Derfor satte vi fokus på, hvordan vi kan passe bedre på hinanden ved at forebygge vold. Vi arbejder derfor målrettet på at undgå, at personalet kommer ud i situationer, hvor de bliver udsat for vold. Men det er blevet en fuldstændig integreret del af tænkningen på afsnittet i dag, og det er medarbejderne meget glade for nu, fastslår Hans Henrik Hoff.

Her godt to år efter projektet er afsluttet, arbejder de stadig med at videreudvikle de elementer, som blev grundlagt i projektperioden. Der er sket en del omstruktureringer i deres organisation, som betyder, at afsnittet har fået mere udadreagerende patienter. Det gør, at antallet af tvangshandlinger har været stigende, men det ændrer ikke på, at den nye kultur i dag er en fuldstændig integreret del af hverdagen i afsnittet.

## Fakta om resultater

I projektperioden:

faldt antallet af bæltefikseringer med 85 % faldt den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringerne fra 17 timer til 6 timer var målet at udarbejde risikovurderinger og efterfølgende aggressionsforebyggelsesmapper for alle patienter. Det lykkedes ikke, fordi det tager tid at implementere sådanne nye metoder i den daglige praksis blev det mere naturligt at tale om tvang og at inddrage patienterne i disse samtaler kom der mere fokus på at beskytte personalet mod overgreb blev der implementeret en ny kultur med fokus på forebyggelse af tvang

## Fakta om afdelingen

Afsnit P2 er et integreret afsnit med 18 sengepladser for voksne patienter med alle former for psykiatriske diagnoser. Afsnittet har akut modtagerfunktion og modtager også retsligt indlagte patienter.

## Fakta om Team Middelfart

Teamet bestod af overlæge Hans Henrik Hoff, afdelingssygeplejerske Dorthe Møllegård, sygeplejerske Charlotte Beck og sygeplejerske Hanne Nybo

På afsnit L1 på Psykiatrisk Center Sankt Hans i Roskilde har de haft fokus på fysiske aktiviteter som behandlingstilbud, konflikthåndtering og aktivitet under tvangsindgrebet. Det har forkortet fikseringstiden og højnet kvaliteten

# Fysisk aktivitet forebygger konflikter

Interview med kvalitetskoordinator Jeanet Kragerup  
og assisterende afdelingssygeplejerske Louise Preisler

Jo mere fysisk aktive patienterne er under indlæggelsen, jo færre konflikter opstår der i hverdagen.

Det er de erfaringer, personalet på afsnit L1 har gjort sig under gennembrudsprojektet.

- Fysisk aktivitet er ét af de forandringstiltag, som vi har haft størst succes med at indføre i projektperioden. Vi har arbejdet meget målrettet med fysiske aktiviteter både som middel til konfliktløsning og som aktivitet under tvangsfikseringen. Og det har givet gode resultater i begge sammenhænge, siger kvalitetskoordinator Jeanet Kragerup.

- Ja. Hvis vi eksempelvis kan se, at der er optræk til en konflikt mellem én af patienterne og en medpatient eller en medarbejder, så foreslår medarbejderen, at de går ned i motionsrummet og cykler på kondicykel. Det kan ofte forebygge, at konflikten bryder ud, pointerer assisterende afdelingssygeplejerske Louise Preisler.

Men denne måde at arbejde forebyggende på kan ikke kun tilskrives gennembrudsprojektet. Det var et fokus, som de havde inden projektet gik i gang.

## *De nødvendige faciliteter*

Afsnit L1 var tidligere et almindeligt lukket afsnit, men fra 1. januar 2006 blev det omdannet til et lukket retspsykiatrisk afsnit. I den forbindelse bevilligede hospitalsdirektionen økonomiske midler til et lukket udendørs idrætsanlæg og samtidig fik afsnittet, ved konvertering af to stillinger, tilknyttet to aktivitetsmedarbejdere, som står for tilrettelæggelsen af de fysiske aktiviteter med patienterne.

Desuden har afsnittet i projektperioden fået

ekstra bevillinger til indretningen af et motionsrum plus indkøb af diverse bolde, redskaber mv.

