



Tjekliste til vurdering af din organisations parathed til at reducere anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger¹

David Colton, Ph.D.

Formål: At give organisationer en systematisk tilgang til identifikation af faktorer, som påvirker begrænsning af fysiske tvangsforanstaltninger (FT) og vurdering af niveauet for organisationens fremskridt i forhold til implementering.

Instruktioner:

- Dette værktøj kan bruges til at foretage en vurdering af hele organisationens bestræbelser på at begrænse anvendelsen af restriktive interventioner. Processen vil typisk involvere administratorer, sygeplejersker og projektmedarbejdere, læger og undervisere/vejledere.
- Ud over den organisatoriske vurdering, kan dele af dette værktøj gennemføres af en bestemt arbejdsgruppe eller et udvalg. Fx kan afsnittet om uddannelse gennemføres af hospitalets undervisere og/eller udvalg, og afsnittet om programmatisk struktur kan udføres af personalet på en afdeling.
- Sæt et flueben i den boks, der bedst svarer til din organisations nuværende niveau for fremskridt. Brug disse oplysninger til at afgøre, hvilke områder der har brug for mest opmærksomhed.
- For at sikre en fyldestgørende vurdering af tjeklisten, skal den udfyldes af mere end én person. De skal derefter diskutere deres vurderinger, og nå frem til en konsensusaftale om de points, der afspejler de fremskridt organisationen gør for hver af faktorerne.
- Resultaterne bør anvendes til at udvikle og/eller forfine organisationens strategiske plan for begrænsning og/eller afskaffelse af brugen af FT.
- Tjeklisten bør udfyldes med regelmæssige mellemrum for at vurdere de igangværende fremskridt.

Offentliggørelsesdato: August, 2004; **revideret:** Marts, 2010

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.

1. Lederskab:

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammenhængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)			
A. Den administrerende direktørs (administrator/direktør) handlinger vidner om engagement mht. mål og processer til begrænsning af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
B. Begrænsning og/eller afskaffelse af brugen af FT er en del af organisationens mål, vision og behandlingsfilosofi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
C. Ledelsen har formuleret (mundtligt og skriftligt), at den værdsætter et "lærende miljø", hvor ikke-straffende metoder anvendes til at korrigere og forbedre personalets præstationer (Med undtagelse af politik om krænkelser af patienter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
D. Ledelsen har formuleret (mundtligt og skriftligt) sin hensigt om at begrænse anvendelsen af FT og/eller afskaffe anvendelsen helt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
E. Der er udviklet en strategisk plan med en redegørelse for de mål og handlinger, der vil blive gennemført for at begrænse brugen af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
F. Organisationens mål og planer om begrænsning af FT er dokumenteret og kommunikeret til personalet gennem en række aktiviteter, som fx nyhedsbreve, memoer, personalemøder og gennem orienterings- og uddannelses processen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
G. Den kliniske ledelse har formuleret en filosofi om behandling/pleje, der lægger vægt på opbygning af relationer og positiv adfærdsstøtte med mindre vægt på personalets ydre kontrol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
H. Organisationens politik og procedurer for anvendelse af FT er ændret for at afspejle organisationens vision, mål og filosofi for behandling/pleje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
I. Politikkerne/retningslinjerne sikrer, at læger og sygeplejersker er involverede i processen med at iværksætte (herunder bestemmelse af behovet for) FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
J. Infrastruktur og ressourcer (fx udvalg, datakilder, kriseindsatshold, osv.), som er nødvendige for at gennemføre en handlingsplan for begrænsning af FT, er på plads.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
K. Personale på alle niveauer i organisationen opfordres og tilskyndes til at deltage i forandringsprocessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
L. Der er blevet oprettet en ordning (typisk et udvalg eller en enkelt person) for at sikre, at alle FT hændelser vurderes mht. anvendelsens relevans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		
M. Der er skabt en ordning (fx et udvalg eller en enkelt person), som sikrer, at organisationen gør fremskridt med hensyn til at nå målene og at gennemføre strategiplanen for begrænsning af brugen af disse interventioner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5		

2. Personaleudvikling:

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammenhængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)
A. Der findes et omfattende undervisningsforløb, der omhandler adfærdsstøtte og intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
B. Deltagelse i grund- og genopfriskningskurser er obligatorisk for hele pleje- og behandlingspersonalet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
C. Uddannelsesprogrammet kombinerer klasseundervisning med coaching og supervision for at sikre, at der sker en tilegnelse af læring.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
D. Der anvendes forskellige indlæringsmetoder, herunder anvendelse af forelæsninger, videoer, live-demonstrationer og rollespil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
E. Uddannelse bruges til at orientere nye medarbejdere om organisationens behandlings/plejefilosofi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
F. Organisationens politik og procedurer for anvendelse af FT præsenteres i uddannelsesforløbet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
G. Uddannelsen er kompetencebaseret (de ansatte udviser det forventede kompetenceniveau, før de får lov til at implementere en intervention/arbejde med patienter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
H. Uddannelse giver et repertoire af strategier, der kan bruges til at deeskalere patienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
I. Uddannelsen skal gøre personalet i stand til at fornemme patientens behov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
J. Uddannelsen gør personalet i stand til at kunne føle, hvordan patienterne oplever de restriktive indgreb (fx forklares der på kurset, hvordan en patients historie kan påvirke deres oplevelse af og reaktion på FT).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
K. Uddannelsen beskriver begrebet modoverføring ² , og hvordan det kan påvirke hvordan interventionen implementeres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
L. Uddannelsen gør personalet bevidst om det magtforhold, der fremkommer, når FT anvendes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
M. Personalet lærer at anerkende og respektere interpersonelle grænser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
N. Alle medarbejdere med patientkontakt modtager den samme uddannelse, herunder deltids- og kontraktansatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
O. Omskoling og genopfriskningskurser for at holde personalets viden, færdigheder og evner up to date foregår regelmæssigt og konsekvent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4
P. Uddannelsen støttes gennem mentorordninger, coaching og supervision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4

² Begrebet modoverføring tilhører den psykodynamiske referenceramme.

3. Personale/ledelse af HR:

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammenhængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)	
A. Personalets vagtplanlægning vurderes for at sikre, at et passende antal medarbejdere er tilgængelige på kritiske tidspunkter fx i overgangsperioder ved vagtskift, om aftenen og på tidspunkter med høj aktivitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
B. Planlægning sikrer, at personalet har tid til den nødvendige undervisning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
C. Arbejdsskemaer og personalenormeringer understøtter mulighederne for at få så meget hviletid at forekomsten af udbrændthed reduceres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
D. Der tages hensyn til sammensætningen af det personale, der gennemfører interventioner (fx alder, køn, uddannelse, erfaring og evnen til at relatere til patienten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
E. Organisationen har udviklet en proces, der sikrer at der er personale, når der er behov for det, der, hvor behovet findes, på tværs af vagter og afdelinger, som fx en masterplan for hele hospitalet/centeret/afdelingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
F. For at styrke personalets empowerment, tilbydes plejepersonalet muligheder for selvstændig arbejdsplanlægning og alternative vagtplaner (fx flekstid).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5

4. Miljøfaktorer:

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammenhængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)	
A. Miljøet evalueres konsekvent og systematisk med hensyn til sikkerhedsrisici. Fx vælges møbler, som ikke så let kan kastes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
B. For at sikre patientens sikkerhed, er der foranstaltninger til begrænsning af skader i forbindelse med tvangsfiksering (Fx bredere døre og store rum).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
C. Rum hvor patienter tvangsfikseres er renoverede for at øge visuel stimulation. Fx er rummene malet varme i farver og har vinduer med udsigt til naturen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
D. Der kan bruges lyddæpende materialer, fx tæpper og særlige loftplader, til at reducere støjens i patienternes opholdsrum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5
E. For at begrænse sammenhængen mellem tvangsfiksering og andre deeskalerende områder, skal der bruges separate værelser til time-out og beroligende rum, så meget de eksisterende ressourcer tillader det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5

5. Struktur og aktiviteter:

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammen hængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)	
A. For at skabe struktur for patienter og personale, findes der et skriftligt program ³ , der klart opridser forventninger, rutiner og regler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
B. Programmet og/eller programkomponenterne er baseret på teori og så vidt muligt evidensbaserede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
C. Programmets struktur, regler, rutiner og forventninger er skabt til at give patienterne mulighed for at træffe effektive beslutninger, der ikke skader dem selv eller andre (mentalt, følelsesmæssigt eller fysisk).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
D. Programmets regler og forventninger er baseret på øget indre-/selvkontrol og begrænser behovet for ekstern kontrol af adfærd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
E. Programmet gør brug af naturlige konsekvenser, som bruges til at forbedre processen for "læring gennem oplevelse" (Fx giver konsekvenserne mening i forhold til miljø, sociale interaktioner og patientens udviklingstrin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
F. Programmet er udviklet med henblik på at reducere inaktivitet ved at engagere patienterne i konstruktive aktiviteter i forbindelse med behandlingsmål og behov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
G. Programmet giver også rigelig tid til hvile, afslapning, rekreation og hverdagsaktiviteter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
H. Niveau- og belønningssystemer (level systems and token economies) er baseret på den aktuelle patientpopulations behov, snarere end en standardiseret tilgang til skabelse af en programstruktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
I. Når og hvis de bruges, er niveau- og belønningssystemer tilpasset til patientens udviklingstrin og fokuserer på brugen af positiv forstærkning som den primære motivation for forandring.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
J. Ændringerne planlægges og struktureres sådan, at de vanskeligheder patienterne kan have med at klare ændringer af deres rutiner begrænses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
K. Regler og forventninger er rimelige og retfærdige, så patienterne let kan overholde dem snarere end at forsøge at omgå dem eller at starte magtkampe om dem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
L. Hospitalets/afdelingens/afsnittets regler forklares ved indlæggelsen, og der gøres en indsats for at få patienten til at indvillige i at overholde disse forventninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
M. Programmet giver mulighed for en normalisering af dagligdagen, såsom private telefonsamtaler, adgang til mellemmåltider osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
N. Programmet er udviklet til at styrke patienterne og dermed reducere konflikter (fx ved at gøre det lettere for patienterne at få adgang til en telefon eller deres egne penge i løbet af dagen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
O. Personalet modtager uddannelse og supervision for at sikre, at programmet gennemføres efter hensigten, og at det sker konsekvent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5

³ Program, se *Programstruktur* side 14.

