

Reduktion i anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger – organisatorisk spørgeskema.

Information angående administration og anvendelse af spørgeskemaet:

Forskning og evalueringer viser, at det virker som om organisatoriske faktorer spiller en større rolle for begrænsning eller afskaffelse af fysiske tvangsforanstaltninger¹ end viden om det enkelte individ, der udsættes for tvang (fx Colton, 2008, Delaney, 2006, Huckshorn, 2005). Dette spørgeskema er udviklet til at dykke ned i de samme strukturer, der påvirker organisationskultur og klima, samt brugen af ressourcer som *Tjekliste til vurdering af din organisations parathed til begrænsning af fysiske tvangsforanstaltninger* (Colton, 2004), men dette tilvejebringer en mere effektiv metode. Den oprindelige *tjekliste* blev udviklet til at hjælpe organisationer med at gennemføre interne evalueringer for at opnå kvalitetsforbedringer. Men det er blevet bemærket, at omfanget af evalueringsprocessen, selvom den gav omfattende information, tog lang tid og krævede betydelige personaleressourcer at gennemføre.

Validitet og troværdighed:

Forudgående tests (faktoranalyse) af en pilotudgave af dette værktøj underbygger validiteten af opbygningen og indholdet, da punkterne er samlet i grupper, som passer til de faktorer der er identificeret i *tjeklisten*, herunder ledelse, personaleudvikling, behandlingsplanlægning, brugerinddragelse og debriefing.

Cronbach's Alpha (mellem 0,6 og 0,8) tyder på stor troværdighed i opbygningen af hver gruppe af spørgsmål.

Uddeling:

Spørgeskemaet bør uddeles til alt personale med patientkontakt (brugere, studerende, klienter), som social- og sundhedshjælpere/assistenter, ergoterapeuter, sygeplejersker, undervisere, psykologer, psykiatere og lignende.

Kun instruktionssiden og spørgeskemaet skal uddeles.

Spørgeskemaet skal administreres med en svarfrist, som gør det muligt for så mange medlemmer af personalet at deltage som muligt, typisk op til, men ikke over to uger, ellers kan en specifik hændelse tæt på eller i selve perioden påvirke besvarelsene. For at forbedre svarprocenten bedes respondenterne ikke om at opgive oplysninger om identitet i spørgeskemaet. Indsamling i en aflåst

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 for forstålighedens skyld oversat til fysiske tvangsforanstaltninger (fastholdelse/tvangsfiksering). Det eneste sted i psykiatrien i Danmark det er tilladt at isolere er på Sikringen.

boks hjælper med til at sikre anonymitet. Svarprocenter på 70 eller derover tyder på, at respondenterne er repræsentative for målgruppen. Hvis svarprocenten er under 70, skal organisationen måske give en længere frist for aflevering af de udfyldte spørgeskemaer. Nogle organisationer giver incitament, som fx en belønning til alle ansatte hvis svarprocenten er 70 eller mere. Formidling af undersøgelsesresultater til de ansatte kan også øge interessen og svarprocenten.

Data behandling:

Vi opstiller resultaterne i Microsoft Excel, men du kan vælge at bruge andre regneark eller statistiske programmer. Når man får de udfyldte spørgeskemaer, skal papirudgaverne nummereres fra 1 til så mange udfyldte spørgeskemaer der modtages. Vores Excel fil indeholder et regneark med nummererede punkter øverst på tværs og respondent/spørgeskemanummer i kolonnen til venstre.

Punkterne er kodet med 1 for enig, 0 for uenig og tomt for manglende data. Manglende data indeholder punkter, som ikke er markeret eller punkter, hvor respondenterne markerer på en måde, som ikke er i overensstemmelse med instruktionerne. Respondenterne kan fx sætte kryds i rummet mellem boksene for at angive, at de hverken enige eller uenige. Da dette ikke er en mulighed skal punktet behandles som manglende data og være blankt. Punktet 39 er kodet med 1 til 3, så "Anvendelse af fysiske tvangsforanstaltninger kan være terapeutisk" skal have nummer 1 og så videre.

Tæl antallet af enig, uenig, og manglende punkter (Hvis du gør dette manuelt, kan du bruge en funktion i Excel under Data på værktøjslinjen, men du bliver nødt til at sortere de enkelte punkter separat). Vi udregner det samlede antal respondenter. Dette vil være det samme for hvert punkt og bruges som kontrol ved udregning af data. Hvis der fx har været 55 respondenter, skal det samlede antal enig, uenig og manglende svar være lig med 55. Vi udregner også det samlede antal enig og uenig uden antallet af manglende svar. Vi beregner så procentdelen af enig og uenig ved at oprette en formel, der deler antallet af enig eller uenig med antallet af svar.