- Man kan sige, at vi i forvejen havde fokus på de fysiske aktiviteter, men via projektet er vi blevet meget mere bevidste om, hvordan vi kan bruge aktiviteterne målrettet, og vi har udviklet redskaber til at dokumentere patienternes fysiske aktivitetsniveau. På den måde arbejder vi mere forebyggende ved at inddrage fysiske aktiviteter, påpeger Jeanet Kragerup.

Louise Preisler nikker og fortsætter:

- Langt de fleste af vores patienter er her imod deres vilje. Derfor er det vigtigt, at vi kan tilbyde dem en hverdag, hvor der er nogle meningsfulde aktiviteter, som kan gøre det mere attraktivt at være her. Vi har haft et mål om, at alle patienter skal være fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen alle hverdage. Det har vi ikke helt kunnet leve op til i hele projektperioden, men det skyldes blandt andet at vores ene aktivitetsmedarbejder har været væk i en længere periode.

Desuden peger hun på, at patienterne ikke må forlade afsnittet på grund af deres dom, så det er vigtigt, at personalet iværksætter aktiviteter, som gør, at de kan holde indespærretheden ud.

## *Fysiske aktiviteter under tvangen*

Ét af afsnittets delmål har været at nedbringe den gennemsnitlige varighed af tvangsfikseringer med 20 %. Varigheden er faldet med 41 % i projektperioden, og det skyldes ikke mindst, at personalet har arbejdet med at aktivere patienterne under tvangsfikseringen.

- Vi har eksperimenteret med at gøre tvangsfikseringen til en bedre oplevelse for patienten.

terne. I den forbindelse har vi arbejdet med at aktivere dem under selve fikseringen. Vores to aktivitetsmedarbejdere har udarbejdet et katalog over aktiviteter, som patienterne kan lave under fikseringen. De får mulighed for at lave øvelser for eksempel med håndvægte, spille bold og cykle på en sengecykel. Men det kan også være at høre musik, læse avis og ugeblade, løse sudoku, spille spil mv. Det giver patienten en adspredelse, som vi kan se er medvirkende til, at vi kan reducere tiden, hvor patienten er tvangsfikseret siger kvalitetskoordinatoren og tilføjer:

- Men det er vigtigt at understrege, at disse ting beror på en faglig vurdering af, om det er forsvarligt.

Kombineret med de fysiske aktiviteter arbejder personalet også med at inddrage patienten så aktivt som muligt i selve tvangssituationen. Det betyder, at medarbejder og patient fortløbende

snakker eksempelvis om, hvorvidt det er en god idé at løsne bæltet, når patienten sover. Om det er en god idé at løsne det og gå 10 minutter ned i motionsrummet. Eller om de kan spille bold med et fastlåst bælte. Det er en dialog som løbende forgår under fikseringen.


- Og faktisk er det vores oplevelse, at patienterne selv har en god fornemmelse af, hvornår de kan magte at blive løsnet, og hvornår de ikke kan. Mange af vores patienter er så syge, at de selv er klar over, at de ikke kan holde sammen på sig selv, hvis de bliver løsnet, fastslår den assisterende afdelingssygeplejerske.

#### *Observationsskemaer virker*

Desuden har afsnittet implementerede et observationsskema, som det Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri under H:S i foråret 2006 besluttede, at alle afdelinger skal arbejde med. Det samme gør sig gældende med de eftersamtaler,



*Louise Preisler og Jeanet Kragerup*



som efterfølgende er blevet lovpligtige (jf. tekstboksen "Implementeret i H:S" fra afsnittet "Tvungen ud i lyset", Psykiatrisk Klinik 6201, Rigshospitalet).

Både patienter og medarbejderne giver udtryk for, at disse forandringstiltag har haft en meget positiv virkning på kvaliteten af behandlingen på afsnittet. 63 % af patienterne er tilfredse eller meget tilfredse med personalets håndtering af tvangssituationerne.

- Patienterne giver udtryk for, at de er glade for at blive inddraget mere i behandlingen. De har mulighed for at give udtryk for, hvad de gerne vil under selve indgrebet. Og de har efterfølgende mulighed for at sætte ord på, hvordan de har oplevet selve indgrebet. Denne dialog er vigtig i forhold til at opsamle vidne om, hvordan vi foretager et indgreb næste gang, så det bliver så meget på patientens præmisser som muligt, siger Louise Preisler.