6. Vurdering og pleje- og behandlingsplanlægning er rettidig, hurtig og påvirkelig af patientens tilstand:

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammenhængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)	
A. Vurderingen er individuel og patientcentreret.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
B. Vurderingen omfatter oplysninger, der beskriver advarselssignaler og triggere på aggression og/eller selvskadende adfærd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
C. Vurderingen identificerer metoder, der har været forsøgt, har virket eller fejlet ved håndtering af aggression og/eller selvskadende adfærd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
D. Vurderingen og pleje- og behandlingsplanen identificerer styrker og svagheder mht. coping (evne til at beherske en psykisk konflikt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
E. Vurderingen identificerer foretrukne pleje- og behandlingsinterventioner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
F. Pleje- og behandlingsplanerne ordinerer individualiserede interventioner, så personalet ikke konstant reagerer på en bestemt patients aggression/selvskade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
G. Pleje- og behandlingsplanlægning omfatter både patient og familie i størst muligt omfang (Der gøres alt hvad der er muligt for at inddrage både patient og familie, så de ikke kun opfatter det som en proces, hvor andre gør noget for/mod dem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
H. Vurdering og pleje- og behandlingsplanlægning er rettidig, hurtig og påvirkelig af patientens tilstand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
I. Pleje- og behandlingsteamet gennemgår hver enkelt FT hændelse for at identificere hvad der førte til dette, hvad der triggede patienten i situationen, og personalets respons på den adfærd, der har medført behov for FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
J. Pleje- og behandlingsteamet gennemgår næsten-hændelser, som kunne have medført FT, men blev forhindret på grund af personalets handlinger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
K. Plejepersonalet er involverede i behandlingsbeslutninger, fx beslutninger om overførsler til andre afdelinger og om patienten er parat til udskrivning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
L. Pleje- og behandlingsplanerne revideres løbende for at opfylde patientens aktuelle behov, for at undersøge respons på plejen og behandlingen og brug af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
M. Organisationen fastsætter grænser for hvornår manglende målopfyldelse af pleje- og behandlingsmål medfører ekstern revision af patientens pleje- og behandlingsplan, især når der er brugt meget FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
N. Organisationen har et udvalg af kliniske eksperter der kan rådgive om udviklingen af aggressionsforebyggende/adfærdsregulende pleje- og behandlingsplaner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5

7. Processen efter hændelsen (debriefing):

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammenhængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)	
A. Processen for at gennemføre patient - personale debriefing (dvs., mødet med patienten for at bearbejde hændelsen) er beskrevet i en nedskrevet politik.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B. Processen for debriefing af patienter er en del af organisationens undervisningsforløb.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C. Patient - personale debriefing tager hensyn til patientens funktionsniveau. Fx erkender personalet, at en patient kan mangle de analytiske og verbale færdigheder, der er nødvendige for at kunne vurdere sin egen adfærd.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D. Patient - personale debriefingen forsøger at forklare, hvorfor interventionen var nødvendig, med mulighed for at patienten kan bidrage med sin respons, når det er hensigtsmæssigt og sikkert.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E. Patient - personale debriefingen anvendes til at identificere triggere og advarselssignaler på adfærden, der førte til behovet for personalets indgriben og assistance.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F. Patient - personale debriefingen anvendes til at identificere alternative deeskaleringsstrategier, som kan gøres til en del af patientens pleje- og behandlingsplan.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
G. Det rigtige tidspunkt for patientens debriefing bliver overvejet (Patienten er måske ikke rolig nok til at tænke over sin adfærd og alternativer til denne, umiddelbart efter interventionen, omvendt kan der opstå mangel på "sammenhængskraft/interesse", hvis tidspunktet for debriefingen er for langt ude i fremtiden).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
H. Patient - personale debriefingen anvendes som en mulighed for personalet til at genoprette relationen til patienten og omvendt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
I. Personale-til-personale debriefingen adresserer spørgsmål i forbindelse med modoverføring ⁴ .	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
J. Personalet tilbydes muligheder for at bearbejde hændelsen i forhold til deres følelser, reaktioner og sikkerhed.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
K. Organisationen overvejer brug af personalestøttegrupper, krisehjælp eller andre systematiske fremgangsmåder, som kan hjælpe personalet med at bearbejde deres følelser.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
L. Personale-til-personale debriefinger fokuserer på, hvad der virkede og ikke virkede og forskellige fremgangsmåder, der måske kan afprøves i fremtiden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
M. Hospitalet har en procedure for indsamling af oplysninger om og analyse af resultaterne fra debriefingerne for at kunne forbedre organisationens præstationer, herunder revidering af politikker og procedurer, tilpasning af uddannelser og justering af planer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

⁴ Begrebet modoverføring tilhører den psykodynamiske referenceramme.

8. Kommunikation og inddragelse af brugerne:

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammenhængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)	
A. Patienterne er ikke afskåret fra kontakt under interventionen - ansatte interagerer med patienten under FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
B. Personalet er lydhøre over for patientens behov for at kommunikere og for at blive integreret i miljøet igen efter interventionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
C. Familierne underrettes om organisationens FT politikker og informeres, når disse interventioner er anvendt, herunder en forklaring på, hvorfor interventionen var nødvendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
D. Kommunikation med patienter og deres pårørende respekterer deres behov og særlige situationer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
E. Organisationens behandlingsfilosofi lægger vægt på at være brugerorienteret, bl.a. ved at inddrage patienter og pårørende i pleje- og behandlingsplanlægningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
F. Ved indlæggelse orienteres patienterne og deres pårørende om afdelingen og programmet (dagligdagen, regler, rammer, forventninger, miljøterapien, aktiviteter, plejen og behandlingen), herunder anvendelse af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
G. Patienterne og deres pårørende inddrages i pleje og behandling og udskrivningsplanlægning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
H. Der er etableret en proces, hvor pårørende informeres om væsentlige ændringer af patientens tilstand og/eller respons på plejen og behandlingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
I. Organisationen anvender patient- og familietilfredshedsundersøgelser for at få et informeret grundlag for beslutningstagning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
J. Ledelsen giver patienter og/eller patientsammenslutninger mulighed for at få input og/eller give feedback omkring udvikling og evaluering af programmer, processer, politikker og procedurer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
K. Organisationen har en proces for inddragelse af både nuværende patienter og udskrevne patienter i aktiviteter i forbindelse med begrænsning/afskaffelse af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5
L. Ledelsen sikrer, at patientvejleder/patientrådgiver/bistandsværger er involveret i udvikling og evaluering af programmer og processer, der understøtter patienternes empowerment og begrænsningen af restriktive indgreb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5

9. Systemevalueringer og kvalitetsforbedring:

0 = Utilstrækkelige oplysninger og/eller behov for flere oplysninger for at kunne foretage denne vurdering	1 = Ingen handling/ingen diskussion (Lille eller slet ingen erkendelse af, at der er et problem)	2 = Svag erkendelse (Nogen drøftelse og eventuelt noget planlægning, men stadig ingen handling)	3 = Sporadisk/usammenhængende handling (Nogle skridt er taget, men ikke nødvendigvis som en del af en gennemtænkt strategi)	4 = Handling (Aktiviteterne er konsekvente og foregår på grundlag af strategiske planer)	5 = Vedvarende handling (Strategisk fokuserede aktiviteter opretholdes over tid)	
A. Organisationen har etableret politikker, procedurer og systemer til løbende evaluering af behovet for og korrekt brug af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Der er en systematiske datastyringsproces (dataindsamling og analyse), hvor det er relevant for FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Datastyringsprocessen sikrer, at data om FT er nøjagtige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Data stilles til rådighed for pleje- og behandlingsteams, så de kan måle virkningerne af deres bestræbelser på at begrænse/afskaffe brugen af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Data om de restriktive interventioners hyppighed og varighed gøres tilgængelige for gennemgang og analyse på daglig basis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Data indeholder oplysninger om både den langsigtede (måned/år) og kortsigtede (uger/måneder) anvendelse af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Data anvendes til at undersøge sammenhængen mellem brug af FT og andre faktorer, som fx patienters skader, personalets skader, anvendelse af medicin, patient og personale demografi, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Der er et internt auditeringssystem til undersøgelse af FT hændelser og tilvejebringelse af information, der kan bruges til at løse problemer og forbedre plejens og behandlingens kvalitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Organisationen gør brug af kvalitetsforbedrende værktøjer som fx årsag og effekt analyse, Pareto-analyser, scatter diagrammer, statistisk proceskontrol og "repetitive why" ⁵ tilgangen til at analysere data.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Kvalitative data bliver gennemgået, herunder rapporter og dokumentation om FT, for at vurdere muligheder for forbedring.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Spørgeskemaer om brugertilfredshed indeholder elementer, der indsamler data om brugerens erfaring med anvendelsen af FT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Data anvendes til at måle i hvilket omfang målene for begrænsning af FT er nået.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Indsatsen for at begrænse brugen af FT på basis af dataanalyser dokumenteres skriftligt, fx møders varighed og/eller kvalitetsforbedringsdokumenter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁵ "Repetitive why technique" er et problemløsningsværktøj, hvor spørgsmålet "hvorfor" bliver stillet gentagne gange for at komme bagom symptomerne på problemet til de bagvedliggende årsager.

Tjekliste til vurdering af din organisations parathed til at reducere anvendelsen af FT

David Colton, Ph.D.

David Colton er pensioneret fra Virginia Department of Behavioral Health. Han er nu adjungeret professor i Health Care Administration, Mary Baldwin College, Staunton, Virginia.

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra David Colton, Ph.D. af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

Dette værktøj er offentligt tilgængeligt.

Kommentarer om indholdet og anvendeligheden af tjeklisten er velkomne. Opgiv venligst dette dokument som reference og/eller giv feedback til:

Jesper Bak (Jesper.Bak@regionh.dk)

Offentliggørelsesdato: August, 2004; **revideret:** Marts, 2010

Indholdsfortegnelse

<u>Afsnit</u>	<u>Side #</u>
Introduktion	11
Metode	11
Tilbagevendende temaer	12
Scoringsvejledning	14
Administration	16
Analyse og brug: Kulturændring og kvalitetsforbedring	18
Bilag 1. Tabel 1: Sammenligning af temaer	23
Bilag 2. Undervisningsforløb for personale	24
Bilag 3. Tabel 2: Retningslinjer for programudvikling	26
Referencer	27

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra David Colton, Ph.D. af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

Introduktion

Brugen af FT i psykiatriske behandlingstilbud giver ikke terapeutiske fordele, men øger risikoen for skader og traumer, og bør derfor bør minimeres og i sidste ende afskaffes.

Aktuel forskning angående metoder til begrænsning og/eller afskaffelse af FT indikerer, at organisatoriske faktorer spiller en større rolle i bestræbelserne på at begrænse FT end viden om det enkelte individ, der udsættes for FT. Formålet med denne tjekliste er, at give organisationer en systematisk tilgang til identifikation af faktorer, som påvirker begrænsning af FT og vurdering af niveauet for organisationens fremskridt i forhold til implementering/adressering af begge disse faktorer. Selv om de oprindeligt er udviklet med henblik på psykiatriske behandlingstilbud, herunder hospitaler, botilbud og ambulant behandling, kan tjeklisten også tilpasses til andre institutioner, herunder skoler og skoler for børn med særlige behov.

Dette dokument er inddelt i to dele. Den første indeholder tjeklisten, som består af ni dele. Den anden del indeholder baggrundsoplysninger til hjælp for udfyldning af tjeklisten og anvendelse af resultaterne. Selvom der findes en vejledning (er på den første side af tjeklisten), opfordres brugerne alligevel til at læse følgende informationer.

Metode

Denne tjekliste er baseret på en gennemgang af mere end 80 publikationer og internetressourcer (referencer). Der er foretaget en indholdsanalyse for at identificere tilbagevendende temaer og de elementer, disse temaer indeholder. Fx kan *Lederskab* omfatte skabelse af en vision for organisationen, som afspejler dennes behandlingsfilosofi, og sikrer at der er en struktur, som understøtter beslutningstagning, forventninger og mål, og fastsætter procedurer for regulering af anvendelsen af restriktive interventioner.

Tjeklisten er inddelt i 9 sektioner (se tilbagevendende temaer, næste side). Disse temaer er fundet i en række andre undersøgelser (Bilag, tabel 1), hvilket giver indholdet troværdighed og bekræfter værktøjets validitet. Når det er muligt, kommer punkterne i en "naturlig" rækkefølge. Fx under punktet ledelse, ville man nok have forventet, at lederen udviser vilje til at begrænse FT (punkt 1-A) forud for udviklingen af en strategiplan (punkt 1-E). Men alle punkter kan eller vil ikke forekomme i en logisk rækkefølge, fordi implementering af aktiviteter til begrænsning af FT ikke altid foregår lineært, men derimod kan være dele af en kontinuerlig og/eller cyklisk proces.