For at beregne svarene på det demografiske item "Rolle" (til sidst i spørgeskemaet), koder vi punkterne med tal fra 1 til 4: 1 = Plejer/SSA, 2 = Sygeplejerske, 3 = Psykiater og 4 = Andre. Efter vores erfaring ønsker et antal respondenter ikke at blive identificeret. Denne information er ikke afgørende, men kan hjælpe med at afgøre, om respondenterne er repræsentative for målgruppen. Vi gør det samme i for "antal år ansat i organisationen", og koder fra 1 til 5 læst nedad, så mindre end 1 (år) = 1, mere end 1, men mindre end 5 = 2 og så videre. Denne information er ikke afgørende, men giver en vis kontekst til overvejelser om den erhvervs erfaring respondenterne har ift. opgaven.

Endelig opretter vi et separat regneark og skriver respondenternes kommentarer i boksen, præcis som de er skrevet med stavfejl eller grammatisk fejl (man kan også gøre det med tekstbehandlingssoftware). Udover respondenternes tildelte plads til beskrivende svar, er vores erfaring, at nogle også skriver bemærkninger ved siden af svaret på et bestemt punkt. Man skal også holde styr på disse bemærkninger, da de kan indeholde nyttige oplysninger.

Analyse og brug:

Resultaterne af denne spørgeskemaundersøgelse kan bruges på to måder. Den første er diagnostisk. Punkterne 1 til 34 (undtagen punkt 21 og 30) undersøger personalets opfattelse af de organisatoriske faktorer, der påvirker brugen af fysiske tvangsforanstaltninger, herunder ledelse, personaleudvikling, behandlingsplanlægning, inddragelse af brugerne og debriefing. Alle punkter er formuleret positivt. Enighed med punktet indikerer at organisationen gør de rigtige ting, mens de elementer de fleste af respondenterne er uenige i, angiver områder, der kan forbedres.

Punkterne 21, 30 og 35 til 39 vurderer personalets holdninger. De giver information om den eksisterende kultur og graden af accept af anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger. For eksempel har organisationer som anvender trauma informed care² (punkt 21) en tendens til at anvende fysiske tvangsforanstaltninger mindre hyppigt (Huckshorn, 2005). Punkt 30 undersøger personalets holdninger til ekstern kontrol. Fx har medarbejdere, der er afhængige af en streng håndhævelse af regler snarere end af at udvikle positive relationer til brugerne, større sandsynlighed for at blive inddraget i interaktioner, der ender i magtkampe og brug af restriktive interventioner. Punktet 39 hænger også sammen med en vellykket indsats for at begrænse eller afskaffe fysiske tvangsforanstaltninger, og der er tilsyneladende et større engagement i processen, når den organisatoriske ledelse mener, at der ingen terapeutiske fordele er ved at bruge disse interventioner (Colton, 2008).

Spørgeskemaet giver også plads til bemærkninger - kvalitative oplysninger som hjælp til at vurdere organisationens præstationer. Denne information er ofte nyttigt med henblik på specifikke områder, som skal forbedres.

Spørgeskemaundersøgelsen kan også bruges som en gentagen proces, fx uddeling med jævne mellemrum for at afgøre, om organisatoriske ændringer virker. En organisation, som forsøger at reducere eller eliminere fysiske tvangsforanstaltninger vil skulle igangsætte flere aktiviteter, der kræver tid til at gennemføre, og måske ikke giver resultater med det samme. Derfor skal der være lang tid (mindst 4 til 6 måneder og typisk længere) mellem spørgeskemaundersøgelserne for at indfang disse ændringer, og for at minimere risikoen for at testen påvirker svarene (hvis respondenterne kan huske og gentager deres valg fra en tidligere spørgeskemaundersøgelse).

Dette spørgeskema giver én kilde til information om organisatoriske handlinger til begrænsning af fysiske tvangsforanstaltninger. Beslutningstagerne opfordres til at anvende andre kilder til at supplere denne proces, fx interviews med medarbejdere og patienter, gennemgang af sager og særlige hændelser og data om anvendelse af tvang.

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 fx: <http://www.samhsa.gov/nctic/trauma.asp>.

Referencer:

Colton, D. (2008). Leadership's and program's role in organizational and cultural change to reduce seclusions and restraints. Nunno, M., Bullard, L., and Day, D., (Eds.). *For Our Own Safety: Examining the Safety of High-Risk Interventions for Children and Young People*. Washington, DC. Child Welfare League of America. 143-166.

Colton, D. (2008). *Checklist for assessing your organization's readiness for reducing seclusion and restraint*. Web site: <http://www.ccca.dmhmrsas.virginia.gov/content/SR%20Checklist.pdf>

Delaney, K.R. (2006). *Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, First Quarter, 19-30.

Huckshorn, K.A. (2005). *Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint*. Alexandria, VA. National Association of State Mental Health Program Directors.

Oktober, 2009

Dette værktøj er frit tilgængeligt og må anvendes uden forfatterens tilladelse.

Reduktion i anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger – organisatorisk spørgeskema

Formål:

At vurdere personalets opfattelser af brugen af fysiske tvangsforanstaltninger (fastholdelse og tvangsfiksering) og de handlinger organisationen foretager for at begrænse og/eller afskaffe brugen. Resultaterne fra denne undersøgelse kan bruges til at identificere områder, hvor der er behov for forbedring.

Instruktioner:

- Dette spørgeskema skal udfyldes af alle medarbejdere med direkte kontakt med patienter³, såsom social- og sundhedsassistenter, plejere, pædagoger, ergoterapeuter, psykologer, sygeplejersker, læger, socialrådgivere og undervisere.
- Svarene skal afspejle din personlige opfattelse af din organisations tiltag for at begrænse anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger. Der er ingen forkerte eller rigtige svar.
- Dette er en anonym proces. Skriv IKKE dit navn eller andre identifikationsoplysninger i spørgeskemaet.
- Dette spørgeskema indeholder 39 spørgsmål og tager 10 til 15 minutter at udfylde.
- Læs hvert enkelt spørgsmål grundigt og foretag et valg ved at sætte flueben i en boks. Eksempel:

Enig Uenig

- Hvis du har behov for at ændre dit valg, skal du sætte flueben i den anden boks og **sortfarve** dit tidligere valg. Eksempel:

Enig Uenig

³ Andre undersøgelser kan omfatte patienter, klienter eller studerende for at beskrive modtagerne af behandling.

1. Direktøren/den administrative leder af denne organisation har sat sig som mål at begrænse/fjerne anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger.
 Enig Uenig
2. Den øverste ledelse (direktøren og hans/hendes stab) har kommunikeret organisationens plan om at begrænse/fjerne anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger..
 Enig Uenig
3. Der er skabt en ordning (fx et udvalg eller en enkelt person), som sikrer, at organisationen gør fremskridt med hensyn til at begrænsning eller afskaffe brugen af fysiske tvangsforanstaltninger.
 Enig Uenig
4. Topledelsen har kommunikeret vejledende principper for behandlingen.
 Enig Uenig
5. Jeg har tillid til den øverste ledelses evne til at lede processen for at begrænse/afskaffe anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger i min organisation.
 Enig Uenig
6. Topledelsen kommunikerer effektivt om de handlinger organisationen foretager for at begrænse og/eller afskaffe brugen af fysiske tvangsforanstaltninger (fx gennem præsentationer, møder, nyhedsbreve, e-mails, internet osv.).
 Enig Uenig
7. Pleje- og behandlingspersonalet er involveret i forandringsprocessen for at begrænse/afskaffe anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger.
 Enig Uenig
8. Vi bruger data til måling af virkningerne af vores bestræbelser på at begrænse/afskaffe brugen af fysiske tvangsforanstaltninger.
 Enig Uenig
9. I min organisation er et passende antal medarbejdere tilgængelige på kritiske tidspunkter fx i overgangsperioder ved vagtskift, om aften og på tidspunkter med høj aktivitet.
 Enig Uenig
10. Efter en alvorlig hændelse giver min organisation personalet muligheder for at bearbejde hændelsen mht. vores følelser, reaktioner og tanker om sikkerhed.
 Enig Uenig
11. Min organisation bruger støttegrupper, krisehjælp eller andre fremgangsmåder, som kan hjælpe personalet med at bearbejde deres følelser.
 Enig Uenig

12. Den orientering, jeg fik, da jeg påbegyndte min ansættelse, har forberedt mig på at arbejde med patienterne.
 Enig Uenig
13. Min organisation tilbyder vedvarende muligheder for uddannelse/oplæring og udvikling af de færdigheder, jeg har brug for, så mit arbejde med patienterne kan lykkes.
 Enig Uenig
14. Under uddannelsesforløbene har de ansatte mulighed for at udvikle deres mestring af de indlærte færdigheder (anvende færdighederne).
 Enig Uenig
15. Personalet tilbydes mentorordninger, coaching og/eller supervision for at støtte det, der læres under uddannelsen.
 Enig Uenig
16. Jeg skulle vise, om jeg kunne anvende de færdigheder der blev undervist i, før jeg fik lov til at arbejde med patienterne.
 Enig Uenig
17. Min organisation sikrer, at personalet har tid til den nødvendige undervisning, udover orienteringen for nyansatte.
 Enig Uenig
18. Indenfor 48 timer er der udarbejdet pleje- og behandlingsplaner.
 Enig Uenig
19. Jeg har modtaget oplysninger (fx beskrevet i pleje- og behandlingsplanerne), der beskriver advarselssignaler og triggere for aggression og/eller selvskadende adfærd, hos den enkelte patient.
 Enig Uenig
20. Jeg har fået oplysninger (fx beskrevet i pleje- og behandlingsplanerne), om metoder, der har været forsøgt, har virket eller fejlet, ved håndtering af aggression og/eller selvskadende adfærd, hos den enkelte patient.
 Enig Uenig
21. Der er mindre sandsynlighed for at jeg vil bruge fysiske tvangsforanstaltninger overfor en patient, der har oplevet traumer i form af seksuelt eller fysisk misbrug.
 Enig Uenig
22. I min organisation identificeres patienternes styrker og svagheder mht. coping (evne til at beherske en psykisk konflikt).
 Enig Uenig

23. I min organisation identificeres patientens foretrukne pleje- og behandlingsinterventioner.
 Enig Uenig
24. I min organisation opdateres pleje- og behandlingsplanerne løbende og opdateres, hvis der sker ændringer af en patients adfærd.
 Enig Uenig
25. Personalet modtager hjælp og vejledning i arbejdet med en bestemt patient for, at mindske aggression eller selvskade.
 Enig Uenig
26. Plejepersonalet er involveret i behandlingsbeslutninger, som beslutninger om overførsler til andre afdelinger og parathed til udskrivning.
 Enig Uenig
27. Min organisations pleje- og behandlingsfilosofi lægger vægt på at være patientorienteret, bl.a. ved at inddrage patienter og pårørende i alle aspekter af deres pleje- og behandling.
 Enig Uenig
28. Vi forklarer patienterne vores forventninger og regler, når han/hun indlægges.
 Enig Uenig
29. Personalet implementerer regler og forventninger ensartet på tværs af vagter.
 Enig Uenig
30. For at opretholde en passende struktur, er det vigtigt, at personalet sørger for at reglerne overholdes til punkt og prikke.
 Enig Uenig
31. Personalet tilpasser patient-personale debriefinger (eftersamtaler) til patientens alder og funktionsniveau.
 Enig Uenig
32. Patient-personale debriefing (eftersamtalen) bruges som en mulighed for at genoprette et terapeutisk forhold mellem patienten og personalet.
 Enig Uenig
33. Ved personale-til-personale debriefing diskuterer vi, hvad der virkede og ikke virkede og forskellige fremgangsmåder, der måske kan afprøves i fremtiden.
 Enig Uenig
34. Beroligende rum (calming-/comfort rooms) er effektive til deeskalering af patienter.
 Enig Uenig

35. Jeg mener, at anvendelse af fysiske tvangsforanstaltninger er meget risikable interventioner for både patienter og personale.
 Enig Uenig
36. Jeg ville være villig til at begrænse eller stoppe brugen af fysiske tvangsforanstaltninger, hvis jeg kendte til alternativer til disse interventioner.
 Enig Uenig
37. Der bruges mere fysisk tvang end nødvendigt i min organisation.
 Enig Uenig
38. Jeg føler mig ofte stresset, når jeg anvender fysiske tvangsforanstaltninger.
 Enig Uenig
39. Hvilket af de tre følgende udsagn er du mest enig i? (vælg kun et)

Jeg tror:

- Anvendelse af fysiske tvangsforanstaltninger kan være terapeutisk, hvis det bruges rigtigt.
- Anvendelse af fysiske tvangsforanstaltninger er nødvendigt at bruge, selvom det ikke er terapeutisk, når alle andre forsøg på at hjælpe er forsøgt uden held.
- Anvendelse af fysiske tvangsforanstaltninger har ingen terapeutiske fordele og kan medføre yderligere traumer og skader.

Kommentarer:

Udfyld venligst følgende ved at sætte kryds i boksen for hver kategori. Hvis du mener, at din organisation kan genkende dig, hvis du krydser af ved mere end et punkt, så lad være med at krydse af i det andet punkt.

Rolle:

- Plejer/SSA
- Sygeplejerske
- Psykiater
- Andet

Antal år ansat i organisationen:

- Mindre end 1
- Mere end 1, men mindre end 5
- Mere end 5, men mindre end 10
- Mere end 10, men mindre end 15
- Mere end 15