På tilsvarende vis oplever personalet også, at forandringstiltagene har styrket kvaliteten af indsatsen. Ved projektets afslutning vurderede de kvaliteten af indsatsen til at være 8.26 på en skala fra 1 - 10.

#### *Flere tvangsfikseringer*

Det var også et mål at reducere antallet af tvangsfikseringer med 25 % i projektperioden. Det lykkedes ikke. Tvært imod så steg antallet dramatisk - især i efteråret 2006. Men det skyldtes hovedsageligt, at afsnittet fik en patient indlagt, som i lange perioder blev tvangsfikseret dagligt. Og det var en udfordring for teamet.

- Det er ikke spor sjovt at være med i et projekt, hvor alle resultater løbende skal måles og offentliggøres, så alle kan følge med i, hvad der sker, når det går den helt forkerte vej. Men jeg synes, at vi var gode til at håndtere situationen, så det ikke kom til at gå ud over medarbejdernes lyst til at være med i projektet, siger Jeanet Kragerup, som var projektansvarlig. Og begge teamdeltagere understreger, at hele personalegruppen har været meget engageret i projektet og har deltaget aktivt i at udvikle det undervejs. Det har givet mange gode faglige diskussioner på personalemøder og temadage, som de kan bruge i det videre arbejde med at sikre kvaliteten af indsatsen på afsnittet.

## Fakta om resultater

I projektperioden:

- steg antallet af tvangsfikseringer meget pga. en enkelt patient, der gentagne gange blev tvangsfikseret
- faldt varigheden af tvangsfikseringer er med 41 %
- var 64 % af de tvangsfikserede patienter tilfredse eller meget tilfredse med personalets håndtering af tvangssituationen
- vurderede mere end 90 % af personalet, at den faglige kvalitet af konflikthåndteringen og forebyggelsen af tvang var meget høj,
- vurderede mere end 90 % af personalet, at den faglige kvalitet i forbindelse med tvangsfikseringen var meget høj
- var ca. 50 % af patienterne fysisk aktive min. 30 minutter alle hverdage. Dette tal har været svingende gennem projektperioden.

## Fakta om afdelingen

Afsnit L1 på Psykiatrisk Center Sct. Hans er et lukket retspsykiatrisk afsnit, der blev etableret 1. januar 2006. Afsnittet har plads til 10 patienter, der alle har enestuer men deles om bad og toilet. Afsnittet er omgivet af en stor have og et udendørs idrætsanlæg, der er indhegnet.

Afsnittet er normeret til 26 medarbejdere, der er en blanding af sygeplejersker, plejere og sosu-assistenter. Desuden er der tilknyttet to aktivitetsmedarbejdere til afsnittet, som ikke tæller med i den daglige normering.

Afsnittets patienter er fortrinsvis diagnosticeret inden for det skizofrene spektrum og har tillige en retslig foranstaltning i form af en behandlingsdom, anbringelsesdom eller surrogatfængsling.

## Fakta om Team Sct. Hans

Teamet bestod af kvalitetskoordinator Jeanet Kragerup, assisterende afdelingssygeplejerske Louise Preisler, afdelingssygeplejerske Bodil Svare og overlæge Mikkel Hauge Madsen.

*Udgangspunktet for afsnit E3, Regionspsykiatrien Herning var, at tvang er nødvendig. De har derfor arbejdet med at forbedre patienternes oplevelse af tvangen ved at fokusere på relationer, aktivitet og mere åben kommunikation. Og det virker*

# Relationer mindsker tvangen

Interview med sygeplejerske Randi Skousbøll og ergoterapeut Kirsten Vandborg

Mere empati og rummelighed i forhold til den enkelte patient. Mere fokus på patienternes værdier og ressourcer. Mere åben og ærlig dialog med patienterne. Det er nogle af de effekter, deltagelsen i gennembrudsprojektet har haft for afsnit E3, Regionspsykiatrien Herning.