Den karakterskala er tilpasset efter *Transtheoretical Model of Change* (Prochaska og DiClemente, 1984 og beskrevet i Miller, 1999), og tyder på at der er et kontinuum, som folk bevæger sig igennem, mens de forsøger at ændre deres individuelle adfærd. Denne rækkefølge kan tilpasses til organisationer, mens medlemmerne overvejer, iværksætter og opretholder ændringer for grundlæggende at forandre organisationens eksisterende præstationsniveau.

Der er anvendt en Delphi teknik (via e-mail) til at afprøve værktøjet, denne omfattede to runder med gennemgange og ændringer. Det første udkast til værktøjet blev sendt til syv eksperter til gennemsyn og kommentarer. For at få undersøgt både indhold og validitet, bestod ekspertholdet af klinikere, programledere, og undervisere fra psykiatrien i både USA og Canada, der alle har arbejdet med problemer i forbindelse med FT. Værktøjet blev revideret på grundlag af feedback fra eksperterne og derefter sendt ud igen til en anden vurderingsrunde. I løbet af denne proces viste en række andre enkeltpersoner interesse for værktøjet, og derfor blev der tilføjet tretten ekstra gennemlæsere i anden runde. Den anden runde omfattede

klinikere, programledere og repræsentanter fra nationale organisationer, som var involverede i projekter om begrænsning af FT.

På grundlag af den anden runde blev der udformet et tredje udkast til værktøjet, som efterfølgende blev afprøvet i virkeligheden på fem psykiatriske institutioner i USA: fire statshospitaler og et botilbud. Tre af statshospitalerne behandlede voksne patienter, mens et statshospital og botilbuddet behandlede børne- og teenagepopulationer. Til sidst blev tjeklisten gennemgået af en gruppe studerende, der havde gennemført et kursus i konstruktion af værktøjer.

Der er foretaget ændringer på baggrund af den feedback, der er modtaget i hver fase af den forudgående afprøvningsproces. For eksempel er nogle punkter omformulerede, så meningen er mere klar, punkter, som ikke var repræsentative for processen, er blevet slettet, andre punkter er blevet tilføjet, og svarskalaen er blevet omformuleret. Der har også været feedback på dette beskrivende afsnit, navnlig med hensyn til spørgsmål vedrørende administration og anvendelse af værktøjet, hvor der er foretaget væsentlige ændringer. Selvom den oprindelige forskning fokuserede på anvendelsen af restriktive interventioner for børn og unge, anvendes nu betegnelsen "patient" for at udvide tjeklistens anvendelsesmuligheder i forhold til aldersgrupper og behandlingstilbud. Tjeklisten er egnet til en lang række befolkningsgrupper samt til en række behandlingstilbud herunder hospitaler, botilbud, ambulant behandling og skolernes undervisningsprogrammer for børn med indlæringsvanskeligheder.

Tilbagevendende temaer

Der er en række temaer og faktorer, som gentager sig i litteraturen. Fx har Child Welfare League of America (Bullard, Fulmore, and Johnson, 2003) og National Technical Assistance Center (2003), identificeret seks faktorer til begrænsning af FT. Delany (2002) har identificeret fire overordnede temaer og en række sekundære faktorer, og den undersøgelse, som nærværende tjekliste er baseret på, har identificeret ni centrale temaer. Selvom disse undersøgelser måske har anvendt forskellige terminologier, behandler de hovedsageligt de samme emner (Bilag, tabel 1). Derudover indgår alle disse temaer i Joint Commission's (JCAHO) retningslinjer for brug af FT (2002).

Set ud fra et organisatorisk udviklingsperspektiv, er disse temaer og faktorer interaktive. Fx skal uddannelsesforløbene orientere personalet om strukturen i pleje-/behandlings-/pædagogiske planer og give medarbejderne den nødvendige viden og færdigheder, så de kan implementere planerne konsekvent på tværs af vagthold. Derfor kan fremskridt i forbindelse med adressering af en faktor få indflydelse på de fremskridt, der gøres med en anden faktor.

Selvom intet tema er altafgørende, tyder en række undersøgelser på, at uden en effektiv ledelse, vil en indsats for at begrænse brugen af FT være ustruktureret, ikke understøttet og i sidste instans mindre effektiv. For eksempel konkluderede New York Commission on Quality Care (1994), at "snarere end institutionens demografiske eller kliniske patientkarakteristika, er det behandlingspræferencerne og det administrative og kliniske personales praksis, som er afgørende for lav forekomst af FT". Kommissionen konstaterede, at disse institutioner havde administratorer, der tror stærkt på minimal brug af FT og har indført og fremmet en praksis hvor FT er minimeret og fastholdt på en lavt niveau.

Endelig forsøger tjekliste at gøre disse temaer operationelle ved at identificere specifikke handlinger/faktorer, der skal være til stede for at begrænse anvendelsen af FT. Selvom denne liste er omfattende, skal den ikke betragtes som udtømmende, da yderligere handlinger, som er

unikke for en bestemt organisation, sandsynligvis bliver identificeret i løbet af den proces hvor det eksisterende præstationsniveau sammenlignes med tjeklisten.

1. Lederskab: Aktiviteter til begrænsning af FT er resultatet af en bevidst beslutning hos både de administrative og de kliniske ledere om, at dette er et værdifuldt mål, som organisationen er villig til at bruge ressourcer på og uden dette engagement, vil bestræbelserne på at begrænse brugen af restriktive interventioner mangle fokus og blive mindre effektive. Bestræbelser på at begrænse/afskaffe FT har en tendens til at være mere fokuserede og rettidige, når ledelsen mener, at disse interventioner ikke har nogen terapeutisk effekt. Omvendt er det sådan, at når ledelsen mener, at FT har en terapeutisk effekt eller at dette i bedste fald er et nødvendigt onde, vil organisationen skulle kæmpe med processen (Colton, 2008).

2. Orientering og uddannelse: En række organisationer, som har haft succes med at begrænse FT, har implementeret et omfattende uddannelsesprogram, som er gennemført konsekvent. Oplæring og orientering af nye medarbejdere skal præsentere personalet for institutionens pleje- og behandlingsfilosofi, organisationskultur, programstruktur, politikker og procedurer, som er relevante for brugen af restriktive interventioner, og giver personalet de nødvendige kompetencer til effektiv patientstøtte, ledelse og sunde relationer (Bilag 2).

3. Personalenormering: Personalenormeringen sikrer, at et passende antal kvalificerede medarbejdere er til rådighed, så organisationens mission kan implementeres. I nogle af studierne fremgik det, at organisationer kunne påvirke brugen af FT ved at sikre, at der var et tilstrækkeligt antal ansatte til rådighed på kritiske tidspunkter som overgangsperioder ved vagtskift og om aftenen.

4. Miljøfaktorer: Det fysiske miljø vedrører faktiske fysiske faktorer, såsom antal kvadratmeter, ventilation, temperatur, belysning, støj og lugt, samt hvordan personale og patienter oplever miljøet. Dette gælder især for personer, der kan være over eller under stimuleret af deres miljø, fx personer med autisme. Der er flere vidnesbyrd om, at miljøet kan bruges til at dæmpe og deeskalere adfærd, og således at mindske behovet for FT, fx ved brug af beroligende områder og rum (comfort room, calming spaces) (Champagne and Stromberg, 2004).

5. Programstruktur: Et program er en gennemtænkt række af aktiviteter, der gennemføres inden for en bestemt kontekst med henblik på at opnå de ønskede resultater. Programmerne er baseret på en række af grundlæggende principper og værdier, som er ledetråde for implementeringen. Programmerne tilvejebringer en struktur for patient-personale interaktioner og skal skabe grundlaget for et støttende og terapeutisk miljø. Programmer som har været i stand til at begrænse brugen af FT er typisk baseret på patient empowerment - dette kaldes ofte *strength-based treatment* - at tage ansvar for egen opførsel/adfærd (i sammenhæng med patientens fysiske, kognitive, affektive og sociale udvikling og vanskeligheder) snarere end at presse en struktur igennem med brug af ekstern kontrol. Dette kan omfatte normalisering af daglige rutiner og give friheder, som ikke historisk er typiske for institutionaliseret behandling (Bilag 3. Tabel 2)

Der er også evidens for at adfærdsregulerende foranstaltninger, som kan være gavnlige for nogle individer, ikke passer til programstrukturer, hvor målet er at styrke patienten. Afhængigt af populationen og de individer det drejer sig om kan niveau- og belønningssystemer (level systems and token economies) faktisk forøge magtkampene og understøtte en kultur præget af ekstern kontrol, som fører til anvendelse af FT (Mohr, et. al., 2009).

6. Vurdering og pleje- og behandlingsplanlægning er rettidig, hurtig og påvirkelig af patientens tilstand: Pleje- og behandlingsplanlægning (for skoler undervisningsplaner) er individualiseret, inddrager patienten og andre interessenter, og er responsiv ved ændringer af patientens adfærd og behandlingsfremskridt. Der gøres alt, hvad der er muligt for at inddrage både patient (og familie), så han/hun ikke kun opfatter det som en proces, hvor andre gør noget for/mod dem. Der er øjeblikkelig respons ved signifikante ændringer af en patients adfærd i form af en gennemgang af og efter behov, ændring af pleje- og behandlingsplanen. Et studie fandt fx, at intern klinisk konsultation var en hjælp til identifikation af alternative pleje- og behandlingsmetoder, som ikke umiddelbart var indlysende for patientens primære pleje- og behandlingspersonale (Donat, 1998).

7. Processen efter hændelsen (debriefing): Debriefing med patienten hjælper med til at genopbygge hans/hendes relationer til personale, andre patienter og miljøet. Den giver også mulighed for at reflektere over den adfærd, som førte til interventionen og til identifikation af coping strategier og adfærdstyper, som kan bruges i fremtiden. Debriefing med patienten tager individets modenhed og evne til at få gavn af processen i betragtning. Personalet har ligeledes behov for at bearbejde hændelsen, særligt angående deres følelser, reaktioner og sikkerhed og situationen skal undersøges for at bestemme, hvad der virkede og forskellige fremgangsmåder, der evt. kan prøves i fremtiden. Spørgsmål i forbindelse med modoverføring⁶ skal behandles. Som konsekvens skal processen for gennemførelse af en debriefing integreres i organisationsstrukturen og understøttes gennem personaleudvikling.

8. Kommunikation og inddragelse af brugerne: Den amerikanske præsidents "New Freedom Commission on Mental Health" lægger vægt på større inklusion af brugere og deres familier i behandlingsprocessen, med særlig vægt på selvbestemmelse. Dette afsnit handler om faktorer, der forbedrer kommunikationen med og inddragelse af patienter, fx personalet interagerer med patienterne for at sikre, at de ikke er alene under interventionen, og personalet reagerer på patienternes behov for interaktion og for igen at blive integreret i miljøet efter interventionen. Familier og interessenter underrettes om organisationens politikker og informeres, når disse interventioner er anvendt, herunder en forklaring på, hvorfor interventionen var nødvendig. I en åben organisation inddrages patienter, familier og andre interessenter i forandringsprocesserne, som fx udviklingsprogrammer, politikker og procedurer.

9. Systemevaluering og kvalitetsforbedring: Organisationen etablerer politikker, procedurer og systemer til løbende evaluering af behovet for og passende brug af FT. Dette omfatter mere end gennemgang af FT data. Data analyseres og bruges til evaluering af effektiviteten af hele systemets bestræbelser på at nå organisationens mål om begrænsning af brugen af restriktive interventioner.

Scoringsvejledning

Den tvær-teoretiske forandringsmodel blev oprindeligt udviklet som en metode til konceptualisering af "den rækkefølge af stadier, som mennesker typisk gennemgår, når de tænker på, begynder og opretholder ny adfærd" (Miller, 1999, s. 16), særligt ved anvendelse på misbrugsbehandlingsområdet. Modellens udgangspunkt er, at forandring ikke er lineær, og at individer kan bevæge sig frem og tilbage mellem stadierne.

⁶ Begrebet modoverføring tilhører den psykodynamiske referenceramme.

Denne model kan også bruges som en metode til identifikation af passende interventioner på grundlag af individets forandringsstadiet. Fx kan en patient som tilsyneladende er i *overvejelsesstadiet* måske være ambivalent omkring problemet, men vil sandsynligvis acceptere at blive oplyst om misbrugets negative virkninger. En patient i *handlingsstadiet* vil sandsynligvis have gavn af procesorienterede terapier og støttegrupper.

Modellen er tilpasset til denne tjekliste og baseret på peer-review feedback, og beskrivelserne er ændret til: Ingen handling/ingen diskussion, svag erkendelse, sporadisk/usammenhængende handling, handling og vedvarende handling. Der er også en valgmulighed, hvis der er utilstrækkelige oplysninger eller brug for flere oplysninger for at kunne foretage en vurdering. Når denne model bruges på organisationer, opfattes forandring også som en longitudinal proces, som sker i stadier, og alt efter omstændighederne måske ikke er lineært fremadskridende. Og fordi begrænsning af FT er en kompleks proces, kan organisationer opdage at de gør fremskridt med nogle aktiviteter, men at det ikke går så hurtigt på andre områder. Af denne grund skal hvert tema vurderes uafhængigt af de andre temaer, og det kan være, at der også sker selvstændige fremskridt med nogle elementer, på trods af at de hænger sammen med andre elementer. En administrator kan fx have givet klart udtryk for, at begrænsning af FT er organisationens primære mål, men han/hun har ikke taget de nødvendige ekstra skridt for at påvirke denne forandring.

Som hjælp til tildeling af point er der følgende information om hvert trin med eksempler på, hvordan de kan vurderes på det *organisatoriske niveau*:

0 = Utilstrækkelige oplysninger: De personer, der udfylder tjeklisten, har måske ikke nok oplysninger, data eller viden til at kunne tage en informeret beslutning. Et flueben ved denne boks indikerer behov for at indhente den nødvendige information og vende tilbage og give point for punktet, når man har denne information.

1= Ingen handling/ingen diskussion: I denne fase er der ingen formel konsensus i organisationen om at der er et problem, og hvis nogle medlemmer mener, at der kan være et problem, er der ingen koordineret indsats eller intention om at adressere problemet. Fx på trods af data, der tyder på omfattende brug af FT, giver organisationens medlemmer udtryk for at dette "er en naturlig del af arbejdet" og bør forventes som en del af en adfærdsterapeutisk behandling. I sådan en organisation er gennemgangen af data overfladisk, og der er ingen formaliseret proces for anvendelse af data, såsom opstilling af mål eller udvikling af en strategiplan.

2 = Svag erkendelse: På dette trin er der en voksende erkendelse af et problem på enkeltperson niveauet, men stadig ingen konsensus mht. hvor dybtgående eller omfattende problemet er, og hvad der eventuelt kunne gøres ved det. Der kan være større diskussioner om det på ledelsesmøder og et ønske om at indhente information til en evaluering af problemets omfang. Der er dog stadig en tendens til at acceptere FT som et nødvendigt onde, og nogle medlemmer argumenterer måske for den gavnlige terapeutiske virkning af handlingerne. Manglen på konsensus kan resultere i fortsat ubeslutsomhed, selv hvis der er voksende dokumentation for, at manglende handling kan skade plejens- og behandlingens kvalitet. Ledelsen erkender måske behovet for begrænsning af FT, men handler ikke med det samme. Der kan forekomme lidt indledende planlægning, men der gøres ikke noget aktivt for at implementere planen.

3 = Sporadisk/usammenhængende handling: På dette trin er der aktiviteter, men de er ikke nødvendigvis fokuserede på at opnå et bestemt mål. Der er fx måske stadig ikke konsensus

inden for organisationen angående problemets omfang og betydning eller behovet for en systematisk tilgang til adressering af problemet. Derfor har organisationen måske (eller måske ikke) udviklet en strategiplan angående begrænsning af FT. Når der ikke formuleres mål og planer, kan handlingerne være for fragmenterede, og de bidrager måske ikke til langsigtede forbedringer. Fx kan en leder af et område igangsætte uddannelse af sine egne underordnede, men det sker ikke konsekvent pga. ressourceproblemer, og uddannelsen tilbydes ikke til pleje- og behandlingspersonalet i hele organisationen. Politikker og procedurer bliver måske reviderede og formidlet til personalet, men der er ikke etableret procedurer til sikring af at de accepteres og udføres effektivt. Dette kan føre til frustration og at plejepersonalet får en opfattelse af at ledelsen ikke påtager sig lederskabet.

4 = Handling: For at være kommet til dette stadie skal organisationen formelt have erkendt problemets omfang og der er konsensus i organisationen omkring begrænsning af brugen af FT. Der har været en struktureret planlægningsproces, og de nødvendige handlinger for at kunne opfylde målene og implementere planen er sat i gang. Fx kan der være igangsat en struktureret uddannelsesplan for personalet i hele organisationen, som er baseret på organisationens pleje- og behandlingsfilosofi og værdier der styrker personalets kompetencer. Teoretisk set bør resultatet af handlingerne være mærkbare ændringer af organisationskulturen. Ændringerne kan også give en vis uro blandt organisationens medlemmer, fordi værdier, procedurer og rutiner forandres løbende.

Skillelinjen mellem stadiene ”svag erkendelse, sporadisk/usammenhængende handling” og ”handling” er kritisk og kan opsummeres med talemåden ”handling siger mere end ord”. Organisationerne kan i ”svag erkendelse og sporadisk/usammenhængende handling” stadiene engagere sig i et antal forsigtige aktiviteter, som fx oprettelse af arbejdsgrupper til undersøgelse af problemet. Men ”handling” stadiet er derimod karakteriseret af tydelige, synlige og målbare aktiviteter, som udføres med det formål at implementere organisationens formulerede strategi, som fx antallet af medarbejdere der består en kompetencebaseret vurdering af færdigheder, patienter og familier deltager i møder om pleje- og behandlingsplanlægning og ændringer af personalets verbale interaktioner med patienter.

5 = Vedvarende handling: Dette stadie udviser langsigtede adfærdsændringer og investering af ressourcer i opretholdelse af dette niveau for fremskridt. Fx hvis organisationen har været i stand til at opnå en målbar begrænsning af brugen af TF, gøres der en bevidst indsats for at opretholde de aktiviteter, der har ført til begrænsningen. Dette kræver konstant overvågning af og langsigtet engagement i forandringsprocessen. Selvom udskiftninger af nøglepersonale kan påvirke processen, er disse handlinger så integrerede i organisationens struktur, at de er selvkørende.

Administration

Denne tjekliste er et *værktøj* til gennemførelse af en *intern* vurdering og oplysningerne skal bruges til at identificere områder, hvor der er behov for handling. Derfor kan dette værktøj bruges til gennemførelse af en ”gap-analyse”, dvs. det kan bruges til at identificere forskellen mellem det aktuelle og det ønskede præstationsniveau. Anvendelse af værktøjet bidrager til at skabe forventning om, at organisationen vil reagere på forhold, der bør forbedres og det næste afsnit om analyse og anvendelse, giver flere oplysninger om denne proces.

I testfasen kom der bemærkninger vedrørende brug af de data, der kom fra at værktøjet havde været anvendt til benchmarking i forhold til andre organisationer. I den nuværende udgave er der flere faktorer, der begrænser anvendelsen af denne tjekliste til dette formål. For det første

vil administrationsprocessen i forbindelse med værktøjet sandsynligvis variere fra sted til sted. Fx kan ansatte på forskellige niveauer i organisationen være involveret i udfyldelsen af tjeklisten. Dette kan kompromittere data-troværdigheden på tværs af forskellige steder. For det andet, fordi værktøjet evt. fremhæver mangler, kan organisationer være tilbageholdende med at dele disse oplysninger. For det tredje, forskelle mellem behandlingstilbud (fx indlæggelse eller ambulant, længerevarende versus kort og akut, behandlings- og botilbud versus skole, osv.) kan gøre det svært at skabe et normativt datasæt, i hvert fald ikke uden at gøre en stor indsats for at risikotilpasse de indsamlede data.

Snarere end at bruge tjeklisten til at benchmarke præstationerne i forhold til andre organisationer, bør værktøjet bruges med jævne mellemrum, for at vurdere hvorvidt organisationen gør fremskridt på de områder, hvor der er behov for forbedringer. Intervallet mellem vurderingerne afhænger af organisationen, og hvor store anstrengelser der gøres for at adressere disse faktorer. For at forbedre de periodiske vurderingers troværdighed, bør tjeklisten udfyldes af de samme personer hver gang.

Tjeklisten består af punkter, der operationaliserer de ni temaer. På nuværende tidspunkt er tjeklisten ikke designet til at frembringe en point sum for hvert tema (dvs. man lægger ikke point sammen for at få en karakter for det enkelte tema). I stedet skal hvert punkt evalueres i sammenhæng med det fremskridt, organisationen har gjort, så points for punktet fungerer som en handlingskatalysator.

I testfasen, hvor værktøjet blev konstrueret, blev der anvendt feedback for at tilpasse punkterne, så man var sikker på at pointgiverne kunne svare på grundlag af en fælles forståelse af hvert punkts betydning, dvs. sikring af troværdigheden. Det var dog også helt tydeligt, at på grundlag af de enkelte individers rolle i organisationen - deres erfaring, værdier og adgang til information - vil der være forskel på hvordan individer bedømmer de enkelte punkter. Dette gælder især, når ansatte fra forskellige niveauer i organisationen får mulighed for at deltage i bedømmelse af punkterne. Fx kan en afdelingsleder have et helt anderledes perspektiv på afdelingens programstruktur end en højt placeret administrator.

Når der fremkommer forskellige bedømmelser, opfattes dette måske først som en potentiel konflikt, men hvis dette bruges som en del af en sund, intern vurdering, skulle processen gerne igangsætte kraftige diskussioner, analyser og opbygge konsensus. Som konsekvens vil organisationen måske udvælge et personalemedlem med evner for vejledning til at arbejde med andre, mens de analyserer og diskuterer deres resultater. Pointgiverne vil måske også gerne undersøge dokumentationer, såsom programdokumenter og politikker, som understøtter en bestemt bedømmelse.

Dette værktøj kan administreres på flere forskellige måder i en organisation:

1. Tjeklisten skal udfyldes af mere end én person for at sikre en fyldestgørende vurdering fra flere synsvinkler og for at engagere personalet i forandringsprocessen.
2. Uanset rolle i organisationen, skal de individer, der udvælges til at udfylde tjeklisten have et eksemplar af værktøjet udleveret, som de udfylder *selvstændigt*. Derefter skal de mødes og dele og diskutere deres bedømmelser. Som nævnt i næste afsnit, skal respondenterne bruge disse oplysninger til at identificere styrker og områder med behov for forbedringer. Forudgående tests viser, at det tager 30 - 40 minutter for en enkelt person at udfylde alle tjeklistens afsnit. Det betyder, at der skal afsættes nok tid til udførelse af denne opgave.

3. Som minimum skal *hele* tjeklisten udfyldes af stedets administrator og det øverste ledelsesteam. For psykiatrien omfatter dette typisk lederne af kliniske funktioner, som psykiatri, psykologi, sygepleje, socialt arbejde og administration. Denne gruppe er i sidste instans ansvarlig for at formulere organisationens vision om brug af FT og skal sikre, at der er en plan for begrænsning af disse interventioner og skal sørge for ledelse og retning for forandringsprocessen. Processen med at udfylde tjeklisten kan også fremhæve områder, hvor den øverste ledelse mangler og har behov for oplysninger, som kan danne grundlag for deres vurderinger og for at kunne opfylde deres forpligtelser.
4. Som supplement til den administrative ledelse, kan institutionen udpege bestemte personer til at udfylde tjeklisten, fx medarbejdere der aktuelt beskæftiger sig med begrænsning af FT. Den samme administrationsproces bør følges, dvs. selvstændig udfyldelse af tjekliste og derefter et møde for at diskutere resultaterne. De forskelle, der fremkommer mellem den administrerende ledelse og denne gruppe, bør undersøges.
5. *Bestemte afsnit* af tjeklisten kan også udfyldes af personale på andre niveauer i organisationen. Fx kan medlemmer af et pleje- og behandlingsteam i en bestemt afdeling/afsnit udfylde afsnittene om programstruktur, pleje- og behandlingsplanlægning og debriefing for at foretage en vurdering af afdelingens/afsnittets niveau.
6. Til sidst, er der udformet en ændret, kortere version af tjeklisten, som kan bruges af alle medlemmer af organisationen i form af et spørgeskema og opgørelse af resultater (*Reduktion af anvendelse af fysiske tvangsforanstaltninger – organisatorisk spørgeskema*, Colton and Xiong, 2009). Fordelen ved denne fremgangsmåde er, at den giver en bred vurdering af personalets opfattelser, og den hjælper med til at give personalet en introduktion til de begreber, som vil blive brugt i bestræbelserne på at begrænse FT.

Analyse og brug: Kulturændring og kvalitetsforbedring

Processen ved brug af tjeklisten er næsten den samme som ved udvikling af en pleje- og behandlingsplan sammen med en patient. Tjeklisten fungerer som et diagnoseværktøj og patienten er i dette tilfælde organisationen. I gennemgangs- og diskussionsfasen prøver brugerne at opnå enighed om et point for hvert punkt. Forskelle i bedømmelserne skal undersøges. I nogle tilfælde kan gruppemedlemmerne måske ikke blive enige om en præcis karaktergivning, men kan blive enige om, at punktet kan få enten 2 eller 3, 4 eller 5 osv. Fx kan gruppen mene, at angående et bestemt punkt/en faktor, bevæger organisationen sig fra sporadiske/usammenhængende handlinger til en fase med handling, og at en enkelt karakter ikke præcist beskriver denne proces. På andre tidspunkter, kan gruppen måske ikke blive enige. I dette tilfælde kan yderligere oplysninger være nødvendige for at afgøre, om denne faktor skal betragtes som en handling, der er blevet gennemført med succes, eller er en hindring med behov for forbedring.

I situationer, hvor forskellene er blevet polariseret, kan det være bedst at udsætte behandlingen af elementet, indtil personalet har haft tid til at fordøje oplysningerne og at overveje de forskellige meninger. Beslutningstagerne kan vælge at tage fat i de punkter, som de mener nemmest kan opnås inden for rammerne af organisationen og dens ressourcer og udsætte de mere udfordrende punkter. Ikke desto mindre har de organisationer, som har oplevet den største succes med at begrænse FT erkendt, at succesen er opnået gennem grundig behandling af flere elementer, fordi denne fremgangsmåde medfører betydelige kulturændringer. Fx blev Millcreek Behavioral Health Services belønnet med Joint Commission's 2003 Ernest A.

Codman præmien for kvalitetsforbedring af deres tvangsbegrænsede tiltag: fra 1.025 episoder i 1999 til kun 4 fire episoder i 2003. Millcreek ”lagde vægt på den tværfaglige behandlingsplan og teamkonceptet for personalet”. Andre strategier omfattede personaleuddannelse i proaktive deeskaleringsteknikker, særlig overvågning af tvangsansværelsen, ansættelse af sygeplejersker som afdelingsledere for boafsnit, etablering af klare politikker og procedurer for brugen af tvang og udpegning af en engageret sygeplejerske til overvågning af hver enkelt episode med tvang (JCAHO, 2004, s.2).

Foruden tilvejebringelse af en ramme for alternative responsmuligheder, blev den *tværeteoretiske model* udviklet for at vejlede om de passende motivationsstrategier på hvert forandringsstadium. Fx tænker en patient i ”overvejelsesstadiet” endnu ikke på forandringer eller er uvillig eller ikke i stand til at foretage forandringer. En passende respons fra klinikerens side vil være at opbygge forståelse og tillid. Klinikerne kan derefter arbejde med patienten, for at undersøge dennes stofanvendelse og sammen med patienten, undersøge begges opfattelse af situationen (Miller, 1999).

Organisationer kan bruge tjeklisten på samme måde, for at identificere de mest effektive strategier i forhold til opfattelsen af fremskridt for hvert tema og punkt. Fx hvis hospitalets administrator ikke kan se behovet for udvikling af en strategiplan (punkt 1-E: Ingen handling/ingen diskussion), så skal lederne af forandringsprocessen dele information med administratoren om organisationer, der har haft succes med begrænsning af FT, som indgik i kvalitetsforbedringsprojekter, og blev påvirket af en strategisk planlægningsproces (jf. JCAHO, 2001, b).

Ledere af et behandlingsteam kan have problemer med at sikre, at personalet mødes med patienterne efter hændelser (punkt 7-C til 7-H sporadisk/usammenhængende handling). En tilgang til styrkelse af denne aktivitet kan være at oprette et kvalitetsforbedringsteam, som sammenligner situationer, hvor der forekom debriefing og situationer uden. Disse indikerer måske, at debriefing gør en forskel for patientens lydhørhed over for disse interventioner og ofte resulterer i mindre brug af FT. Disse data kan også vise et behov for at forbedre kvaliteten af disse interventioner således, at de er gennemført i overensstemmelse med organisationens politikker og retningslinjer.

Kulturændring

Tjeklisten kan virke som katalysator for forandringer, fordi *handling*, som reaktion på identificerede mangler kan have stor indflydelse på organisationens kultur og processer. Gennemførelsen af disse handlinger bør ske både som top-down og bottom-up-processer. Fra toppen, skal ledelsen komme med en vision, mål, lederskab og ressourcer.

Forandringsprocessen er ikke tilfældig, men snarere strategisk og ledelsen er ansvarlig for at skabe et grundlag for gennemførelse af ændringer. Fra bunden, skal personalet tage ejerskab for nye processer. Fx bør plejepersonalet indgå i beslutninger om ændringer i programmets struktur, planlægning, og pleje- og behandlingsplaner.

Dernæst er en organisations kultur dens indre identitet (baseret på normer, praksis, holdninger og antagelser) - hvordan medlemmerne opfatter sig selv i forhold til organisationens opgaver og processer. Men når der handles, som reaktion på opfattede mangler, kan organisationens værdier, processer og resultater udvikle sig betydeligt i forhold til den aktuelle situation. Når man fx begynder at arbejde mere patient-centreret, vil plejepersonalet få en bredere forståelse af patientadfærd og deres roller i forbindelse med pleje og behandling. Dette bør resultere i

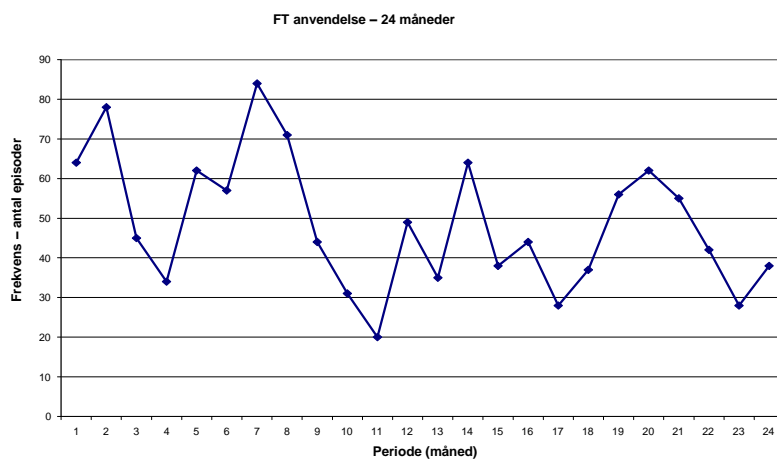
forskellige tilgange til at arbejde med patienter, ændringer af relationer og magtbalancer og af personale-patient interaktionernes karakter og niveau.

Denne forandringsproces sker ikke med det samme og organisationer, der rapporterer succes med at omforme deres kultur og arbejdsklima tyder på, at dette er en proces, der tager flere år. Fx blev en begrænsning af tvangsanvendelse på 99 %, rapporteret af Millcreek Behavioral Health Services, opnået gennem en periode på fire år. I bogen *Good to Great* (2001), betegner forfatteren Jim Collins dette som "svinghjuls" princippet, fordi det kræver mange handlinger i mange år for at få fremdrift i forandringerne af organisationen. Til sidste nås et kritisk punkt, når disse handlinger begynder at producere konkrete og vedvarende resultater. Gennem brug af dette instrument til selvevaluering, kan organisationer identificere de handlinger, der skal iværksættes for at komme videre med målsætningen om at begrænse FT.

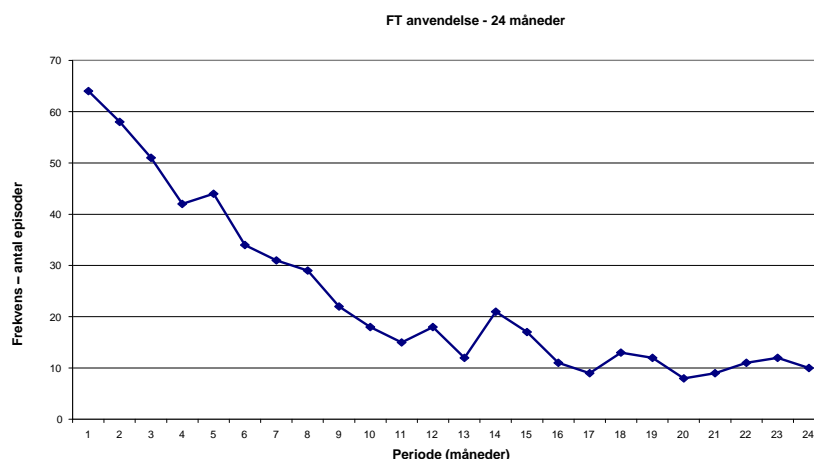
For at understøtte forandringsprocessen, er det en god idé at formulere hvordan man mener, at organisationen kommer til at se ud og føles, efter man har behandlet de faktorer, der er relevante i den aktuelle situation. Dvs. at gennemfører "mental billeddannelse" i organisationen som respons på disse ændringer. For eksempel, vil en person, der kommer ind i organisationen for første gang kunne se direktøren mødes med nye medarbejdere, hvor stedets mål, værdier og filosofi forklares med stor begejstring. På et hospital/center/afdeling, vil den besøgende kunne høre verbal interaktion, der stort set er fri for eksternt kontrolsprog, fx sætninger der begynder med ordene "Du skal...". Den besøgende vil kunne fornemme, at personalet føler sig sikrere og har mere tillid til egne evner, og patienter give udtryk for større tilfredshed med deres oplevelse af at være indlagt og resultaterne af plejen og behandlingen.

Endelig skal løbende evalueringer og forbedring af processerne føre til begrænsning af anvendelsen af FT (frekvens og varighed), *vedvarende* og over tid. Dataovervågning og analyse kan omfatte brug af grafer til kortlægning af organisationens fremskridt. Nedenstående diagrammer illustrerer den type forandringer, der skal forekomme, efterhånden som den organisatoriske kultur udvikler sig med hensyn til anvendelse af FT.

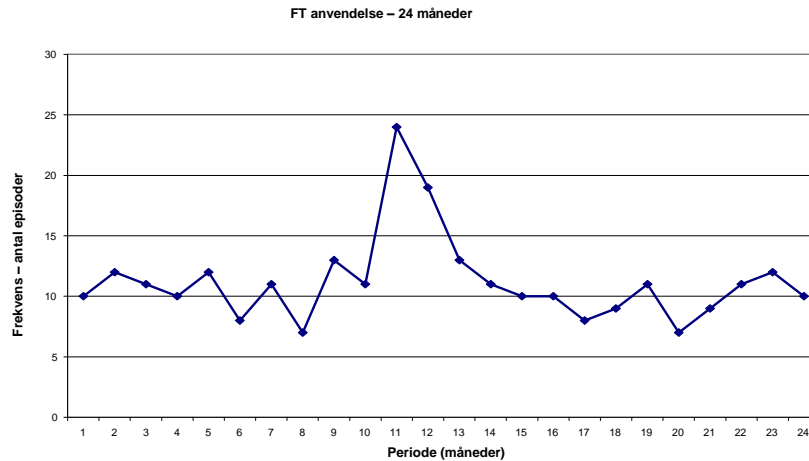
Hver graf repræsenterer en 24 måneders periode, hvilket burde være nok til at vise en stabil udvikling. Den første graf (næste side) viser en organisation, der ikke har gennemført eller kun har gennemført et par af de handlinger, som skitseres i tjeklisten. I kvalitetsudviklingsprogr brug er processer ude af kontrol i denne institution, fordi der er stor variation fra måned til måned. Dette mønster ses typisk, når der anvendes FT overfor en betydelig procentdel af patienterne (almindelig variation) og/eller når data forskubbes pga. et par patienter, der kræver omfattende brug af disse interventioner (særlig variation). Faldende anvendelse i en kort periode (fx mellem den 7. og den 11. måned), kan give et fejlagtigt indtryk af, at anvendelsen generelt er faldende og behandlingspersonalet kan tro, at deres bestræbelser på at mindske FT virker.



Den anden graf viser en organisation, der har gennemført en række tiltag til at begrænsning af FT. Efterhånden som yderligere handlinger igangsættes, falder anvendelse af FT. Foruden en faldende tendens til anvendelse, der færre udsving fra måned til måned. Tilsvarende tendenser kan iagttages, når varigheden af de restriktive interventioner er indregnet, fx bør den gennemsnitlige varighed af FT falde, det samme gælder for hændelsernes hyppighed.



Den tredje graf illustrerer en organisation, der har opnået vedvarende begrænsninger af FT. Men en nylig indlagt patient har medført øget anvendelse af isolation og en pludselig topværdi i de registrerede data. Efterhånden som forskellige behandlingstiltag forsøges, falder behovet for FT. Sådanne stigninger er forudsigelige, men når processen er under kontrol (dvs. når pleje- og behandlingsteamet er i stand til at reagere hurtigt ved at revurdere patienten og ændre pleje- og behandlingsplanerne (punkt 6-J)), vil det tage kortere tid at genoprette baseline niveauet.



OPSUMMERING

Tjeklisten *til vurdering af din organisations parathed til begrænsning af FT* er udviklet på baggrund af et omfattende litteraturstudie. Den begrebsmæssige ramme er baseret på ni tilbagevendende temaer fra litteraturen og hvert tema operationaliseres ved hjælp af en række punkter. Svarmulighederne er tilpasset fra *Transtheoretical Model of Change* som en målstok for organisatorisk respons.

Tjeklisten giver organisationer en systematisk tilgang til identifikation af faktorer, som påvirker begrænsning af FT og vurdering af omfanget af organisationens fremskridt i forhold til implementering/adressering. Organisationerne opfordres til at bruge denne proces som et forandringsværktøj og som støtte til udvikling af organisationens værdier, mål og praksis.

Bilag 1. Tabel 1: Sammenligning af temaer

<u>Værktøj (Colton)</u>	<u>CWLA</u>	<u>NTAC</u>	<u>APA, APNA, NAPHS</u>	<u>Delaney</u>	<u>JCAHO (2002)</u>
Ledelse	Ledelse, organisationskultur	Ledelse af organisationsændringer	Ledelse og kultur	Organisationskultur og ledelse	Ledelse
Uddannelse/personalets færdigheder	Uddannelse af personale og faglig udvikling:	Personaleudvikling	Uddannelse af personale	Opbygning af personalets færdigheder	Personaleorientering, uddannelse og kompetencevurdering
Personalenormering				Personale - skab en gruppe sygeplejersker med ekspertviden	Bemanding og arbejdsplanlægning
Fysisk miljø					
Programstruktur	Behandlingsmiljø		Miljøstyring og tidlig intervention		Alternativer til FT
Vurdering og pleje- og behandlingsplanlægning er rettidig, hurtig og påvirkelig af patientens tilstand	Politik, procedurer og praksis herunder udførlige vurderinger og behandlingsplanlægning	Anvendelse af FT begrænsningsværktøjer	Vurdering, behandlingsplanlægning og dokumentation	Patientfaktorer Afdelingsbaseret konsultation	Vurdering Kliniske protokoller
Processen efter hændelsen/debriefing	Politik, procedurer og praksis herunder overvågning og debriefing	Debriefing aktiviteter	Debriefing	Transaktioner - systematisk gennemgang af tvangshændelser, vurdering af hændelser	Debriefing
Kommunikation & inddragelse af patienter:		Brugerens rolle som indlagt patient		Patientfaktorer, forældre/barn opfattelser	Individ og familie inddragelse og uddannelse
Systemevaluering og kvalitetsforbedring	Kontinuerlig kvalitetsforbedring	Brug af data	FT som en virksomhedspræstationsforbedringsproces	Transaktioner - vurdering af hændelser med vægt på at undersøge beslutningstagningsprocessen	Præstationsforbedrende handlinger

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra David Colton, Ph.D. af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

Bilag 2: Undervisningsforløb

Ved test af tjeklisten, har flere gennemlæsere anført, at det vil være hensigtsmæssigt at oplyse om undervisningsforløb, der understøtter begrænsning af FT. Der er tydelig konsensus i litteraturen om, at personaleuddannelse er en af de vigtigste faktorer, som kan påvirke begrænsning af FT. Men som Mohr og Anderson påpeger ”der er meget lidt forskning der tyder på, at ansatte i psykiatrien har tilstrækkelig uddannelse og kvalifikationer. . . . litteraturen har heller ikke dokumenteret, hvorvidt de ansatte har de nødvendige terapeutiske færdigheder til at reagere verbalt på patienter, der er i en akut aggressiv sindstilstand. Der er tværtimod meget der tyder på, at de ikke har disse evner, og at de måske fremkalder aggressiv adfærd” (2001, s. 3).

En gennemgang af uddannelsesprogrammer og informationsmateriale tyder på, at der ikke i øjeblikket anvendes en systematisk tilgang. Desuden har evalueringen af effektiviteten af uddannelsesprogrammer generelt været begrænset til selvstudier. Ikke desto mindre, ligesom ved udviklingen af tjeklisten, viser analyser af oplysninger om uddannelse af personale, at der er nogle tilbagevendende temaer.

Uddannelse af personalet er omfattende. De programmer, som fremstår som de mest effektive, dækker som regel en bred vifte af emner, i stedet for primært at fokusere på adfærdsmæssige interventioner, som fx den rette teknik til fysisk fastholdelse. Undervisningsplanen for ”Therapeutic Crisis Intervention” (Family Life Development Center, 2003) fortæller brugerne, at uddannelsesprogrammet ”skal være 4 til 5 dage langt med mindst 24 undervisningstimer - hvis uddannelsen varer mindre end 24 timer, skal der ikke undervises i tvangsforanstaltninger” (s. 17). Et andet eksempel kommer fra et børnepsykiatrisk hospital, hvor det direkte plejepersonale blev uddannet i ”Boys Town Psychoeducational Treatment Model”, som bestod af 40 timers klasseundervisning i en periode på tre uger. Før og efter tests af patienternes tilfredshed med det direkte plejepersonale viste statistisk signifikante forskelle på områderne retfærdighed, effektivitet og venlighed og større tilfredshed med omsorg og konsekvens (Furst Raskino, et. al. 1993).

Processen med etablering af uddannelse er løst. På grund af personalemangel, krav til personalet om overvågning af voldelige eller selvskadende patienter, og modstanden mod uddannelse oplever organisationer ofte, at det er vanskeligt at sikre, at alle medarbejdere modtager nok uddannelse på det ønskede niveau. Effektive organisationer anerkender betydningen af uddannelse og adresserer og løser derfor problemet. Fx ved kompetencebaseret pleje- og behandling må personalet ikke arbejde med patienter, før de har udvist et bestemt kvalifikationsniveau, måles ofte med en skriftlig test og/eller udvisning af færdigheder. Nogle organisationer kræver, at personalet deltager i uddannelse og består de nødvendige tests, før de får udbetalt løn. Mange organisationer skaber opfindsomme planlægningsformer for både elever og undervisere for at sikre, at uddannelsen finder sted. Endelig er der, når ressourcerne tillader det, ansat yderligere personale for at understøtte uddannelsesprocessen (Campbell, 2003).

Uddannelsen gør brug af en række forskellige undervisningsmetoder. Et effektivt undervisningsforløb er ikke begrænset til klasseværelsesforedrag og præsentationer. Der bruges mange forskellige undervisningsmetoder, herunder rollespil, praktiske demonstrationer og øvelser (Furst, ibid.). Dette kombineres ofte med vejledning og coaching i løbet af den ansattes første uger og måneder på jobbet. Uddannelsen er ofte kompetencebaseret for at sikre, at den ansatte udviser de forventede evner og færdigheder *før* kontakt med patienter.

Uddannelsesforløbet indeholder begrebsafklaring. En effektiv uddannelsesplan vil indeholde lektioner, der dækker menneskelig vækst og udvikling, behov og adfærd hos de populationer der serviceres, anvendelse af medicin (herunder risici versus fordele) og adfærdsprincipper herunder læringsteori og adfærdsmodificering. Der bruges specifikke eksempler for at vise, hvordan

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra David Colton, Ph.D. af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

begreberne bruges i forbindelse med de patienter, som den ansatte vil komme til at arbejde med, og hvordan denne viden kan bruges til at vurdere og arbejde med individer (fx hvordan denne viden indarbejdes i udviklingen af patientens pleje- og behandlingsplan).

Uddannelsesplanen orienterer de ansatte om organisationens politikker, procedurer og programmer. Organisationens værdier, mål og strategier for effektiv behandling, herunder anvendelse af FT, forklares og diskuteres. De ansatte skal tilskyndes til at reflektere over deres egne værdier og overbevisninger og om de er i modstrid med eller passer til organisationens værdier. Uddannelse bliver derfor en del af organisationens kulturoppbyggende proces. Særlige politikker og procedurer, med hensyn til anvendelse af FT, bør indføres som en del af den mere detaljerede gennemførelse af disse interventioner.

