



Seks kernestrategier til reduktion af fysiske tvangsforanstaltninger¹©

Note: Dette dokument indeholder følgende punkter: (1) et **Overblik** over de seks kernestrategier©; (2) et **planlægningsværktøj**; og (3) et **eksempel på en debriefing politik og procedure**.

Et overblik over seks kernestrategier til reduktion af fysiske tvangsforanstaltninger ©

(Revideret 11/20/06 af Kevin Ann Huckshorn)

Disse strategier er udviklet på baggrund af omfattende litteraturstudier (fås ved henvendelse til joan.gillece@nasmhpd.org) og dialoger med eksperter, som har haft succes med at begrænse anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger (FT) i en række forskellige psykiatriske behandlingstilbud til børn og voksne i USA og internationalt.

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager, NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

1. Ledelse med henblik på organisationsændringer

Denne første strategi anses for at være helt central for en reduktion af anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger ved hjælp af konsekvent og vedvarende inddragelse af den øverste ledelse (direktør, ledende sygeplejerske og afdelingsleder). Ledelsesstrategierne der skal implementeres, omfatter definition og formulering af en vision, værdier og filosofier, der indeholder en forventning om reduktion af FT, udvikling og implementering af en handleplan der er målrettet afdelingernes og afsnittenes præstationsforbedringer/kvalitetsforbedringer, og at folk skal holdes ansvarlige for overholdelse af planen. Denne intervention omfatter ophøjelse af tilsynet med hver eneste FT hændelse til den øverste ledelse, og omfatter daglig inddragelse af direktør eller afdelingsledere i alle FT hændelser (hele døgnet) for at undersøge årsagssammenhænge (forudgående begivenheder), gennemgå og revidere de dele af institutionens politikker og procedurer som kan være årsag til konflikter, overvåge og forbedre de ansattes udvikling og involverer både det administrative personale og plejepersonalet i dette vigtige arbejde. Den færdigudviklede handleplan skal være baseret på en forebyggende tilgang til sundhed og skal følge princippet om kontinuerlig kvalitetsudvikling. Anvendelse af et tværfagligt kvalitetsudviklingsteam eller en taskforce

¹ Fysiske tvangsforanstaltninger: Den oprindelige tekst var "Seclusion and Restraint" (isolation og anvendelsen af fysisk magt for at kontrollere en person der agerer på en voldsom/voldelig måde), dette er oversat til fysiske tvangsforanstaltninger (fastholdelse/tvangsfiksering). Det eneste sted i psykiatrien i Danmark det er tilladt at isolere er på Sikringen.



anbefales.

Dette er en obligatorisk kerneintervention.

2. Anvendelse af data til informationsbaseret praksis

Denne kernestrategi indikerer, at en vellykket reduktion i anvendelse af FT kræver indsamling og anvendelse af data fra institutionerne på afsnits-/afdelingsniveau. Strategien omfatter indsamling af data til identifikation af hospitalets/afdelingens/afsnittets baseline anvendelse af FT, en kontinuerlig indsamling af data om hospitalets FT anvendelser pr. afdeling/afsnit, vagt og individuelle ansatte involveret i hændelser, den involverede patients demografiske karakteristika, den aktuelle brug af tvangsmedicinering, opsporing af skader relateret til FT hændelser både for patienter og personale og andre faktorer. Hospitalet/afdelingen/afsnittet opfordres til at fastsætte forbedringsmål og overvåge og sammenligne brugen af FT og ændringerne over tid.

3. Personaleudvikling

Denne strategi foreslår skabelse af et pleje- og behandlingsmiljø, hvor politik, procedurer og praksis er baseret på viden om og principperne for recovery og er karakteriseret af *trauma informed* pleje- og behandlingssystemer². Formålet med denne strategi er at skabe et pleje- og behandlingsmiljø, som med mindst sandsynlighed vil indeholde tvang eller udløse konflikter, derfor er dette en grundlæggende, forebyggende kerneintervention. Denne strategi implementeres gennem intensiv og kontinuerlig oplæring og uddannelse af personalet og forskellige personaleudviklingsaktiviteter. Den omfatter uddannelse i anvendelse af FT, det rigtige tilbud om pleje og behandlingsaktiviteter, som giver de mennesker, vi hjælper, valgmuligheder og er udviklet til at undervise patienterne i egen håndtering af sygdom, symptomer og individuelle triggere, som fører til tab af kontrol. Denne strategi kræver individuelle, patientcentrerede behandlings- og plejeaktiviteter, hvor patienten er involveret i hele planlægningen. Strategien omfatter også konstant kommunikation, vejledning givet af mentorer, supervision og opfølgning for at sikre, at personalet både opnår viden og de nødvendige færdigheder i forhold til reduktion af FT. Dette kan ske gennem kurser om forekomsten af vold i den del af befolkningen, man møder i de psykiatriske behandlingstilbud, traumatiske livserfaringers påvirkning af udviklingsmæssig læring og den efterfølgende følelsesmæssige udvikling, recovery begrebet, modstandskraft og sundhed generelt. Arbejdet foregår gennem personaleudviklingskurser, nye spørgsmål ved jobsamtaler, jobbeskrivelser, evaluering af præstationer, ny personalehåndbog og lignende aktiviteter.

² "Trauma informed care" betyder, at der blandt de professionelle er en grundlæggende forståelse for, hvordan tidligere traumer påvirker livet for de mennesker, der arbejdes med, således at behandlingen og plejen er støttende med henblik på dels at undgå re-traumatisering, dels at lette personens recovery. Se f.eks.: <http://www.samhsa.gov/ntic/trauma.asp>.

4. Anvendelse af FT forebyggelsesværktøjer

Denne strategi reducerer anvendelsen af FT gennem anvendelse af forskellige værktøjer og evalueringer, som er en integreret del af hospitalets politik og procedurer og den enkelte patients plan for recovery (pleje-/behandlingsplan). Denne strategi bygger i høj grad på et princip om individuel pleje og behandling. Den omfatter anvendelse af evalueringsværktøjer til identifikation af risikoen for vold og FT historik, anvendelse af generel traumevurdering, værktøjer til identificering af personer med en høj risiko for tilskadekomst og død, anvendelse af deeskalations- eller sikkerhedsplaner³, anvendelse af en mennesket-først, ikke-diskriminerende sprog i tale og skriftlige dokumenter, miljøændringer i form af komfort (bekvemmelige/hygge) og sensoriske rum, sansemodulerende interventioner og andre meningsfulde pleje- og behandlingsaktiviteter designet til at lære patienter følelsesmæssige selvreguleringsfærdigheder.

5. Brugerens rolle i psykiatriske afsnit/afdelinger

Denne strategi omfatter fuldstændig og formel inddragelse af patienter, børn, familier og eksterne hjælpere med forskellige roller og på alle organisationsniveauer, som kan være med til at reducere FT. Den inddrager psykiatribrugere og hjælpere i opsyn med hændelser, overvågning, debriefing samtaler og patientstøtteordninger, og disse personer spiller en vigtig rolle i institutionens nøgleudvalg. Den omfatter også ophøjelse af supervisionen af dette personale og frivillige til de ledende medarbejdere, som anerkender de iboende vanskeligheder i disse roller og er parat til at støtte, beskytte, mægle og fremme inddragelsen af dette særlige personale og de frivillige. Lovgivningen på området (ADA i USA) er vigtig i forhold til jobbeskrivelser, forventninger, arbejdstid og muligheden for at kommunikere disse vigtige rollers legitimitet, formål og funktion, til personalet⁴.

6. Debriefing teknikker

Denne kernestrategi betragter udførelse af en omfattende analyse af hver eneste FT hændelse som et nyttigt værktøj. Den bygger på det faktum, at reduktion af anvendelse af FT sker gennem opsamling af viden fra grundige analyser af FT hændelser og anvendelse af denne viden som grundlag for politikker, procedurer og praksisser, som kan forebygge gentagelser i fremtiden. Et sekundært mål med denne intervention er et forsøg på, så vidt muligt, at mindske de negative og potentielt traumatiserende virkninger af en FT hændelse for både det involverede personale, patienter og alle andre vidner til hændelsen. Der anbefales to debriefing aktiviteter - en øjeblikkelig, akut analyse efter hændelsen og en mere formel problemanalyse sammen med pleje- og behandlingsteamet. Det anbefales at anvende samme systematik som ved kerne årsag analyser (se den vedlagte debriefing politik og procedureskabelon). For hospitaler, som behandler børn og jævnligt bruger fastholdelse, vil

³ En sikkerhedsplan er en plan der kan indeholde en beskrivelse af patientens triggere, advarselssignaler, præferencer, copingstrategier, handleplaner for deeskalering, etc.

⁴ Oversætteren har intet kendskab til specifik lovgivning i Danmark om disse forhold.



brugen af fuldstændige debriefing procedurer ved hver eneste hændelse nok ikke være mulig. Disse hospitaler skal skelne mellem deres forskellige anvendelser af fastholdelse og undersøge om der forekommer flere fastholdelser af de samme børn, og om de samme ansatte er involverede i hændelserne, for at se om der er behov for oplæring og for at undersøge de fastholdelser, der varer længere end normalt.

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*



Seks kernestrategier til reduktion af fysiske tvangsforanstaltninger©

Planlægningsværktøj

(Kevin Ann Huckshorn, revideret 2008)

Formål: Planlægningsværktøjet er udviklet til brug som skabelon eller tjekliste til at guide udviklingen af en handleplan for reduktion af fysiske tvangsforanstaltninger (FT), der bygger på en forebyggende tilgang og inddrager de seks kernestrategier til reduktion af FT©, som beskrevet i NASMHPD oversigten og bygger desuden på princippet om kontinuerlige kvalitetsforbedringer. Planlægningsværktøjet kan også bruges som værktøj til overvågning af implementeringen af en reduktionsplan og kan identificere problemer, spørgsmål, barrierer og succeser. Fungerer bedst som procesvejledning til et udpeget kvalitetsudviklingsteam eller en taskforce.

Note: Anvendelsen af ordet *bruger* i dette dokument omfatter voksne, børn og familier.

FT planskabelon eller udkast til overvågningsværktøj

(Det enkelte værktøj bør demonstreres ved hjælp af dokumentation, ledelsesaktiviteter, personaleinterviews, gennemgang af politikker eller på andre relevante måder).

Strategi et: Ledelse med henblik på organisationsændringer

MÅL NUMMER ET: At reducere brugen af FT gennem definition og formulering af en mission, en behandlings-/plejefilosofi, vejlede beskrivelsen af værdier og at sikre udvikling af en FT reduktionsplan og implementering af planen. Vejledning, retning, deltagelse og løbende vurdering foretaget af den øverste ledelse fremgår klart gennem hele FT reduktionsprojektet.

1. Har afdelingen revurderet/revideret dens opgaveformulering, filosofi og kerneværdier for at sikre sammenhæng med FT reduktionsinitiativet? For eksempel henvisning til FT reduktion i sammenhæng med recovery principperne, opbygning af et traumeinformeret pleje- og behandlingssystem, skabelse af miljøer uden vold og tvangsforanstaltninger, skabelse af sikre miljøer til personale og brugere og at gøre en tilbagevenden til samfundet mulig. Dette trin skal indeholde en øvelse i organisationsmæssige værdier, hvor værdierklæringer sammenholdes med den aktuelle kliniske og administrative praksis for at sikre kongruens.
2. Har hospitalet udviklet sin egen erklæring om FT politik, som indeholder vejledende tanker om anvendelsen og er i overensstemmelse med mission, vision, værdier og recovery principperne? På baggrund af dette bør erklæringen indeholde erklæringer

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*



som: FT er ikke behandling, men en sikkerhedsforanstaltning og en sidste udvej, FT er tegn på en forkert pleje- og behandlingsstrategi, afdelingens indsats angående reduktion/eliminering etc. Der findes eksempler på beskrevne politikker, der kan rekvireres (i USA).

3. Har hospitalets ledelse udviklet en individuel, hospitalsbaseret FT reduktionsplan baseret på en præstationsforbedrende og forebyggende tilgang som overordnet paraply, herunder udpegning af et FT reduktions- eller præstationsforbedrende team, udarbejdelse af mål, målsætninger og trinvis handlinger uddelegeret til ansvarlige enkeltpersoner og med aftalte tidsfrister, og er der konsekvente vurderinger og revisioner med deltagelse af den øverste ledelse?
4. Har ledelsen gennemgået og analyseret deres FT relaterede data for at finde betydningsfulde oplysninger om hændelserne, såsom tid på dagen, sted og konfliktårsager? Har ledelsen fastsat databaserede mål for hospitalet for reduktion af FT? Dette mål er ledelsens forpligtelse til og hensigt om at bruge og overvåge data fra virkeligheden i reduktionsbestræbelserne.
5. Har ledelsen forpligtet sig til at skabe et samarbejdende, ikke-straffende miljø, til at identificere og bearbejde problemer ved at kommunikere deres forventninger til personalet og konsekvent at opretholde bestræbelserne? Dette trin kan indeholde en erklæring om, at selvom enkelte personalemedlemmer kan have haft de bedste hensigter, kan det senere blive afgjort, at der kunne være foretaget andre indgreb eller være brugt andre metoder. Kun hvis personalet stoler på ledelsen, vil de tale frit om de omstændigheder, der førte til en FT hændelse, sådan at hændelsen kan analyseres omhyggeligt, og der kan opstå læring. Men reglerne om overgreb og forsømmelse er klare, og den førnævnte erklæring gør ikke ansvaret for denne type præstationsproblemer mindre.
6. Er hele personalet bevidst om direktørens rolle som leder af FT reduktionsinitiativet? Dette vil omfatte inddragelse af det højeste ledelsesniveau for at motivere personalet, herunder forståelse og engagement hos de lægefaglige- og sygeplejefaglige vicedirektører. En "kickoff" begivenhed til igangsættelse af dette initiativ anbefales - eller en fest, hvis afdelingen allerede er i gang med reduktionsinitiativer. Dette trin kræver aktive, regelmæssige og synlige direktør-aktiviteter, herunder inddragelse af statusrapporter ved alle ledelsesmøder.
7. Har ledelsen evalueret virkningen af den begrænsede brug af FT på hele miljøet? Dette omfatter problemer i form af mere ødelagt inventar, mere tid brugt på de- eskaleringsforsøg, ekstra spørgsmål ved indlæggelse, debriefing aktiviteter og dokumentation af hændelsen etc.
8. Har ledelsen etableret et personaleanerkendelsesprojekt til belønning af enkelte personalemedlemmer, afdelinger og FT 'mestre' for deres igangværende arbejde?

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*



9. Uddelegerer den ledelsesgodkendte FT reduktionsplan opgaver og stiller folk til ansvar ved hjælp af regelmæssige rapporter og vurderinger?
10. Har ledelsen taget sig af problemer med arbejdskultur, behov for uddannelse og holdninger? Ledelsen vil sørge for uddannelse af personalet og udvikling af viden, færdigheder og evner, herunder valg af et uddannelsesprogram for FT anvendelsesteknikker der formodentlig inddrager HR-afdelingen.
11. Har ledelsen gennemgået hospitalets plan for kliniske pleje- og behandlingsaktiviteter for at sikre, at der tilbydes aktive, daglige, personcentrerede, effektive pleje- og behandlingsaktiviteter til alle psykiatribrugere, at disse tilbud findes et andet sted end bo-enhederne (om muligt), og at deltagerne har personlige valgmuligheder angående deltagelse i aktiviteter. De kriterier der, som minimum, skal være opfyldt i denne forbindelse er sikring af at modtagere af pleje- og behandlingstilbudene ikke tilbringer hele dagen i lukkede områder uden effektiv psykosocial eller psykiatrisk rehabilitering med det formål at undervise i livs-, lærings- rekreative og arbejdsrelaterede færdigheder.
12. Har ledelsen sikret ansvar for opsyn ved at holde øje med og forbedre synligheden for alle hændelser 24 timer i døgnet alle ugens 7 dage ved at uddelegere særlige pligter og ansvarsområder til personale på flere forskellige niveauer, herunder ledere på tilkaldevagt, oversygeplejersken på stedet, plejepersonale, talspersoner/brugere?

Note “Skabelse af ansvar for opsyn med hændelser” indeholder følgende funktioner:

A. Rollen som leder på tilkaldevagt (medlem af ledelsesteamet)

1. Døgntilkaldevagt til supervision og analyse af hændelser
2. Brug viden indsamlet ved analyser af hændelser til identifikation af organisationsproblemer og potentielle løsninger, sørg for opfølgning i rette tid
3. Hav et fast FT punkt på dagsordenen ved møder på alle niveauer
4. Sørg for at data indsamles, bruges og deles
5. Sørg for tilsyn med personalet og anerkendelse af præstationer

B. Supervisorens rolle på stedet

1. Respons 24 timer i døgnet på stedet, supervision og deltagelse ved alle hændelser og næsten-hændelser, når det er muligt (for at se hvad der virkede og hvorfor)
2. Spiller en ledende rolle ved en FT hændelse ved at debriefe berørt personale, psykiatribrugeren, alle vidner til hændelsen, afdækning af tidslinjen for hændelsen, gennemgang af dokumentation og aflæggelse af rapport (mundtligt eller skriftligt) til den pågældende supervisor eller administrator

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*



C. Plejepersonale (direkte pleje)

1. Forstår og er i stand til at beskrive den organisatoriske tilgang til reduktion af FT
2. Skal introduceres til projektet og filosofien gennem:
 - Ny jobansøgning og samtale
 - Ny personaleorientering
 - Jobbeskrivelse
 - Kompetencevurdering
 - Opfylde præstationskriterier ved evalueringer
 - Udvide en positiv holdning til projektet

D. Brugerens rolle:

1. Bruger ansatte, internt personale med brugererfaring eller eksterne brugerkonsulenter som interviewere til at indsamle data, undersøge og bidrage med et kritisk perspektiv
2. Repræsenteret i alle FT relaterede udvalg og arbejdsgrupper

Strategi to: Anvendelse af data til informationsbaseret praksis

MÅL NUMMER TO: At reducere anvendelsen af FT ved brug af data på en empirisk, ikke-straffende måde. Omfatter anvendelse af data til analyse af hospitalets anvendelse pr. afdeling/afsnit, vagt og personalemedlem, identificering af en fælles baseline, fastsættelse af forbedringsmål og sammenlignende overvågning af anvendelsen over tid på alle pleje- og behandlingsområder, enheder og hospitaler.

1. Har hospitalet indsamlet og grafisk fremstillet grundlæggende data om FT hændelser der, som minimum, omfatter hændelser, tidspunkter, brug af tvangsmedicinering (og akut beroligende middel) og tilskadekomst.
2. Har hospitalet fastsat mål og kommunikeret disse ud til personalet og fastsat realistiske frister for dataforbedring. Har hospitalet skabt en ikke-straffende, sund konkurrence mellem afdelinger eller sammenlignelige hospitaler ved at offentliggøre data om generelle behandlingsområder og gennem aftaler med eksterne institutioner?
3. Har hospitalet valgt, standard, kerne og supplerende måleredskaber, herunder fysiske tvangshændelser og tidspunkter pr. vagt, dag, afdeling/afsnit, brug af tvangsmedicinering, antal tilskadekomne brugere og personale, tvangstype, brugeres inddragelse i debrifeing aktiviteter efter hændelsen, klager, brugerdemografi, herunder køn, race, diagnose og andre faktorer efter ønske?

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*



4. Har ledelsen adgang til data om individuelle personalemedlemmers involvering i FT hændelser, er disse oplysninger fortrolige, og bruges de til at identificere individuelle personalemedlemmers uddannelsesbehov (Kun til supervisorer)?
5. Er hospitalet i stand til at observere og registrere "næsten hændelser" og processerne ved de vellykkede afværgeforanstaltninger, som kan medvirke til ledelsens og personalets læring om bedste praksis til reduktion af FT anvendelse?

Strategi tre: Personaleudvikling

MÅL NUMMER TRE: At skabe et behandlingsmiljø, hvor politik, procedurer og praksis bygger på og styres af en dybtgående forståelse for de neurologiske, biologiske, psykologiske og sociale virkninger af traumer og vold mod mennesker, og forekomsten af disse oplevelser blandt personer, som modtager psykiatrisk behandling og personalets erfaringer. Dette omfatter en forståelse af kendetegn og principper for traumeinformerede pleje- og behandlingssystemer. Det omfatter også principperne for recovery-orienterede pleje- og behandlingssystemer, såsom patientcentreret pleje og behandling, valgmuligheder, respekt, værdighed, partnerskaber, selvbestemmelse og fuld inklusion. Denne intervention er udviklet for at skabe et behandlingsmiljø, som med mindst sandsynlighed vil indeholde tvang eller udløse konflikter. Den implementeres primært gennem oplæring og uddannelse af personalet og aktiviteter med HR-afdelingen og omfatter oplæring i sikker anvendelse af FT, valg af pleje og behandling og inddragelse af tekniske og holdningsmæssige kompetencer i jobbeskrivelser og evaluering af præstationer. Det omfatter også tilbud om effektiv og patientcentreret psykosocial eller psykiatrisk rehabilitering, som fx daglige behandlingsaktiviteter i form af undervisning i livskompetencer (life skills).

1. Har afdelingen for personaleudvikling præsenteret personalet for recovery/resiliens og teorier og tanker om præstationsforbedringer?
2. Har hospitalet revideret organisationens mission, filosofi, politikker og procedurer for at inddrage ovennævnte teorier og principper?
3. Har hospitalet udpeget et udvalg og en leder til at tage sig af punktet personaleudvikling og styre denne organisationsmæssige ændring (omfatter HR)?
4. Har hospitalet sørget for uddannelse/oplæring af personale på alle niveauer i teorier og tilgange herunder:
 - a. Erfaringer hos patienter og personale
 - b. Almindelige antagelser og myter
 - c. Traumeinformeret pleje og behandling
 - d. Neurobiologiske virkninger af traumer

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*

- e. Det offentlige sundhedssystems forebyggelsesmodel
 - f. Præstationsforbedrende principper
 - g. Kernestrategier til reduktion af FT efter behov
 - h. Risiko for vold
 - i. Medicinske/fysiske risikofaktorer for skade eller død
 - j. Brug af værktøj til sikkerhedsplanlægning eller forebyggende regler
 - k. Kernekompetencer til opbygning af terapeutiske og interpersonelle relationer
 - l. Sikre procedurer ved tvangsanvendelse, herunder vedvarende ansigt-til-ansigt/en-til-en overvågning når en person er fastspændt
 - m. Ikke-konfronterende grænsesætning
5. Har hospitalet opfordret personalet til at undersøge afdelingens "regler" med henblik på at analysere disses logik og nødvendighed? De fleste behandlingssteder med indlagte patienter har historiske regler, som er vaner eller adfærdsmønstre, som ikke passer til et recovery fremmende behandlingsmiljø uden tvang, for eksempel at fastspænde selvskadende personer, som ikke påfører sig selv livsfarlige skader eller at fastspænde forstyrrende personer.
6. Har hospitalet sørget for personalets medbestemmelse? Kommer personalet for eksempel med forslag til regler og bestemmelser? Giver hospitalet personalet lov til at suspendere "regler", indenfor fastsatte grænser, for at undgå hændelser?
7. Giver hospitalet personalet medbestemmelse (fx egen arbejdsplanlægning, fleksible arbejdsplaner og skift mellem opgaver)?
8. Er hospitalets udgangspunkt, at hele personalet på alle niveauer er ansvarlige, kvalificerede voksne, dog måske traumatiserede, og er denne værdi kommunikeret til alle? Hvordan?
9. Har hospitalet inddraget HR i arbejdet med planlægning og implementering for at inkludere udvikling og anvendelse af viden, færdigheder og evner, som anses for at være afgørende i jobbeskrivelser og kompetencer for hele personalet på alle organisationsniveauer? Omfatter dette både kompetence i teknisk forstand og holdningsmæssige kompetencer og hvordan vises dette?

Strategi fire: Anvendelse af FT reduktionsværktøjer

MÅL NUMMER FIRE: At begrænse anvendelsen af FT gennem anvendelse af forskellige værktøjer og evalueringer, som er en integreret del af den enkelte patients hospitalsophold. Omfatter anvendelse af vurderingsværktøjer til identifikation af risikofaktorer for vold samt isolations- og tvangshistorie, anvendelse af traumevurdering, værktøjer til identifikation af personer med risikofaktorer for død og tilskadekomst, anvendelse af deeskalering eller

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*



sikkerhedsundersøgelser og kontrakter, beroligende miljøændringer og sensoriske rum og andre meningsfulde kliniske interventioner, som hjælper folk med følelsesmæssig selvregulering.

1. Har hospitalet implementeret vurderingsværktøjer til identifikation af risikofaktorer for aggression og voldshændelser med indlagte patienter? Forskning viser, at den bedste indikator er tidligere voldsepisoder i afdelinger for indlagte patienter og tidligere medvirken til anvendelse af FT (der findes eksempler på værktøjer).
2. Har hospitalet implementeret værktøjer til vurdering af de mest almindelige risikofaktorer for død eller alvorlige skader forårsaget af tvangsanvendelse? Dette omfatter overvægt, åndedrætsproblemhistorik, herunder astma, nylig indtagelse af mad, bestemte medicintyper, kombinationer af flere medicintyper, hjerteproblemhistorik, akut stress eller PTSD-historik.
3. Har hospitalet implementeret anvendelse af vurdering af traumehistorik, som identificerer personer med risiko for re-traumatisering med henblik på tegn og symptomer relateret til følgerne af ubehandlede traumer (der findes eksempler på værktøjer).
4. Har hospitalet implementeret et de-eskaleringsværktøj eller sikkerhedsplanlægningsvurderinger, som omfatter identifikation af individuelle triggere og individuelle, selvvalgte selvregulerende interventioner (der findes eksempler på værktøjer)?
5. Har hospitalet:
 - a. Implementeret kommunikationsteknikker/konfliktmæglingsprocedurer?
 - b. Reduceret miljøbetingede tegn på åben/skjult tvang?
 - c. Skabt et plejeændrende miljø (brug af beroligende og sensoriske rum)?
6. Anvender hospitalet en adfærdsskala til aggressionskontrol, som hjælper personalet med at skelne mellem oprevet, forstyrrende, destruktiv, farlig og livstruende adfærd, og som begrænser unødvendig brug af tvang?
7. Har hospitalet nedskrevne politikker og procedurer for anvendelse af ovennævnte interventioner og er dette udbredt til hele personalet?
8. Har hospitalet sørget for, at de enkelte sikkerhedsplaner eller information om de-eskalering er let tilgængeligt ved kriser og er integreret i pleje- og behandlingsplanerne?
9. Har hospitalet sørget for ekspertbistand i rette tid og med tilstrækkeligt uddannet personale eller konsulenter til hjælp med udvikling af individuelle

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*



traumeinformerede, generelt støttende og adfærdsstøttende interventioner for psykiatribrugere, som udviser en vedvarende udfordrende adfærd?

Strategi fem: Brugerens rolle i psykiatriske afsnit/afdelinger

MÅL NUMMER FEM: For at sikre en fuldstændig og formel inklusion af brugere eller mennesker med patienterfaringer i en række forskellige roller i organisationen for at hjælpe med reduktion af FT.

1. Har hospitalet integreret valgmuligheder for brugeren, hver gang det er muligt? Ved behandlingsprogrammer for børn fokuseres der også på familiens valgmuligheder.
2. Har hospitalet brugt ledige fuldtidsstillinger til at skabe hel- eller deltidsjobs til større teenager/voksne psykiatribrugere såsom:
 - a. Leder af patientstøtteordning
 - b. Specialister med brugererfaring
 - c. Leder af drop-in center
 - d. Brugerfællesskab
3. Har hospitalet uddannet personalet angående vigtigheden af og behovet for at inddrage brugerne i funktioner på alle niveauer, både gennem respektfuld inklusion i relevante driftsbeslutninger og til at skabe opmærksomhed omkring udbuddet af valgmuligheder.
4. Har hospitalet inddraget brugerrepræsentanter i nøgleudvalg og arbejdsgrupper i hele organisationen?
5. Har hospitalet sørget for at brugerne er i stand til at udføre deres hospitalsrelaterede jobs og for at støtte dette arbejde (nye roller til brugerne) på højeste niveau ved at etablere passende supervisionssystemer?
6. Har hospitalet igangsat undersøgelser af brugertilfredshed, diskuteret resultaterne med personalet og brugt resultaterne som rettesnor for ændringer af serviceudbuddet? Ved behandlingstilbud for børn skal tilfredshedsundersøgelserne også tilpasses familierne.
7. Har hospitalet inviteret eksterne støttepersoner til at komme med forslag og blive inddraget i aktiviteterne?

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*

Strategi seks: Debriefing teknikker

MÅL NUMMER SEKS: Reduktion af brugen af FT gennem opsamling af viden fra grundige analyser af FT hændelser og anvendelse af denne viden som grundlag for politikker, procedurer og praksisser, som kan forebygge gentagelser i fremtiden. Et sekundært mål med denne intervention er et forsøg på, så vidt muligt, at mindske de negative og potentielt traumatiserende virkninger af en FT hændelse for både det involverede personale, brugere og alle vidner til hændelsen.

Det er afgørende, at ledende klinisk og lægeligt personale, herunder den lægelige og den sygeplejefaglige direktør, deltager i disse hændelser.

1. Har hospitalet revideret politikker og procedurer, så de indeholder to debriefing aktiviteter for hver hændelse på følgende måde:
 - a. En øjeblikkelig "post-hændelse" debriefing, der sker på stedet efter hver hændelse og ledes af en overordnet, intern supervisor, som straks reagerer i denne afdeling eller dette område? Målene med denne post-akutte debriefing efter hændelsen er, at sørge for at alle er i sikkerhed, at der er tilstrækkelig dokumentation til brug for senere analyser, at kort udspørge involveret personale, brugere og vidner til hændelsen for at indsamle information, at få miljøet tilbage til tilstanden før hændelsen, at identificere potentielle behov for revidering af politikker og procedurer og at sikre, at den fikserede bruger er i sikkerhed og overvåges tilstrækkeligt. Hvis hospitalet har implementeret "vidneudsagn" (se mål et) kan stedets supervisor telefonisk viderebringe informationen fra denne post-akutte debriefing til den eksterne ledelsesrepræsentant på telefonvagt eller rapportere til administrationen, hvis det sker på en almindelig hverdag.
 - b. Ved en formel debriefing, som omfatter en grundig analyse og finder sted en eller flere dage efter hændelsen, deltager det involverede personale, behandlingsteamet, den tilstedeværende læge og en repræsentant fra administrationen. Det anbefales, at denne formelle debriefing følger trinene i en kerneårsagsanalyse eller en lignende grundig problemløsningsprocedure til at finde ud af, hvad der gik galt, hvilken viden der manglede eller ikke blev brugt, hvad der kunne være gjort anderledes og hvordan dette undgås i fremtiden. Det anbefales også, at kerneårsagsanalyser bruges i situationer, hvor der er tilskadekomne individer, hvor FT er blevet brugt mere end to gange om måneden og til enhver tid, hvis FT hændelser varer mere end otte timer.
 - c. Har hospitalet sikret inddragelse af brugeren i alle debriefing aktiviteter enten personligt eller gennem stedfortræder? Det er meget vigtigt at inddrage brugerens oplevelse eller stemme i denne aktivitet, og hvis brugeren ikke kan eller vil deltage, anbefales det, at en anden bruger eller en ansat optræder som denne persons talerør ved mødet. Det anbefales også, at brugeren eller den ansatte, der fungerer som talerør også involveres, og at mødelederen er



velbevandret i objektiv problemløsning og ikke har været involveret i den udløsende faktor.

2. Specificere debriefing politikker og procedurer (se eksempel på FT debriefing bagerst):
 - a. Mål med debriefing
 - b. Hvem er tilstede
 - c. Ansvar/roller
 - d. Proces
 - e. Dokumentation
 - f. Opfølgning
3. Har hospitalet implementeret debriefing politikker og procedurer, som adresserer personalets reaktion på hændelsen, brugernes reaktion og problemer og "observatørernes" reaktioner og problemer?
4. Har hospitalet sørget for uddannelse i hvordan debriefing vil påvirke pleje- og behandlingsplanlægningen?
5. Har hospitalet forsøgt at hjælpe personalemedlemmerne med deres individuelle reaktion på FT hændelser, herunder brugen af EAP (Employee Assistance Program)⁵ eller andre støtteforanstaltninger?

⁵ Der er her tale om hjælp til det enkelte personale medlem, eksempelvis kontakt til Falck Healthcares psykologiske rådgivning.



Seks kernestrategier til reduktion af fysiske tvangsforanstaltninger©

Eksempel: Politik og procedure om debriefing efter fysiske tvangsforanstaltninger

(Kevin Ann Huckshorn, revideret 2008)

Politik: Anvendelse af FT er interventioner med høj risiko, potentielt problematiske interventioner for både brugere og personale og bør så vidt muligt undgås. FT skal kun bruges når der er umiddelbar fare, og når det ikke kan undgås. Anvendelse af FT kan give traumer og re-traumatisering af en allerede sårbar gruppe mennesker, og kan også give personalet traumer, stress og personskader. Forebyggelse af anvendelsen af FT er det organisatoriske mål, og dette omfatter obligatorisk anvendelse af debriefing procedurer, når der forekommer en FT hændelse.

Debriefing procedurer i forbindelse med denne politik defineres som tre adskilte hændelser. Den første kaldes en "øjeblikkelig post-akut analyse af hændelsen" og sker umiddelbart efter FT episoden og med alle involverede parter herunder vidner til hændelsen. Den anden debriefing aktivitet kaldes også "vidneudsagn" eller "det store overblik" og omfatter et telefonopkald fra den ansvarlige for afdelingen, hvor hændelsen fandt sted, til et medlem af den øverste ledelse for at fortælle hvad der er sket - hele døgnet og alle ugens dage. Den tredje debriefing aktivitet er en formel, grundig analyse af hændelsen, som finder sted 24 til 48 arbejdstimer efter FT hændelsen og omfatter deltagelse af nøglemedarbejdere, administrative- og servicemedarbejdere, samt deltagelse af den involverede patient eller hans/hendes udpegede repræsentant.

Det skal bemærkes, at med Medicare og Medicaid forsikring og jf. "the Final Rule on Patient's Rights" af januar 2007 er fysisk fastholdelse nu defineret som en tvangsforanstaltning⁶. Fysisk eller manuel fastholdelse anvendes mest (men ikke kun) i afdelinger for børn og unge. Disse fastholdelser kan være meget kortvarige, ofte under 5 minutter. For de afdelinger som nu skal medregne de korte fastholdelser som tvang, anbefales det, af overordnet personale afgør, hvornår fastholdelserne når et niveau, som kræver igangsættelse af de her beskrevne aktiviteter. I nogle afdelinger kan det være korte fastholdelser af børn i over fem minutter, alle fastholdelser som har forstyrret afdelingen, mere end tre fastholdelser af det samme barn på en uge eller alle fastholdelser som fysisk har skadet personale eller patient. Hver afdeling vil skulle vurdere og fastsætte deres grænser efter en grundig undersøgelse.

⁶ Det samme gør sig gældende efter dansk lovgivning.



ØJEBLIKkelig POST-AKUT HÆNDELSESANALYSE

Procedure:

1. Når FT hændelseskoden indtelefoneres, vil den kliniske leder eller administrator udpegede straks reagere på stedet. Den responderende skal være en objektiv klinisk mellemlider eller ledende medarbejder med uddannelse i FT politik og procedurer og må ikke være involveret i den pågældende FT hændelse.
2. Når personen når frem til afdelingen eller stedet, skal den kliniske leder straks undersøge omgivelserne og sikre sig, at alle personer er i sikkerhed og at processerne er i orden. Medmindre der er tale om en nødsituation, som kræver direkte indgriben, er den kliniske leders rolle at dokumentere, hvad der er sket, hvem der var involveret, hvad der førte til hændelsen, forsøg med mindst restriktive alternativer og resultaterne, den specifikke farlige adfærd, som gjorde anvendelse af FT nødvendig og personalets reaktion. Desuden vil den fysiske og emotionelle sikkerhed for patienten og andre patienter der var vidner til hændelsen, blive vurderet og behandlet.
3. Den kliniske leder på stedet vil dokumentere sine resultater og rapportere dem videre til lederen på telefonvagt (eller den der skal rapporteres til). Den kliniske leder på stedet skal hjælpe afdelingens personale med at få miljøet bragt tilbage til tilstanden før krisen, og skal sikre at al den nødvendige dokumentation er indsamlet korrekt.
4. Hvis det er muligt, deltager den kliniske leder i den formelle debriefing. Hvis det ikke er muligt, skal den kliniske leder på stedet (afdelingssygeplejerske eller en anden person) kommunikere hvad der er sket, enten gennem skriftlig dokumentation, vagtrapport eller telefonisk ved deltagelse i den formelle debriefing. Pointen her er, at den post-akutte information om hændelsen gives videre til den formelle debriefing aktivitet, sådan at al information kommunikeres videre og deles med hele teamet.
5. Ved afdelinger uden en tilstedeværende leder, skal den ansvarlige sygeplejerske tage ansvaret for disse aktiviteter. Det er altid bedst hvis flere personalemedlemmer reagerer ved disse hændelser, men hvis det ikke er muligt, skal den øverst rangerende kliniske medarbejder gøre det.

VIDNEUDSAGN ELLER DET STORE OVERBLIK

Procedure:

1. Ved denne procedure forventes det at øverste kliniske personalemedlem med ansvar for patientpleje, kommunikere information om en tvangshændelse til en udpeget ledende medarbejder 24 timer i døgnet, alle ugens 7 dage (straks). Denne procedure forudsætter, at ledelsen allerede har etableret en telefonvagt-ordning til modtagelse af informationerne.

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*

2. Den ledende medarbejder på stedet, som bedst er i stand til at rapportere nøgleinformation til lederen på telefonvagt, forventes at foretage opringning og videregive den nødvendige information. Den kommunikerede information er afgørende og kan omfatte, men behøver ikke at være begrænset til:
 - a. En beskrivelse af hændelsen (hvad der skete)
 - b. Hvad var resultatet (fiksering, tvangsmedicinering, tilskadekomne personalemedlemmer eller patienter)?
 - c. Hvem var involveret i hændelserne, som førte til tvang eller andre ufrivillige procedurer?
 - d. Hvad førte til hændelsen (patienthistorik, tidligere hændelser, adfærd lige før hændelsen)?
 - e. Var der nogen advarsel eller adfærdsændring lige før hændelsen, og hvad gjorde personalet?
 - f. Vidste vi at denne patient udgjorde en høj risiko for vold? Hvis ja, hvad er der gjort for at forebygge denne hændelse?
 - g. Hvad var årsagen til konflikten, hvis der var nogen?
 - h. Hvad gjorde personalet?
 - i. Da den eskalerende adfærd blev bemærket, blev der så forsøgt med andre interventioner, hvis ja, hvad var reaktionen?
 - j. Havde patienten en relation med et personalemedlem på tidspunktet for hændelsen og prøvede denne at intervenere?
 - k. Blev patienten tilbudt alternativer, og hvordan var reaktionen?
 - l. Havde patienten udviklet en sikkerhedsplan, og blev den brugt?
 - m. Hvilke personalemedlemmer var direkte involverede, og er de OK?
 - n. Er patienten i sikkerhed og hvor er han/hun nu?
 - o. Hvad har personalet gjort for at forhindre en gentagelse?
 - p. Hvad siger patienten på nuværende tidspunkt, hvis han/hun siger noget?
 - q. Blev "observatører" til hændelsen debriefet, og hvordan har de det?
 - r. Blev personale involveret i hændelsen debriefet, og hvordan har de det?
 - s. Er der noget, du lige nu vil tilføje angående hvordan hændelsen kunne være undgået?
 - t. Kan du deltage personligt eller telefonisk i den formelle debriefing af hændelsen og hvis ikke, hvordan kan vi få informationen ud til det team, som skal debriefe denne hændelse?
 - u. Kan der gøres noget for at forhindre, at det sker igen?
3. Lederen på telefonvagt, forventes at besvare opkaldet eller at ringe tilbage så hurtigt som muligt. Det anbefales at personalemedlemmet på telefonvagt tager uformelle noter angående, hvad der er sket, samt noter om behovet for opfølgning næste dag. Disse indtelefonerede hændelser skal diskuteres med andre ledende kliniske medarbejdere den næstkommende arbejdsdag og alle spørgsmål om opfølgning gives videre til den relevante person.
4. Generelt har denne procedure tre formål. Først og fremmest skal den hurtigt gøre



ledelsestemaet bekendt med, hvad der foregår på afdelingerne og orientere de ledende medarbejdere om det direkte plejepersonales arbejdsforhold. For det andet er denne procedure et forsøg på at gøre det direkte plejepersonale bevidst om at ledelsen også påvirkes af hændelserne, støtter og er tilgængelig. For det tredje er denne aktivitet skabt til at gøre ledere med formel magt opmærksomme på politik, procedurer og driftsmæssige problemer, som kan skabe konflikter i afdelingerne, men også som hjælp til indsamling af information, som bør inddrages i personaleuddannelsesaktiviteter.

5. Det er afgørende, medmindre der forekommer groft uforsvarlig opførsel ved en hændelse, at der ikke er bebrejdelser og at den overordnede respons er ikke straffende.
6. Til sidst anbefales det, at de ledende medarbejders "telefonvagter" fordeles mellem flere forskellige medlemmer af ledelsesteamet. Ansvar for telefonvagt kan til tider være forstyrrende og belastende, og det skal deles mellem flere personer.

FORMEL GRUNDIG ANALYSE AF HÆNDELSEN

Procedure:

1. En formel grundig analyse af hændelsen vil ske efter hver FT hændelse indenfor de første 24 til 48 arbejdstimer efter hændelsen.
2. Lederen af behandlingsteamet, eller dennes repræsentant, vil planlægge den formelle debriefing og give besked til alle inviterede deltagere herunder behandlingsteamet, patienten og/eller stedfortræder, tals- eller støtteperson, alle andre involverede parter og andet personale efter behov. Der skal tages hensyn til den involverede patients tryghed og sikkerhed og dennes informerede samtykke og evne til at deltage uden at blive stresset, tvunget til eller overvældet af denne aktivitet.

I de situationer, hvor patienten ikke vil eller kan deltage, vil der blive gjort meget for at debriefe patienten på forhånd og få dennes mening om hvad der skete, og hvad der kunne have forebygget hændelsen. Dette ekstra interview vil blive dokumenteret og medbragt til den formelle debriefing af en formel repræsentant og præsenteret som sådan. Personale med brugererfaring, hvis det findes, bør bruges til indsamling af denne information.

Den formelle debriefing af hændelsen vil være begyndelsen på en PDCA (Plan, Do, Check, Act). PDCA er en kontinuerlig kvalitetsforbedringsproces, som giver et trinvis kort over, hvordan man grundigt analyserer et problem og implementerer effektive løsninger. "Plan" fokuserer på at definere problemet (hændelsen), at analysere problemets baggrund og hovedårsager, brainstorm om potentielle løsninger

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*

på grundlag af baggrund og hovedårsager, beslutning om løsninger fra beholdningen af potentielle løsninger og skabelse af en plan for implementering af løsningerne. "Do" fokuserer på implementeringsaktiviteter på basis af planen. "Check" fokuserer på at undersøge den overordnede proces gennem en evaluering af hvad der virkede eller ikke virkede ved brug af målbare indikatorer, tilpasninger under vejs eller ved at gå tilbage til idébanken, hvis planen ikke virker eller kun virker delvist. "Act" er etablering af et nyt system, politikker og procedurer eller programmer baseret på positive resultater, og fastsættelse af hvordan man styrker og vedligeholder forbedringerne over tid. Den formelle debriefing aktivitet understøtter PDCA processen og giver et feedbackkredsløb mellem "Act" og "Plan".

3. Debriefing omfatter en analyse af: 1) triggere 2) tidligere adfærd, 3) alternativ adfærd, 4) mindst indgribende eller alternative interventioner forsøgt, 5) de-eskalation præferencer eller identificerede sikkerhedsplanlægningstiltag og 6) pleje- og behandlingsplanstrategier.
4. Lederen af debriefingen skal være klinisk uddannet i kerneårsagsanalyse og må ikke være direkte involveret i hændelsen. Spørgsmål formuleret af lederen skal være bestemt af særlige forhold ved den enkelte hændelse, men skal også indeholde det, der generelt kendetegner afdækning af kerneaktiviteter og processer ved at spørge "hvorfor" i forhold til den laveste fællesnævner. Lederen skal have evner for og viden om de almindelige trin i de almindelige processer ved adfærds-eskalation, som fører til anvendelse af FT og mulighederne for effektive, de-eskalerende indgreb fra personalet, eller som sidste udvej, hvis FT er nødvendigt, at undgå personskader og minimere traumer. Debriefing processer fører til anbefalinger til både det ledende administrative og kliniske personale, HR og det direkte plejepersonale. Disse trin er skitseret her og omfatter eksempler på spørgsmål til stimulering af tænkning og diskussion.

FT forebyggelsestræ, muligheder for personaleintervention og debriefing spørgsmål.

Trin 1: Er der blevet skabt et konfliktminimerende pleje- og behandlingsmiljø (eller ikke)?

Denne intervention beder personalet om at overveje, om institutionen har gjort alt hvad der er muligt for at skabe et behandlingsmiljø, som forebygger konflikt og aggression. Potentielt forebyggende interventioner omfatter brug af tale i første person, tilegnelse af en *trauma informed*, recovery orienteret tilgang, sammenligning af aktuel pleje- og behandlingspraksis, politik og procedurer med recovery og *trauma informed* værdier, sørge for at personalet har viden, færdigheder og evner til opbygning af terapeutiske relationer straks ved indlæggelse, at gøre pleje- og behandlingsmiljøet indbydende og ikke-stressende, at bruge forebyggelsesværktøjer som traumevurdering ved indlæggelse, risikovurdering, sikkerhedsplanlægning, beroligende og sensoriske rum og undgåelse af

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*

åben eller skjult tvang.

Spørgsmål til eftertanke eller udforskning:

- 1) Var miljøet roligt og indbydende?
- 2) Var miljøet hjemligt og normaliserende eller institutionspræget?
- 3) Var miljøet roligt og stort set stille?
- 4) Har et personalemedlem udviklet en relation med patienten?
- 5) Var der tegn på at regler, advarsler eller andet der kan give en følelse af undertrykkelse?
- 6) Har patienten været vidne til en FT eller en anden oprivende hændelse?
- 7) Hvad var triggeren/triggerne til den aggressive eller farlige adfærd?
- 8) Kender vi patienterne godt nok til at kende deres personlige triggere?
- 9) Var patienten traumeoverlever, hvis ja, var der noget i miljøet, der skabte en traumatisk genoplevelse?
- 10) Hvad provokerede patienten?
- 11) Snakkede nogen af dem, der var på vagt med patienten eller "så" til patienten før hændelsen?
- 12) Skiftede patienten opførsel i løbet af vagten eller tidligere?
- 13) Ville patienten noget bestemt før hændelsen fandt sted?

Trin 2: Kunne konfliktriggeren (sygdom, personlig, miljømæssig) være forebygget (eller ikke)?

Denne intervention undersøger om processerne ved indlæggelsen og evnen til indsamling af informationen er tilstrækkelige, især risikofaktorer vedrørende konflikter og vold, som kan gøre personalet opmærksom på behovet for øjeblikkelige præventive foranstaltninger. For eksempel, er personalet klar over, at individet ikke har taget sin medicin i et stykke tid, og er der blevet taget hånd om dette spørgsmål straks ved indlæggelsen? Er der indhentet information før indlæggelsen eller ved indlæggelsen om patientens tidligere aggressive eller voldelige adfærd som indlagt og tidligere erfaringer med tvang eller isolation? Kender personalet, eller prøver de at finde de enkelte patienters individuelle triggere for konflikt, angst, frygt, ubehag, "kæmp, flygt, frys", under indlæggelses samtalen og bliver det dokumenteret, så det kan kommunikeres videre? Er der på forhånd udviklet retningslinjer/sikkerhedsplaner og bruges de? Forstår hospitalet vigtigheden af at minimere en kultur baseret på regler, minimering af ventetid, undgåelse af udskammelse eller ydmygelse (tilsigtet eller utilsigtet) af mennesker i det daglige arbejde og andre institutionsproblemer?

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Deltog patienten i udarbejdelse af indlæggelses-, pleje- og behandlingsplanen?
- 2) Blev der foretaget en traumevurdering?
- 3) Blev der udarbejdet en sikkerhedsplan?
- 4) Vidste vi om personen tidligere havde været i FT?
- 5) Modtog patienten et telefonopkald eller et besøg (eller mangel på samme)

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*

- som kan have været årsag til eskalationen?
- 6) Var patienten bekymret over noget?
 - 7) Skulle patienten vente meget længe på noget han eller hun ville have?
 - 8) Gjorde patienten på forhånd opmærksom på at han/hun havde brug for hjælp, opmærksomhed eller assistance?
 - 9) Blev patienten ignoreret, behandlet uvenligt, hånet, ydmyget eller straffet for sin opførsel?
 - 10) Tog patienten medicin og hvis dette er tilfældet, havde den en terapeutisk virkning? Var der bivirkninger?
 - 11) Udviste patienten tegn og symptomer på psykisk sygdom?
 - 12) Var patienten blevet introduceret til afdelingen og reglerne?
 - 13) Er dette den første indlæggelse?

Trin 3: *Lagde personalet mærke til og reagerede på hændelserne i tide (eller ikke)?*

Denne intervention drejer sig om personalekultur og basisviden om øjeblikkelig og direkte menneske-til-menneske respons på ændringer af voksne eller børns adfærd i miljøet. Mange steder reagerer personalet ikke straks pga. manglende viden om forskellige typer af adfærdsmæssig eskalation, som kan omfatte både åbenlys ophidselse og tilbagetrækkende adfærd. Andre steder har personalet lært at ignorere forstyrrende eller anderledes ændringer af adfærd med den tro, at den er et forsøg på at få opmærksomhed, og hvis den ignoreres "går den væk". Men i recovery-orienterede behandlingsmiljøer, ses adfærdsændringer som "forsøg på kommunikation", omend måske ikke klare eller direkte, som kræver øjeblikkelig og respektfuld respons. Afdelingens personale skal have lært at observere, mærke og svare på ændringer i den individuelle adfærd eller i miljøet generelt som en del af deres arbejde og som en vigtig evne til at forfine "den terapeutiske brug af selvet", som er en del af det at være uddannet til arbejde i psykiatrien eller være medhjælper.

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Hvem svarende og hvornår?
- 2) Var der nogen advarsler om at patienten var vred?
- 3) Hvad var de første tegn, og hvem lagde mærke til dem?
- 4) Hvis ingen lagde mærke til noget, hvorfor?
- 5) Skulle der have været iværksat forebyggende aktiviteter?

Trin 4: *Valgte personalet en effektiv intervention (eller ikke)?*

Denne respons drejer sig om personalets viden, færdigheder, dygtighed og personlige evner til at kunne identificere den rigtige og mindst restriktive tilgang til eskalerende adfærd og at implementere denne tilgang direkte og med det samme. Evnen til at kunne formulere en umiddelbar respons på en eskalerende adfærd eller et følelsesmæssigt problem er ikke instinktiv og kræver normalt oplæring og rollemønstre i form af supervisorer. Desuden skal arbejdspladskulturen styrke personalets kreative evner og af og til bryde afdelingens regler for at undgå behovet for FT, når det er sikkert at gøre det. Eksempler på det sidstnævnte kan være at give nogen lov til at forlade gruppen eller være alene i deres værelse, mens der er

gruppemøder, at tage en rygepause for at tale med en ansat imellem de officielle rygepauser, at spise lidt mellem måltiderne, at få lov til at ringe eller få besøg. Personalet kan opfatte afdelingens regler som fredhellige, og det vil ikke opmuntre til brug af de mindst indgribende foranstaltninger og vil føre til unødvendig FT. Desuden er frygten for at "brud på regler vil føre til kaos" generelt ikke det, der sker i virkeligheden. Hvis det virker som om nogle individer har lært, hvordan man får personalet til at bøje reglerne ved at være udadreagerende, skal dette undersøges af det kliniske behandlingsteam. I vores regelstyrede miljøer er det ofte ret nemt at rubricere folk som manipulerende, og som nogle der prøver at bøje reglerne, men det er vigtigt at huske, at disse regler er institutionelle, og ikke noget vi bruger over for os selv eller patienterne i deres normale omgivelser.

Personalets evne til at være kreative og at de tager sig tid til at lære patienten at kende, og dermed kende hans eller hendes behov ved kriser, er en uvurderlig hjælp og skal være en del af forventningerne til personalets viden, evner og færdigheder i jobbeskrivelser og evalueringsprocesser.

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Hvilken intervention blev forsøgt først og af hvem?
- 2) Hvorfor blev denne teknik valgt?
- 3) Kom der noget i vejen for interventionen?
- 4) Kom nogen i vejen for interventionen?
- 5) Blev interventionen forsinket af en eller anden grund?
- 6) Hvordan reagerede patienten på den?
- 7) Hvordan var patientens følelsesmæssige tilstand på dette tidspunkt?
- 8) Hvordan var personalets følelsesmæssige tilstand på dette tidspunkt?
- 9) Kunne man have forsøgt andet, som ikke blev forsøgt?
- 10) Hvorfor ikke?

Trin 5: Hvis interventionen mislykkedes, blev der valgt en anden (eller ikke)?

De samme som ovenstående. Personalet skal blive ved med at prøve alternativer, indtil en intervention virker eller adfærden eskalerer til et farligt niveau. I den sidstnævnte situation er der tale om "fejlslagen pleje og behandling", ikke fordi den/de ansatte personligt fejlede med deres forsøg, men fordi institutionen ikke vidste nok om personen, eller endnu ikke havde haft mulighed for at opbygge en relation, hvor der kunne være valgt en effektiv intervention.

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) De samme som ovenstående.

Trin 6: Iværksatte personalet kun FT som respons på akut fare (eller ikke)?

Dette trin drejer sig om for tidlig brug af FT ved adfærd, som kun er ophidset, forstyrrende og i nogle tilfælde destruktiv, men hvor individet stadig har kontrol over sig selv og kan afledes. Trinnet handler også om FT anvendelsesmønstre, hvor individer fikseres eller isoleres "hver

gang de slår eller kaster med noget, men holder op igen" eller andre, ofte ikke nedskrevne, men almindelige anvendelsesmønstre. Rutinemæssig respons fra personalet på adfærds "kategorier" som at kaste med/slag på døde ting, nægte at rejse sig fra gulvet, konstant vandren, enkelte spark eller slag, som kun forekommer én gang skal diskuteres og omfortolkes. I nogle tilfælde skyldes disse mønstre, at personalet ikke forstår almindelige tegn og symptomer på psykisk sygdom eller traume-respons historik, hvilket medfører at individer beskyldes for at "te sig" med vilje, og at det skal have konsekvenser. Man skal dog sørge for, at personalet har frihed til at reagere, hvis de føler, at de er i fare, og at unødvendigt restriktive reaktioner først vil blive taget fat på gennem oplæring og supervision.

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Hvordan var helt præcist den adfærd som udløste FT?
- 2) Var den over grænsen for akut fare (hvad ville der være sket uden brug af FT)?
- 3) Hvem tog beslutningen og hvorfor?
- 4) Havde den der tog beslutningen et godt rationale på grundlag af uddannelse, erfaring og viden om individet?

Trin 7: Blev FT brugt på en sikker måde (eller ikke)?

For hvert tilfælde af FT anvendelse skal en objektiv ledende medarbejder vurdere, hvorvidt personalet fulgte institutionens politik og procedurer for anvendelse. For nogle institutioner kan der desuden være behov for en fornyet gennemgang af sikkerheden med hensyn til medicinske/fysiske risikofaktorer og brug af tvang.

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Hvordan blev FT brugt, og blev politik og sikkerhedsregler fulgt?
- 2) Var der nok personale til at hjælpe?
- 3) Overvågede en sygeplejerske hændelsen?

Trin 8: Blev individet overvåget på en sikker måde (eller ikke)?

En til en, ansigt til ansigt overvågning af fikserede individer er den sikreste form for overvågning. Dette omfatter ikke brug af kameraer eller tjek med 10 eller 15 minutters mellemrum. Konstant overvågning af individet, hvor individets ansigt hele tiden er synligt, er den standard, der er nødvendig for at kunne se lidelse eller problemer. En til en, ansigt til ansigt overvågning er hurtigt ved at blive standardpraksis. Det omfatter også at CMS og JCAHO (USA) retningslinjer følges med hensyn til toiletpauser, mad og drikke, bevægelsesmuligheder og tjek af ekstremiteter⁷.

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Hvor ofte blev individet overvåget?
- 2) Var individet fikseret i liggende på maven eller på ryggen og hvorfor?

⁷ Fast vagt er beskrevet i den danske lovgivning i forhold til tvangsfiksering.



- 3) Blev institutionens politik fulgt og dokumenteret?
- 4) Blev hospitalets politik og procedurer fulgt?

Trin 9: *Blev individet frigivet så hurtigt som muligt (eller ikke)?*

Beslutningen om hvornår en person ophører med tvangsfikseringen kræver ofte en bedømmelse fra en erfaren ansat med en god uddannelse angående de fysiske og følelsesmæssige risici for mennesker ved al anvendelse af FT og en omfattende viden om menneskers adfærd og en god klinisk dømmekraft. Generelt bør individer (voksne eller børn), som er tvangsfikserede, ikke være nødt til at gøre sig store anstrengelser for at bevise, at de kan blive fri for tvang. Kriterierne for ophør skal hovedsageligt være personalets ansvar og skal bygge på deres vurdering af genvundet kontrol. Normalt er det nok med simple spørgsmål som "hvordan har du det?" "tror du, at du kan komme ud nu?", "kan du lukkes ud uden at skade dig selv eller andre?" for at vurdere om personen er klar. Men ukendte patienter eller patienter med en historik med tilfælde af forsætlig vold skal vurderes omhyggeligt. Den bedste praksis ved personer, der falder i søvn, er at løsne bæltet, men at fortsætte med ansigt-til ansigt observation lige til personen vågner og kan vurderes. En hospitalspolitik, der regner med afslutning inden for 2-4 timer, kan hjælpe personalet med at administrere afslutning i rette tid.

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Hvornår blev patienten løsnet?
- 2) Hvem tog beslutningen og på hvilket grundlag?
- 3) Blev politikken fulgt?
- 4) Kunne patienten være løsnet tidligere?
- 5) Skete ophøret for hurtigt og hvorfor?
- 6) Hvad var de anvendte dokumenterede kriterier for ophør, og var de tilstrækkelige?

Trin 10: *Blev der gennemført post-hændelses aktiviteter (eller ikke)?*

Dette trin handler om institutionens debriefing processer. Den første, som er beskrevet ovenfor, er den øjeblikkelige respons på hændelsen foretaget af en supervisor eller et ledende klinisk medlem af personalet. Mål for den post-akutte (øjeblikkelige) respons, herunder sikring

- af individets sikkerhed, personalet og vidner til hændelsen
- at dokumentationen er præcis og lever op til institutionens standard
- af at information til brug for den formelle debriefing indsamles straks af en person, der ikke er involveret i hændelsen
- at miljøet føres tilbage til niveauet før krisen

Det omfatter også afholdelse af en formel debriefing i en rettidig, grundig, problemløsende og trinvis proces, som er skabt til at frembringe idéer og aktiviteter til forbedring af præstationer. De akutte og de formelle debriefing aktiviteter skal dokumenteres og arkiveres.

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*



Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Var der en akut respons på hændelsen og en formel debriefing, og hvordan var tidslinjerne?
- 2) Hvem var leder af den akutte respons, og var personen ikke involveret i hændelsen?
- 3) Blev dette dokumenteret og hvad skete der med resultaterne?
- 4) Blev resultaterne brugt ved debriefing eller den almindelige praksis?
- 5) Er den formelle debriefing dokumenteret mht. processer og resultater, og hvor havner dokumentationen?
- 6) Medvirkede brugerrepræsentanter eller støttepersoner i debriefingen?
- 7) Var patienten med til den formelle debriefing eller gik patienten med til at blive udspurgt af personale med brugererfaring?

Trin 11: *Skete der læring og blev det lærte integreret i pleje- og behandlingsplaner og praksis (eller ikke)?*

Debriefingprocessens troværdighed kan måles gennem den opnåede læring og de ændringer, revisioner, tilføjelser, sletninger der kan spores i driftsprocedurerne. Debriefingprocessen er en kontinuerlig kvalitetsforbedringsproces, som medfører at man lærer af fejl og udformer nye former for respons, herunder ændring af politik og procedurer, de individuelle pleje- og behandlingsplaner og revision af planerne for deeskalering, oplæring og uddannelse, individuel kriserådgivning af personalet, uddybning af værdier, evaluering af arbejdsregler og lignende.

Spørgsmål der kan stilles?

- 1) Hvad lærte man af FT hændelsen i debriefingprocessen?
- 2) Fik det lærte konsekvenser for politik, praksis, procedurer, regler, pleje- og behandlingsplaner, oplæring og uddannelse af personale, afdelingens regler?
- 3) Fik personalet oplæring og uddannelse eller kriserådgivning?

Note: Dette eksempel på debriefing politik og procedure er tænkt som en vejledning. Til dette formål er den nok længere og mere detaljeret end de fleste politikker og procedurer. Hospitaler og institutioner vil skulle tilpasse deres individuelle procedurer, så de opfylder deres behov og passer til mulighederne. For institutioner, som ofte bruger fastholdelse og ikke kan gennemføre dette niveau for debriefing ved alle hændelser, anbefales det, at FT reduktionsteamet fastsætter hvilken hyppighedsgrad eller hvilke individuelle karakteristika der skal til for at udløse dette undersøgelsesniveau. For eksempel hvis bestemte børn udsættes for mere end tre fastholdelser om ugen, alle hændelser der medfører skader, en afdeling eller en ansat med et afvigende anvendelsesmønster, som tyder på behov for yderligere uddannelse.

*National Association of State Mental Health Program Directors
66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314~~www.NASMHPD.org
Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra Joan Gillece, PhD, Project Manager,
NASMHPD, af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans
(Jesper.Bak@regionh.dk).*