- Ét af de vigtigste resultater af projektet er, at vi har fået udviklet en ny kultur, der åbner op i stedet for at lukke af. Det gælder både i relationen med patienterne og de pårørende. Men det gælder i høj grad også i forhold til personalet indbyrdes, siger sygeplejerske Randi Skousbøll.

Ergoterapeut Kirsten Vandborg er helt enig:

- Tidligere havde vi meget fokus på at løse og håndtere de konflikter og den eventuelle tvang, som kunne præge hverdagen på afsnittet. Nu er vi blevet meget bedre til at forebygge konflikterne ved at tage udgangspunkt i, hvordan vi kan skabe trygge rammer og komme i en konstruktiv dialog med patienten om, hvad vi kan sætte i værk af aktiviteter for at undgå svære situationer og tvang.

- Ved på den måde at etablere den gode relation til patienten får vi mulighed for at sætte ind med helt andre miljøterapeutiske tiltag, som giver mening for den enkelte patient. Det har som regel en gunstig afsmittning på patientens tilstand og oplevelse af at være på afdelingen, og det har en forebyggende effekt i forhold til anvendelsen af tvang, understreger hun.

Så selv om det primære fokus i projektet ikke var at nedbringe antallet af tvangshandlinger, blev den samlede anvendelse af tvang på afsnittet reduceret med 50 % i projektperioden.

## *Stærk erkendelsesproces*


Projektledelsen for gennembrudsprojektet havde på forhånd besluttet, at hvert team skulle gennemføre en "walk-through"-øvelse som udgangspunkt for at arbejde videre med de indholdsmæssige temaer i projektet. Afsnit E3 gennemførte øvelsen som et meget realistisk rollespil over en tvangsmediceringsituation. Øvelsen blev optaget på video til senere brug.

- Det var en meget stærk oplevelse, som virkelig fik medarbejderne til at spærre øjnene op. Det har en meget effektiv virkning, når man kan sidde uden for og betragte, hvad der sker i situationen i stedet for selv at være en del af den, siger Randi Skousbøll.

- Ja. Det blev meget tydeligt for os alle, hvor meget tvangssituationer mærkes i kroppen. Tvang er en kropslig handling, hvor ord ofte kan opleves som værende for meget eller helt overflødige. Derfor er det helt afgørende, at vi er opmærksomme på, hvordan vi kan få samspillet mellem krop og kommunikation til at fungere bedst muligt i de situationer, påpeger Kirsten Vandborg.

En anden fælles aktivitet i opstartsfasen var telefon-interviews med to patienter, som har oplevet at blive udsat for tvang samt to pårørende til patienter som har været udsat for tvangsbehandling. Det var en meget givende oplevelse for såvel teamet som den samlede personalegruppe.

- Det påvirkede folk meget at høre en patient fortælle, hvordan han troede, at personalet ville komme for at slå ham ihjel, hver gang de bankede på hans dør. Det gav os virkelig noget



at tænke over, siger sygeplejersken og tilføjer:  
- Det gav et godt udgangspunkt for at diskutere vores faglighed, og det havde stor betydning, at vi havde fået disse oplevelser sammen. Det gav os en anden vinkel på patienterne. Vi fik en ny forståelse for, hvor vigtig måden, vi har dialog og relation til såvel patienten som til de pårørende, er.

Det var en vigtig fælles erkendelsesproces for hele afsnittet, og den fik stor betydning for det videre forløb og formuleringen af de mål, de ønskede at arbejde med gennem proje

### “Walk-through” – øvelse

At gennemføre en “Walk-through” over et patientforløb har det formål at fagpersoner får viden om arbejdsgange og ser et forløb med patientens (eller de pårørendes) “briller på”. Øvelsen foregår som et rollespil, hvor én person blandt personalet påtager sig rollen som patient. Personen lever sig ind i rollen og gennemgår nøjagtigt de samme procedurer som andre patienter. Øvelsen kan med fordel udføres sammen med en kollega, der påtager sig rollen som pårørende. De øvrige medvirkende i øvelsen udfører de normale funktioner og aktiviteter.