Uddannelsen fokuserer på at opbygge effektive sociale kompetencer, som giver personalet et repertoire af interventioner, som kan anvendes før implementeringen af mere restriktive interventioner. Denne del af undervisningen koncentrerer sig om områder som: situationsvurdering, opbygning af relationer, undgå magtkampe, at angive retning og støtte på en positiv måde, aktiv lytning, mægling og personlig stresshåndtering. Nogle programmer underviser også personalet i grundlæggende sociale færdigheder, så de kan styrke disse færdigheder gennem deres interaktioner med patienterne.

Uddannelsen omfatter et "modul", som fokuserer på anvendelsen af FT. Dette aspekt af uddannelsen tager sig af alle aktiviteter i forbindelse med en krisesituation, som kan resultere i brug af FT og indeholder typisk:

- Politikker og procedurer vedrørende anvendelse, dokumentation og overvågning af FT.
- Ansvar og risici.
- De bagvedliggende årsager til patienters truende adfærd (vrede og krise cyklusser).
- Fysiske, kognitive, sociale og følelsesmæssige faktorer der fremkalder en bestemt adfærd.
- Erkendelse af hvordan demografiske faktorer (alder, køn, etnisk oprindelse, misbrugshistorik) påvirker, hvordan patienterne oplever FT (trauma informed care).
- Patientdeltagelse i pleje og behandling.
- Vurdering af situationen.
- Hvordan personalets interaktioner kan påvirke patientens adfærd.
- Bevidsthed om selvet i interaktionen, herunder overføring og modoverføring.
- Deeskaleringsstrategier.
- Adresserer personale- og patientsikkerhed, herunder opdagelse og behandling af tegn på fysiske, kognitive og følelsesmæssige lidelser (fysiologiske og psykologiske effekter).
- Ordentlige og tilladte teknikker til implementering af FT.
- Indikatorer for nødvendig afbrydelse af FT.
- Debriefing og efterbearbejdning sammen med patienten efter hændelsen (Personalet lærer at gennemføre en debriefing og hvordan oplysningerne fra denne proces bruges til at forbedre praksis).
- At få patienten involveret igen og hjælpe med tilbagevenden til miljøet.
- Team debriefing.
- Krav til dokumentation.

(JCAHO, 2002; Family Life Development Center, 2003; Bullard, et. al., 2003; and Pennsylvania Dept. of Public Welfare, 2003)

Bilag 3. Tabel 2: Retningslinjer for programudvikling

Programmet skal:	Fordi:
Inddrage alle potentielle interessenter i opbygning og udvikling af programmet.	Forskning tyder på, at programmer har større sandsynlighed for at blive implementeret, hvis interessenter er med til at udvikle det. Interessenter omfatter pleje- og behandlingspersonale, undervisere, patienter og deres pårørende.
Nemt at implementere for personalet.	Sikrer konsekvent og stabil anvendelse af programmet. Hurtigere for nye ansatte at lære programmet.
Nemt for patienterne at forstå (dvs. indeholder ikke komplekse procedurer).	Hjælper nye patienter med hurtigt at lære programmet. Begrænser konfliktmuligheder/magtkampe om regler og forventninger.
Klart formuleret, kortfattet og skrevet på et niveau, som størstedelen af patienterne kan forstå.	Forbedrer patientens mulighed for at bruge programmet. Reducerer flertydighed, hvilket dermed reducerer konflikter om programmets betydning.
Baseret på et værdisystem.	Værdier udgør grundlaget for programmet. De bagvedliggende værdier, som empowerment, accept af ansvar og social accept, skal formidles til patienter, deres pårørende og personalet.
På grundlag af evidensbaseret praksis.	Programmet bør baseres på tilgængelig litteratur om, hvad der virker og hvorfor. Så vidt muligt skal denne research vise effektive metoder og "bedste praksis" modeller.
På grundlag af en forståelse af at forandring og udvikling ikke er en lineær proces.	Mennesker lærer af deres erfaringer, både gode og dårlige. Mennesker lærer i deres eget tempo og på deres egen måde.
Med den antagelse at den mest effektive forandring (kognitiv, affektiv og adfærdsmæssig) kommer indefra (med udgangspunkt i et individs udviklingsniveau).	Et terapeutisk program forsøger at skabe en kontekst, hvor interaktioner og personlig udvikling for alle patienter er mulig. Eksterne metoder til påvirkning af adfærd passer måske ikke til alle patienter p.g.a. deres personlige udviklingsstadiet.
Er baseret på rimelige forventninger, som fremmer programmets mål og værdier.	Enkelte regler, som patienterne nemt kan overholde, er bedre end mange regler, som ikke kan håndhæves, og kan opmuntre patienterne til at prøve på at omgå dem.
Struktureret sådan at hver enkelt dag går på en logisk, velordnet og systematisk måde. Der bruges ritualer og rutiner for at støtte grundlæggende forventninger.	Struktur hjælper de patienter, som har svært ved at udøve selvkontrol. Mennesker kan almindeligvis ikke lide flertydighed og usikkerhed og har det bedst, når forventningerne er klare (Der skal dog være en balance mellem et meget struktureret miljø og et miljø, der fremmer valgmuligheder og det bør tages i betragtning, om patienten er udviklingsmæssigt parat)
Styrker patienterne, så de kan træffe effektive beslutninger, der ikke skader andre (mentalt, følelsesmæssigt eller fysisk): en kerneværdi.	Programmet er baseret på øget intern/selvkontrol og begrænser behovet for ekstern kontrol af adfærd.
Gør brug af naturlige konsekvenser, hvilket bruges til at styrke processen ”at lære af erfaringer”.	Konsekvenserne giver mening i forhold til miljø, sociale interaktioner og patientens udviklingsniveau.

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra David Colton, Ph.D. af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

Referencer:

1. Allen, John J. (2000). Seclusion and Restraint of Children: A Literature Review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 13(4), 159-167.
2. American Psychiatric Association (2003). Learning from Each Other: Success Stories and Ideas for Reducing Restraint/Seclusion in Behavioral Health.
3. Angold, Adrian and Pickles, Andrew (1993). Seclusion on an Adolescent Unit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 34(6), 975-989.
4. Antoinette, Terrie, Iyengar, Satish, and Puig-Antich, Joaquim (1990). Is Locked Seclusion Necessary for Children Under the Age of 14? *American Journal of Psychiatry*. 147(10), 1283-1289.
5. Arehart-Treichel, Joan (2000). Hospital Offers Lessons on Avoiding Seclusion and Restraint. *Psychiatric News*. December 1.
6. Bath, H. (1994). The Physical Restraint of Children: Is it Therapeutic? *American Journal of Orthopsychiatry*. 64(1), 40-49.
7. Bullard, L., Fulmore, D. and Johnson, K. (2003). *Reducing the Use of Restraint and Seclusion*. CWLA Press. Washington, D.C.
8. Campbell, Nancy R. (2003). The STAR Project: Staff Training and Resources to Support Best Practice to Prevent and Reduce Restraint and Seclusion. *Residential Group Care Quarterly*. 3(3), 2-3.
9. Chandler, W.B. and Francis, P.S. (1995). Performance Improvement through Monitoring Seclusion and Restraint Practices. *Administration and Policy in Mental Health*. 25(5) 525-539.
10. Champagne, T. and Stromberg, N. (2004). Sensory Approaches in Inpatient Treatment Settings: Innovative Approaches to Seclusion and Restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*. 42(9), 1-8.
11. Clay, Rebecca A. (2004). SAMHSA Helps Reduce Seclusion and Restraint at Facilities for Youth. *SAMHSA News*. 12 (1), 1, 8-10.
12. Colton, D. and Xiong, H. (2009). **Reducing Seclusion and Restraint – Organizational Questionnaire**. Internet WWW page at URL: <http://www.ccca.dmhmrsas.virginia.gov/links.htm>
13. 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.
14. Colton, David (1997). The Design of Evaluations for Continuous Quality Improvement. *Evaluation and the Health Professions*, 20(3), 265-285.
15. Collins, Jim (2001). *Good to Great*. Harper Collins Publishers. New York, N.Y.
16. Commission on Quality of Care (1994). Restraint and Seclusion Practices in New York State Psychiatric Facilities, and Voice from the Frontline: Patients' Perspectives of Restraint and Seclusion Use. Internet WWW page at URL: www.cqc.state.ny.us/pubvoice.htm (as of 4/4/02).
17. Committee on Pediatric Emergency Medicine, American Academy of Pediatrics (1997). The Use of Physical Restraint Interventions for Children and Adolescents in the Acute Care Setting. *Pediatrics*. 99, 497-498.
18. Corrigan, Patrick W., et. al. (1993). Pharmacological and Behavioral Treatments for Aggressive Psychiatric Inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*. 44(2), 125-133.
19. Cotton, N. and Geraty, R.G. (1984). Therapeutic Space Design: Planning and Inpatient Children's Unit. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 624-636.
20. Cotton, N. (1989). The Developmental-Clinical Rationale for the use of Seclusion in the Psychiatric Treatment of Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 442-450.
21. Daly, D.L. and Dowd, T.P. (1992). Characteristics of Effective, Harm-free environments for Children in Out-of-Home Care. *Child Welfare*. 71, 487-496.
22. Davidson, Neal A., Hemingway, Michael J., and Wysocki, Tim (1984). Reducing the Use of Restrictive Procedures in a Residential Facility. *Hospital and Community Psychiatry*, 35(2), 164-167.
23. Delaney, Kathleen R. (2002). Developing a Restraint-Reduction Program for Child/Adolescent Inpatient Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Internet WWW page at URL: www.nursinghands.com (as of 8/23/02).
24. Donat, Dennis (1998). Impact of a Mandatory Behavioral Consultation on Seclusion/Restraint Utilization in a Psychiatric Hospital. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 29, 13 –19.
25. Donat, Dennis (2002). Employing Behavioral Methods to Improve the Context of Care in a Public Psychiatric Hospital: Reducing Hospital Reliance on Seclusion/Restraint and Psychotropic PRN Medication. *Cognitive and Behavior Practice*. 9, 28-37.

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra David Colton, Ph.D. af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

26. Donat, Dennis (2003). An Analysis of Successful Efforts to Reduce the Use of Seclusion and Restraint at a Public Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*. 54(8), 1119-1123.
27. Donovan, Abigail, et. al. (2003). Seclusion and Restraint Reform: An Initiative by a Child and Adolescent Hospital. *Psychiatric Services*. 54(7), 958-959.
28. Donovan, Abigail, et. al. (2003). Two-Year Trends in the Use of Seclusion and Restraint Among Psychiatrically Hospitalized Youth. *Psychiatric Services*. 54(7), 987-993.
29. Family Life Development Center (2003). *Therapeutic Crisis Intervention System – Information Bulletin*. Cornell University, Ithaca, NY.
30. Farragher, Brian (2004). A System-Wide Approach to Reducing Incidents of Restraint. *Refocus: Cornell University's Residential Child Care Newsletter*. 9(1,2) 11-14.
31. Fassler, David and Cotton, Nancy (1992). A National Survey on the Use of Seclusion in the Psychiatric Treatment of Children. *Hospital and Community Psychiatry*. 43(4), 370-374.
32. Finke, Linda M. (2002). The Use of Seclusion is Not Evidence-Based Practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. April 29. Internet WWW page at URL: www.nursinghands.com/contentmonkey/content/1128-1.asp (as of 8/27/02).
33. Fisher, Pamela K. and Kane, Catherine (1998). Coercion Theory. Application to the Inpatient Treatment of Conduct-Disordered Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2(3), 129-134.
34. Fisher, W. A. (1994). Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. *American Journal of Psychiatry*. 151(11), 1584-1591.
35. Fox, Lorraine E. (2004). The Impact of Restraint on Sexually Abused Children and Youth. *Residential Group Care Quarterly*. 4(3), 1-6.
36. Fox, Matthew S. (2003). Restraint and Seclusion: the Lakeside Project. *Residential Group Care Quarterly*.
37. Furst, David W., et. al. (1993). Implementation of the Boys Town Psychoeducational Treatment Model in a Children's Psychiatric Hospital. *Hospital and Community Psychiatry*. 44(9), 863-868.
38. Garrison, William T., et. al. (1990). Aggression and Counteraggression during Child Psychiatric Hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 29(2), 242-250.
39. Garrison, William (1984). Aggressive Behavior, Seclusion and Physical Restraint in an Inpatient Child Population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 23(4), 448-452.
40. Goren, Suzanne, Mayton, Kathleen A., Fontanez, Carmen, and Hogarth, Christina R. (1991). What are the Considerations of the Use of Seclusion and Restraint with Children and Adolescents. *Journal of Psychosocial Nursing*, 29(3), 32-36.
41. Goren, Suzanne, et. al. (1993). The Aggression-Coercion Cycle: Use of Seclusion and Restraint in a Child Psychiatric Hospital. *Journal of Child and Family Studies*. 2(1), 61-73.
42. Goren, Suzanne and Curtis, W. John (1996). Staff Members' Beliefs About Seclusion and Restraint in Child Psychiatric Hospitals. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 9(4), 7-14.
43. Goren, Suzanne, et. al. (1996). Reducing Violence in a Child Psychiatric Hospital Through Planned Organizational Change. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 9 (2), 27-38.
44. Hodas, Gordon R. and Lieberman, Robert E. (2004). Point/ Counterpoint: Is Restraint and Seclusion a Therapeutic Intervention or a Therapeutic Failure? *Residential Group Care Quarterly*. 4(3), 11-14.
45. Hunter, Don S. (1989). The Use of Physical Restraint in Managing Out-of-Control Behavior in Youth: A Frontline Perspective. *Child & Youth Care Quarterly*, 18(2), 141-155.
46. Irwin, Martin (1987). Are Seclusion Rooms Needed on Child Psychiatric Units? *Journal of the American Orthopsychiatric Association*. 57(1), 125-126.
47. JCAHO (2001a). Impact of Resolution Focused Therapy© on Length of Stay and Aftercare in Residential Treatment Center. Internet WWW page at URL: www.jcaho.org/codman/cod01_bhc.html (as of 4/4/02).
48. JCAHO (2001b). Restraint Use Reduction: Lake Grove at Maple Valley. *Cost-Effective Performance Improvement in Behavioral Health Care*. Oak Brook Terrace, IL. JCAHO. Pp. 101-112.
49. JCAHO (2000). *Restraint Reduction and Its Impact on Client Care*. Internet WWW page at URL: www.jcaho.org/codman/cod00_lakegrove.html (as of 4/4/02).
50. JCAHO (2002). *Restraint and Seclusion: Complying with Joint Commission Standards*. Oak Brook Terrace, IL. JCAHO.
51. JCAHO. *Millcreek Behavioral Health Services Earns Joint Commission's 2003 Ernest A. Codman Award*. Internet WWW page at URL: www.jcaho.org/news+room/news+release+archives/codman03_millcreek.htm (as of 3/12/04).
52. Joshi, P.T., Capozzoli, J.A., and Coyle, J.T (1988). Use of a Quiet Room on an Inpatient Unit. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 27: 642-644.

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra David Colton, Ph.D. af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

53. JCAHO (2002). *Restraint and Seclusion: Complying with Joint Commission Standards*. Oak Brook Terrace, IL. JCAHO.
54. JCAHO. *Millcreek Behavioral Health Services Earns Joint Commission's 2003 Ernest A. Codman Award*. Internet WWW page at URL: www.jcaho.org/news+room/news+release+archives/codman03_millcreek.htm (as of 3/12/04).
55. Joshi, P.T., Capozzoli, J.A., and Coyle, J.T (1988). Use of a Quiet Room on an Inpatient Unit. *The Journal of the American Academy of Child and Psychiatric Psychiatry*. 27: 642-644.
56. Kalogjera, I. et. al. (1989). Impact of Therapeutic Management on Use of Seclusion and Restraint with Disruptive Adolescent Inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*. 40, 280-285.
57. Kirkwood, Scott (2003). Practicing Restraint. *Children's Voice*. CWLA Newsletter. Sept./Oct.
58. LeBel, Janice, et. al. (2003). Child and Adolescent Restraint Reduction: A State Initiative to Promote Strength-Based Care. Submitted for Publication.
59. Lion, John R., editor (2004). A Model of Care from Child Inpatient Services. *Psychiatric Review*. 4(1), 1-2.
60. Masker, Arthur S. and Steele, Jamie (2004). Reducing Physical Management and Time-Out: A Five Year Update on One Agency's Experience. *Residential Group Care Quarterly*. 4(3), 6-7.
61. Masters, Kim J., et. al. (2002). Practice Parameters for the Prevention and Management of Aggressive Behaviors in Child and Adolescent Psychiatric Institutions with Special Reference to Seclusion and Restraint. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. February, 41(2), 4S-25S.
62. Masters, Kim J. (2003). Seclusion and Restraint: Is Disagreement Inevitable? *Residential Group Care Quarterly*. 4(1), 4.
63. Masters, Kim J. and Finke, Linda M. (2003). Point/Counterpoint: Should Stat and Provider Agencies Completely Abandon the use of Seclusion and Exclusively use Physical Restraint to Intervene with Children and Youth in Emergency Situations? *Residential Group Care Quarterly*. 3(4), 7-11.
64. Mental Health Weekly (2000). *Two Efforts to Reduce Restraint Use Win Major National Awards*. October, 16. Internet www page at URL: www.findarticles.com/cf_0/m0BSC/40_10/66492044/print_jhtml (as 5/8/02).
65. Miller, David E. (1986). The Management of Misbehavior by Seclusion. *Residential Treatment for Children and Youth*, 4(1), 63-73.
66. Miller, William R. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol Series. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, MD
67. Millstein, K. H. and Cotton, N.S. (1990). Predictors of the Seclusion on an Inpatient Child Psychiatric Unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 29, 256-264.
68. Mohr, W. K., Martin, A., Olson, J.N., Pumariega, A. J. and Branca, N. (2009). Beyond Point and Level Systems: Moving Toward Child-Centered Programming. *American Journal of Orthopsychiatry*. 79(1), 8-18.
69. Mohr, W. K. and Anderson, J. A. (2001). Faulty Assumptions Associated With the Use of Restraints with Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. November 26. Internet WWW page at URL: www.nursinghands.com/ (as of 8/27/02).
70. Morales, E. and Duphorne, P.L. (1995). Least Restrictive Measures: Alternatives to Four-point Restraints and Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing*. 33(10), 13-16.
71. Mullen, Joseph K. (2003). Curbing Staff Counteraggression: A Key Component in Reducing Restraint and Seclusion. *Residential Group Care Quarterly*. 4(2), 12-14.
72. NAPHS (1999). *Guiding Principles on Restraint and Seclusion for Behavioral Health Services*. Washington, D.C. National Association of Psychiatric Health Systems and the American Hospital Association. Internet WWW page at URL: www.naphs.org/news/guidingprinc.html (as of 4/4/02).
73. National Association of State Mental Health Program Directors (1999). *Reducing the Use of Seclusion and Restraint: Findings, Strategies, and Recommendations*. Internet WWW page at URL: www.nasmhpd.org/seclrest.htm.
74. National Association of State Mental Health Program Directors (2001). *Reducing the Use of Seclusion and Restraint, Part II: Findings, Principles, and Recommendations for Special Needs Populations*. Internet WWW page at URL: www.nasmhpd.org/Seclusion_Restraint_2.html
75. National Technical Assistance Center (2003). *Training Curriculum for the Reduction of Seclusion and Restraint*. Alexandria, VA.
76. National Technical Assistance Center (2002). *Violence and Coercion in Mental Health Settings: Eliminating the Use of Seclusion and Restraint*. NTAC at NASMHPD. Special Edition, Summer/Fall.
77. Norris, Marilyn K. and Kennedy, Carol W. (1992). How Patients Perceive the Seclusion Process. *Journal of Psychosocial Nursing*. 30(3), 7-13.
78. Nunno, Michael (2001). Learning from Tragedy: Examining the Results of the Residential Care Fatality Survey. *Refocus: Cornell University's Residential Child Care Project Newsletter*. Vol. 6, 2000/2001, 8-10.

Dette materiale er oversat til dansk, med tilladelse fra David Colton, Ph.D. af Jesper Bak, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Jesper.Bak@regionh.dk).

79. O'Brien, Christopher, et. al. (2001). Serving Youths by Modifying Treatment: Girls and Boys Town Approach Uses Outcome Measures. *Behavioral Healthcare Tomorrow*. August. 19-21.
80. Okin, Robert L. (1985). Variation Among State Hospitals in Use of Seclusion and Restraint. *Hospital and Community Psychiatry*. 36(6), 648-652.
81. Pennsylvania Department of Public Welfare (2003). *Leading the Way Brochures and Policy and Procedure for the Use of Seclusion and Restraint in State Mental Hospitals*. Internet WWW page at URL: www.dpw.state.pa.us/omhsas/omhleadingtheway.asp
82. Petti, Theodore (2002). Seclusion and Restraint: A Paradigm Shift for the Milleniu. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry News*. January/February, 24 and 27.
83. Plant, Robert W. (2003). Courageous Patience: Implementing Continuous Quality Improvement to Reduce the Use of Restraint and Seclusion. *Residential Group Care Quarterly*. 3(3), 10-14.
84. QI Projects (1999). Review of Data Leads to Program to Reduce Use of Restraints and Seclusion. *Data and Reports: Target Quality*. Internet WWW page at URL: www.qiproject.org/TargetQuality/Tqo699.asp
85. Rappaport, Nancy (2001). Preventing Child and Adolescent Violence: The Clinician's Role. *Psychiatric Times*. September 2001, 18(9).
86. Singh, N.N. et. al. (1999). Reconsidering the Use of Seclusion and Restraints in Inpatient Child and Adult Psychiatry. *Journal of Child and Family Studies*. 8, 243-253.
87. Soloff, Paul H. (1983). Seclusion and Restraint. Lion, John R. and Reid, William H., editors, *Assaults Within Psychiatric Facilities*. New York, Grune & Stratton. 241-264.
88. Troutment, Beth, et. al. (1998). Case Study: When Restraints Are the Least Restrictive Alternative for Managing Aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 554-558.
89. Tsemberis, Sam and Sullivan, Cornelius (1988). Seclusion in Context: Introducing a Seclusion Room Into a Children's Unit of a Municipal Hospital. *American Journal of Orthopsychiatry*. 58(3), 462-465.
90. Visalli, H., et. al. (1997). Reducing High-risk Interventions for Managing Aggression in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Care Quality*. 11(3) 54-61.
91. Way, Bruce B. and Banks, Steven M. (1990). Use of Seclusion and Restraint in Public Psychiatric Hospitals: Patient Characteristics and Facility Effects. *Hospital and Community Psychiatry*. 41(1), 75-81.
92. Wherry, Jeffrey N. (1986). The Therapeutic Use of Seclusion With Children and Adolescents. *Residential Treatment for Children and Youth*, 4(1), 51-61.