De team, der i forbindelse med deltagelse i gennembrudsprojekter har gennemført “Walk-through” - øvelsen, konkluderer alle, at øvelsen gav særdeles positive resultater og samtidig skabte unikke læringsituationer.

### Fælles guidelines

Som et konkret forandringstiltag udarbejdede afsnittet en procedure for, hvordan overflytningen af patienter fra modtageafsnittet til E3 kunne foregå. Målet var at skabe så meget tryk-  
hed som muligt for patienten og samtidig undgå misforståelser og konflikter mellem patient og personale.

- Vi fik udarbejdet nogle guidelines for, hvordan det første møde med patienten skal være, så det bliver trygt og sikkert for patienten at komme her i afsnittet. Det er helt afgørende, at vi får de nødvendige oplysninger om den enkelte patient vedrørende dennes situation, beslutninger i forhold til tvangstilbageholdelser, låste døre mv, siger Randi Skousbøl og fortsætter:

- Tidligere opstod der jævnligt konflikter i den

indledende fase, fordi kommunikationen ikke var tilstrækkelig tydelig. Vi kendte ikke nok til patientens situation. Men med den nye guideline har vi et meget mere kvalificeret grundlag at starte behandlingen på, og det gør typisk, at relationen mellem patient og medarbejder bliver god fra starten.

- Her er det vigtigt at bemærke, at det sker i en løbende dialog med patienten. Vi får i fællesskab sat ord på, hvad det handler om. Hvordan patientens situation er. Og hvad det er for ting, vi skal sætte i værk. På den måde får vi skabt en tæt relation til patienten med det samme. Det er vigtigt, siger Kirsten Valdborg. Men hun gør også opmærksom på, at det kan være en svær proces for patienten at indgå i:

- Ofte møder vi patienter, som har meget alvorlige symptomer men ikke meget erkendelse af deres sygdom, og de kan godt reagere på, at vi går så tæt på dem. Derfor er det også vigtigt, at vi mærker efter, hvad den enkelte patient kan kapere, for målet er at skabe så trygge rammer som muligt og ikke det modsatte.

### Mere systematik

De to fagpersoner lægger ikke skjul på, at det har været en krævende proces at få udarbejdet den fælles guideline for to afsnit, som godt nok er dele af samme afdeling, men alligevel har forskellige kulturer og erfaringer.

- Vi mødtes flere gange for at komme frem til en tekst vi kunne bruge gennem PDSA-testen og særligt, om der skulle stå “kan”, “bør” eller “skal” i vejledningen omkring de forskellige temaer. Vi diskuterede også i hvor høj grad patienterne skal involveres i processen. Men det viste sig, at vi var meget hurtige til at få implementeret de nye arbejdsgange, da vi var blevet enige om det fælles grundlag, siger Randi Skousbøl.

- Ja. Og mange af medarbejderne sagde, at det ikke var så meget anderledes end det, vi altid har gjort. Det er også rigtigt, men forskellen er, at nu gør vi det systematisk og bevidst, og ikke så tilfældigt som tidligere, siger Kirsten Valdborg og tilføjer:

- Vi har fået et fælles grundlag at samarbejde på. Der er meget mere sammenhæng i indsatsen nu. Patienterne skal ikke til at fortælle deres historie én gang til, når de kommer ind til os. Det giver dem en mere tryk og rolig start, og vi får etableret en god relation fra starten af, som vi kan arbejde videre på, når vi skal tilrettelægge det målrettede forløb sammen med den enkelte patient.



*Randi Skousbøll og Kirsten Vandborg*

### *Inddrager pårørende*

I projektperioden har afsnittet også haft øget fokus på samarbejdet med de pårørende. Erfaringerne fra de interviews med pårørende, som var en del af opstarten til projektet skærpede personalets opmærksomhed på betydningen af at få inddraget de pårørende i behandlingsforløbet og gav konkrete ideer til metoder.

- Vi betragter de pårørende som en ressource, fordi de typisk kender patienterne og deres situation meget bedre, end vi gør. Ved at inddrage dem i forløbet får vi mulighed for at få et mere detaljeret billede af den enkelte patients liv og historie, som vi kan bruge i det miljøterapeutiske arbejde, siger Kirsten Vandborg. Samtidig er personalet også meget opmærksomme på, at de pårørende ofte er meget sårbare, fordi de er dybt påvirket af situationen.

- Her er det også vigtigt, at vi er meget empatiske og rummelige. De pårørende kan godt blive skræmte af vores direkte og ligefremme facon, så vi skal også være i stand til at se ind bagved og fornemme den sorgfulde proces, de er i. Og det stiller krav til personalets kommunikative evner at sikre en god og konstruktiv dialog under de betingelser, tilføjer Randi Skousbøll. Vi skal som personale være dem, der har overskud

og ressourcer til at være opsøgende og vedholdende omkring dette samarbejde.

Som en del af projektet har afsnittet udarbejdet en folder om pårørendesamarbejdet, som pårørende får udleveret hurtigst muligt. Den giver de pårørende informationer om afsnittet og det, der foregår under indlæggelsen. Hensigten er, at folderen skal være med til at afstemme de gensidige forventninger til behandlingsforløbet og lægge op til øget dialog og samarbejde mellem patient, pårørende og personale.

### *En god oplevelse*

Det har været en god oplevelse for afsnit E3 at være med i gennembrudsprojektet. Det har været spændende og udfordrende for dem at arbejde med metoden. De har haft stor glæde af læringsseminarerne og ikke mindst forandringskataloget, som har været et vigtigt fundament for projektet.

De lægger heller ikke skjul på, at det har været meget krævende at være med, fordi udviklingsarbejde tager tid og medfører prioritering i forhold til andre arbejdsopgaver. Selv om PDSA-metoden er meningsfuld og virker, kræver det mange ressourcer efterfølgende at gennemføre testene med den registrering og optælling, som

gør metoden valid. Samtidig er det også den systematiske dokumentation, som har været den helt afgørende drivkraft i processen. Uden den ville resultaterne ikke have været så gode. Det er de to teammedlemmer enige om.



*Randi Skousbøll og Kirsten Vandborg*



Nationalt kvalitetsprojekt  
– TVANG I PSYKIATRIEN

## Fakta om resultater

I projektperioden:

- faldt den samlede anvendelse af tvang med 50 %
- steg varigheden af tvangstilbageholdelser med 5 %
- faldt varigheden af tvangsmedicineringer med 83 %
- vurderede 86 % af patienterne, at tvangsbehandlingen foregik på en respektfuld måde
- blev der etableret samarbejde med 83 % af de pårørende
- var personalets vurdering, at afsnitets håndtering af tvang skete på et højt fagligt niveau og på en respektfuld måde med en score på 8.3 ud af 10 mulige ved projektets afslutning

## Fakta om afdelingen

E3 er et voksenpsykiatrisk afsnit med 12 enestuer med mulighed for aflåsning af yderdøre. Afsnittet er områdeopdelt og modtager patienter med alle diagnoser.

Det er normeret til 12 sygeplejersker, 5,5 sosu-assistenter, én ergoterapeut, én fysioterapeut (15 timer), én socialrådgiver (15 timer) og en halvtidssekretær plus en overlæge på halv tid og to reservelæger.

## Fakta om Team Herning

Teamet bestod af sygeplejerske Randi Skousbøll, ergoterapeut Kirsten Vandborg, reservelæge Nete Kran og udviklingskonsulent Kirsten Hansen.



# Vil du vide mere?

Organisationer repræsenteret i Styregruppen bag det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien 1. og 2. bølge

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Danske Regioner
- Sundhedsstyrelsen
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab
- Faglig sammenslutning af Psykiatriske Sygeplejersker
- Sundhedskartellet
- Landsforeningen SIND
- Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI
- Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP)
- Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

## Links

Institute for Healthcare Improvement: [www.ihl.org](http://www.ihl.org)

Danske Regioner: [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)

Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland: [www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk](http://www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk)

## Temahæfte

Yderligere eksemplarer af temahæftet "Mindre tvang - mere kvalitet. Erfaringer fra Det nationale kvalitetsprojekt om Tvang i psykiatrien 2004-2007" kan bestilles og downloades fra [www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk](http://www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk) og [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk).