



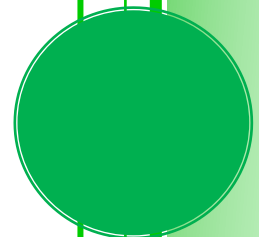
Psykiatri

# GENNEMGANG AF ALLE TVANGSFIKSERINGER – REDEGØRELSE OG IDÉKATALOG

*Implementeringsgruppen for  
"Gennembrudsprojektet", Region Hovedstadens  
Psykiatri*

Gennemgang af alle tvangsfikseringer skal her forstås som en systematisk evaluering af den pågældende tvangsfiksering kort tid efter denne var iværksat. Centralt for evalueringen er forebyggelse og læring. Evalueringen skal som minimum indeholde: optakten, de iværksatte forebyggelsesinitiativer og læringspotentialer (afrapportering/konklusion).

Ansvarlig for redegørelsen, Jesper Bak, PC Sct.  
Hans.



# Gennemgang af tvangsfikseringer

## 1. INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Indholdsfortegnelse.....	2
2. Forord .....	3
3. Baggrund .....	3
4. Formål .....	3
5. Metode overvejelser .....	3
6. Indikatorer for målopfyldelse.....	4
7. Kvalitetsstandarder.....	4
8. Eksempler på gennemgang af tvangsfikseringer .....	4
9. Afslutning .....	6
10. Referencer.....	7
11. Bilagsfortegnelse.....	8

## 2. FORORD

I forbindelse med at fire centre i Region Hovedstadens Psykiatri deltager i *Det nationale gennembrudsprojekt for nedbringelse af tvang*, er det besluttet, at udvalgte gavnlige tiltag som de fire centre udvikler, skal spredes til de alle øvrige centre som anvender tvangsfiksering. Til brug herfor er der udarbejdet beskrivelser af forskellige modeller (gavnlige tiltag), evidensen herfor samt evalueringen af dem. Der er tale om følgende tre beskrivelser, som indeholder modellerne:

- Gennemgang af alle tvangsfiksering
- Forløb der ikke førte til tvangsfiksering
- Samarbejdsaftaler

Af disse beskrivelser fremgår det også, hvilke mål der skal opfyldes, samt hvordan der skal monitoreres på dem.

Det enkelte center vælger selv, hvilke modeller idenfor de tre beskrivelser, som skal anvendes.

## 3. BAGGRUND

For at nedbringe antallet af tvangsfikseringer peger den internationale forskning på at der skal tages mangeartede initiativer (1;2). Det at gennemgå alle tvangsfikseringer for at lære af forløbene, har vist sig at være associeret til færre tvangsfikseringer (3-10) og er dermed en evidensbaseret metode. Evidensen der støtter initiativet er placeret i midten af de almindeligt anderkendte evidens hierarkier.

Gennemgang af alle tvangsfikseringer skal her forstås som en systematisk evaluering af den pågæede tvangsfiksering kort tid efter denne blev iværksat.

Forslag til den strukturelle opbygning af gennemgangen af tvangsfikseringerne:

- Gennemgangen udføres via supervision fra et naboafsnit
- Gennemgangen udføres af et kvalitetsteam på centret
- Gennemgangen udføres af et team bestående af medarbejdere og patienter, hvor de konkrete tvangsfikseringer drøftes i anonymiseret form
- Gennemgang i ledelsen i samarbejde med afsnittet

## 4. FORMÅL

Formålet med at gennemgå alle tvangsfikseringer er fælles læring, forebyggelse, bedre faglig kvalitet og etik i selve tvangsanvendelsen.

## 5. METODE OVERVEJELSER

Det er valgt ikke at pege på en enkelt model, fordi der fortsat er brug for metodisk udvikling. I stedet er forskellige modeller gennemgået.

Ved udvikling og implementering af den valgte metode kan de enkelte centre anvende PDSA-cirklen på samme måde som beskrevet i ”Gennembrudsprojektet”:

<http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/Gennembrud/PDSA-metodebeskrivelse.pdf>

I forandringsarbejde anvendes PDSA-cirklen til afprøvning og implementering af konkrete ideer og forandringstiltag på praksis niveau. At gennemføre test i små-skala er en let tilgængelig og overskuelig måde at afprøve forandringstiltag, reflektere over udfaldet og enten justere eller afprøve videre på en større bruger/borgergruppe. Hver test-cyklus bidrager med ny viden og nye informationer om, hvordan forandringstiltaget virker i den konkrete lokale kontekst.

## 6. INDIKATORER FOR MÅLOPFYLDELSE

- 6.1. Evalueringen skal som minimum indeholde: Optakten, de iværksatte forebyggelsesinitiativer og læringspotentialet (afrapportering/konklusion).
- 6.2. Evalueringen skal udarbejdes indenfor de første to døgn efter iværksættelsen af tvangsfikseringen (undtagelse: såfremt tvangsfikseringen iværksættes i weekenden, skal evalueringen gennemføres senest mandag).
- 6.3. Der er udført evaluering på minimum 80 % af alle tvangsfikseringer.

Alle centre i Region Hovedstadens Psykiatri, der anvender tvangsfiksering, skal udvikle en model der indeholder indikatoren 6.1, samt have denne implementeret i løbet af 3. kvartal 2014.

Målopfyldelsen (6.2 og 6.3) vurderes ved en audit hvor 10, tilfældigt udvalgte, tvangsfikseringer i 2015 gennemgås. Såfremt centeret ikke har udført 10 tvangsfikseringer gennemgås det antal centeret har haft. Denne audit gennemføres i 3. kvartal 2015 sammen med en beskrivende evaluering af den valgte model (6.1).

## 7. KVALITETSSTANDARDER

DDKM akkrediteringsstandard 2.7.3 – Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

## 8. EKSEMPLER PÅ GENNEMGANG AF TVANGSFIKSERINGER

### 8.1. Spørgeguide efter tvangsforanstaltninger – BUC, afsnit B204 – Bilag 1

Spørgeguiden er udviklet i forbindelse med dette "Gennembrudsprojekt" af afsnit B204 på BUC, afd. Glostrup. Evalueringen foretages om morgenen fire dage om ugen og kan være både evaluering af en tvangsfiksering men også en nær-ved hændelse.

#### 8.1.1. Vurdering

Effekten af at anvende denne metode er erfaringsbaseret. Personalet beskriver at den (næsten) daglige gennemgang har betydet, at der hurtigt kan følge op på plejeplaner til forebyggelse af tvang. Derved kan tilgangen hurtigt justeres, og det bliver lettere for personalet at følge op.

Spørgeguiden vurderes at kunne opfylde formålet, såfremt to af de fire evalueringer afholdes mandag og fredag.

### 8.2. Fælles læringsperspektiv på afsnitsniveau efter tvangsfikseringer – PC Nordsjælland – Bilag 2

Læringskemaet er udviklet i forbindelse med dette "Gennembrudsprojekt" af Psykiatrisk Center Nordsjælland. Skemaet er bygget op med hvad der skete i situationen, hvilke initiativer der var iværksat inden tvangsfikseringen og hvilken læring evalueringen kunne skabe. Alle tvangsfikseringer er fra ultimo oktober 2013 blevet evalueret med deltagelse af involveret personale, afsnitsledelse, repræsentanter fra centerledelsen/kvalitetsenheden.

#### 8.2.1. Vurdering

Effekten af at anvende denne metode er erfaringsbaseret. PC Nordsjælland har efter indførelse af evaluering af tvangsfikseringer nedbragt antallet af tvangsfikseringer betydeligt. Det skal dog bemærkes at dette initiativ kun er et blandt flere og det kræver en længere periode at vurderer effekten af initiativet.

Metoden vurderes at kunne opfylde formålet. Evalueringen kunne kvalificeres med en lidt mere uddybende gennemgang af de enkelte områder i skemaet.

### 8.3. Second opinion – PC Hvidovre – Bilag 3

Second opinion er udviklet af afsnit 809 og 811 på Psykiatrisk Center Hvidovre. Formålet er at arbejde kontinuerligt med tiltag der kan nedbringe antallet og længden af tvangsfikseringer gennem læring hos den enkelte og afsnittene som helhed. Second opinion gennemføres alle hverdage, hvor patientens kontaktperson, afsnittets overlæge, afsnittets afdelingssygeplejerske samt afsnitsledelsen på det andet lukkede afsnit deltager. Under evalueringen gennemgås den bæltefikserede patients psykiske og fysiske tilstand før og under tvangsfikseringen, ligesom optakten til tvangsfikseringen gennemgås herunder iværksatte medicinske og sygeplejefaglige tiltag. Resultatet beskrives på bagsiden af tvangsfikseringsjournalen og relevante planer revideres.

#### 8.3.1. Vurdering

Effekten af at anvende denne metode er erfaringsbaseret. Personalet beskriver at antallet af tvangsfikseringer er bragt ned, at det har øget refleksionen over forebyggende tiltag og øget åbenheden i forhold til at diskutere praksis i tvangssituationer.

Second opinion vurderes at kunne opfylde formålet.

### 8.4. Evaluering af voldsomme episode – PC København – Bilag 4

Evalueringsskemaet er udviklet i forbindelse med dette "Gennembrudsprojekt" af Psykiatrisk center København. Evalueringen gennemføres efter tvangsfikseringer men også andre voldsomme episoder og indeholder en gennemgang af situationen, hvad der skete før episoden og hvilke initiativer der blev iværksat eller manglede at blive iværksat, samarbejdet mellem personalet og hvilket læringspotentiale der kunne udtrages fra evalueringen.

#### 8.4.1. Vurdering

Der findes ingen vurdering af anvendelsen af skemaet på nuværende tidspunkt.

Evalueringen vurderes at kunne opfylde formålet. Evalueringen kunne kvalificeres med en lidt mere uddybende gennemgang af de enkelte områder i skemaet.

### 8.5. Guide til Review af Tvangsfikserings-Episoder – Bilag 5

Guiden til Review af Tvangsfikserings-Episoder (RTE-guiden) er udviklet med inspiration fra den tilgængelige forskningslitteratur som inspirationsmateriale til det lokale arbejde med at gennemgå tvangsfikseringer.

#### 8.5.1. Vurdering

Der findes ingen vurdering af RTE-guiden. Den har inspireret udviklingen af lokale evalueringsmodeller flere steder i Danmark.

RTE-guiden vurderes at kunne opfylde formålet.

## 9. AFSLUTNING

I Region Hovedstadens Psykiatri vil følgende VIP dokumenter blandt andet berøre området:

- Psykiatriloven – fysisk magt/fastholdelse
- Psykiatriloven – tvangsfiksering
- Observationsniveauer
- Observationsskema ved tvangsfiksering
- Fast vagt og opsyn med den tvangsfikserede patient
- Dokumentation ved anvendelse af tvang
- Eftersamtaler ved ophør af en tvangsforanstaltning
- Sygeplejepersonalets redegørelse for undtagelsesvis beslutning om tvangsfiksering før lægens ankomst
- Risikovurdering i sengeafsnit
- Risikovurdering i forhold til den enkelte patient
- Risikovurdering for vold og aggressioner (BVC)
- Selvmordsrisiko - vurdering af gældende for Region Hovedstadens Psykiatri

Herudover vil der være lokale instrukser og vejledninger om alarmering, kriseforebyggelse, defusing, debriefing, eftermøde, kugledyne, etc.

## 10. REFERENCER

- (1) Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care* 2011;48:83-94.
- (2) Scanlan JN. Interventions To Reduce the Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Settings: What We Know So Far a Review of the Literature. *International Journal of Social Psychiatry* 2010;56(4):412-23.
- (3) Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish–Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care* 2013.
- (4) Donat DC. Impact of a mandatory behavioral consultation on seclusion/restraint utilization in a psychiatric hospital. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1998 Mar;29(1):13-9.
- (5) Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 2003;54(8):1119-23.
- (6) Khadivi AN, Patel RC, Atkinson AR, Levine JM. Association between seclusion and restraint and patient-related violence. *Psychiatric Services* 2004;55(11):1311-2.
- (7) McCue RE, Urcuyo L, Lilo Y, Tobias T, Chambers MJ. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *The Journal of Behavioral Health Services and Research* 2004;31(2):217-24.
- (8) Pollard R, Yanasak EV, Rogers SA, Tapp A. Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Quarterly* 2007;78(1):73-81.
- (9) Prescott DL, Madden LM, Dennis M, Tisher P, Wingate C. Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 2007 Jan;34(1):96-105.
- (10) Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2013.

## 11. BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1: Spørgeguide efter tvangsforanstaltninger – BUC, afsnit B204

Bilag 2. Fælles læringsperspektiv på afsnitsniveau efter tvangsfikseringer – PC Nordsjælland

Bilag 3. Second opinion – PC Hvidovre

Bilag 4. Evaluering af voldsomme episode – PC København

Bilag 5. Guide til Review af Tvangsfikserings-Episoder



## Bilag 1. Spørgeguide efter tvangsforanstaltninger – BUC, afsnit B204

### Forslag til ”Spørgeguide efter tvangsforanstaltninger”

(med udgangspunkt i B204s, BUC afd. Glostrup, erfaringer og Baks RTE-guide<sup>1</sup> fra PC Skt Hans)

#### Vilkår

- En tvangssituation (herefter tvangen) eller ”nærhændelse” vælges ud
- 15 minutter på samme tidspunkt hver morgen fire dage om ugen
- Altid deltagelse af mindst én leder
- Personalet læser op af både KISO og OPUS
- Kan udmønte sig i en handleplan – fx i form af plejeplan eller tilføjelse til eksisterende plan.

#### Forløb

- Personalet der deltog i tvangsfikseringen eller dagens kontaktperson beskriver forholdene omkring tvangsforanstaltningen, og
- fælles kort analyse af tvangsforløbet,
- evt. udarbejdelse af handlingsplan og endelig
- formidlingen heraf.

#### Handlingsplan

Ændringerne kan fx opdeles i følgende områder:

- Forslag til ændring af den aktuelle pleje og miljøterapeutiske indsats.
- Forslag til ændring af den aktuelle behandling (herunder den farmakologiske og terapeutiske indsats).
- Forslag til ændringer af organisatorisk art (herunder regler, struktur, fysiske forhold, bemanning o.s.v.).
- Forslag til ændring af personalerelateret karakter (herunder uddannelse, læring, ledelse o.s.v.).

”Ti spørgsmål til gennemgangen”:

- Hvordan havde patienten det i timerne/dagene op til tvangen?
- Hvilke tiltag var forsøgt for at undgå det?
- Hvad udløste tvangen (var der en tydelig årsag, hvad skete lige før, hvordan var interaktionen mellem patienten, medpatienter og personalet, hvilket observationsniveau var iværksat)?
- Hvornår blev tvangen iværksat (beskriv også kort beslutningsprocessen om at iværksætte tvangen)?
- Hvordan blev tvangen gennemført, herunder kommunikationen mellem personalet og mellem personalet og patienten?
- Hvordan blev patienten vurderet under tvangen?
- Hvornår ophørte tvangen (beskriv også kort beslutningsprocessen om at ophøre tvangen)?
- Hvad fortalte patienten ved eftersamtalen?

---

<sup>1</sup> RTE. Guide til Review af Tvangsfikserings-Episoder. Jesper Bak. Version 1.0, 16/12/2013

(Eventuelt; kopi af RTE-guidens ordlyd):

## **Analysen, inspiration til**

**Anamnese** – Hvad er der beskrevet i patientens anamnese om vold, aggressioner, selvskade, selvmord og hvad er der beskrevet om pt.'s coping strategier og hvordan ser den fælles (patient/personale) handleplan for at modvirke tvangen ud?

**Forebyggelse og deeskalering** – Hvilke tidlige tiltag/strategier kunne man foreslå/diskuterer med denne patient (skal planen/plejeplanen for forebyggelse af angst og aggression justeres)?

**Advarselstegn** – Hvilken adfærd havde patienten op til tvangen, kunne noget af denne adfærd være tidlige advarselstegn på den senere adfærd der ledte til tvangen (skal planen/plejeplanen for forebyggelse af angst og aggression justeres)?

**Patient involvering** – Hvordan blev patienten (og de pårørende) involveret i hans/hendes egen pleje og behandling både overordnet, i det daglige og i den specifikke situation der ledte op til tvangen?

**Risikovurderinger** - Hvad var beskrevet i risikovurderingerne (*BVC, START, HCR-20, eller andre*)?

**Alarmsystem** - Hvornår i processen blev alarmsystemet aktiveret, hvor mange og hvordan aggerede det tilkaldte personale?

**Patientsammensætning** - Påvirkede den nuværende patientsammensætning eller antallet af patienter, denne patients måde at agere på (øget uro, angst, o.s.v.)?

**Adfærdsterapi/miljøterapi** – Hvordan virkede den iværksatte adfærdsterapi/miljøterapi (herunder strukturerede gruppe- /individuelle terapisesioner omhandlende forvaltning af kriseadfærd (aggression, selvskade, depression, angst) men også miljøterapeutiske samtaler)?

**Alliancen** – Hvordan kan kontakten/alliancen/forholdet/relationen mellem patienten og personalet beskrives?

**Regler/rammer/grænsesætning** – Hvordan virker afsnittets regler/rammer/grænsesætning på denne patient?

**Bemanding** – Havde bemanningen før og i situationen betydning for forløbet (antal i forhold til arbejdsopgaverne i afsnittet, erfaring blandt personalet, afløsere, mandligt og kvindeligt personale, andel plejere, SOSU'er, pædagoger og sgpl.)?

**Farmakologisk behandling** – Hvordan virkede den farmakologiske behandling (både den faste og den mere akutte medicinering)?

**Psykoterapeutisk behandling** – Hvordan virkede den psykoterapeutiske behandling?

**Aktiviteter** – Kunne tvangen være begrundet i kedsomhed eller manglende afledning/beskæftigelse? - Hvilke aktiviteter deltog patienten i inden tvangen?

**Kompetencer** – Havde personale kompetencer indflydelse på forløbet (f.eks. viden om lovgivning, viden om advarselstegn, deeskalering (kommunikativt og nonverbalt), skånsom frigørelse, etc.)?

**Holdninger** – Havde bestemte personaleholdninger indflydelse på forløbet?

**Fysiske forhold** – Havde nogle af de fysiske forhold betydning for om patienten blev omfattet af tvang (mulighed for at være ude, generel plads, komfort, enestue, stille-rum/sanse-rum, etc.)?

**Fysiske skader** – Hvordan blev der taget hånd om eventuelle fysiske skader?

**Debriefing (personale)** – Hvordan blev debriefingen (defusingen) gennemført blandt det berørte personale?

**Eftersamtale** – Hvordan blev eftersamtalen med patienten gennemført evt. også debriefing af de andre patienter?

**Lovgivning** – Hvordan blev lovgivningen og hospitalets retningslinjer fulgt og hvordan blev episoden dokumenteret?

**Afsnitsledelsen:** Hvilke forebyggende tiltag var iværksat af afsnitsledelsen?

## Fælles læringsperspektiv på afsnitsniveau efter bæltefikseringer

Dato og klokkeslæt for hændelsen:

Dato for fælles læringsperspektiv:

Afsnit:

Patient(initialer på patient, alle navne – for identifikation):

Deltager fra CL/KE:

Deltager fra afsnittet:

**1. Hvad skete der** (beskrives under A eller B)? Diagnose, indlæggelsesmåde, fikseret ved indlæggelse, politi involveret, stof/alkoholpåvirket mm.)

**A: Bæltefiksering i tilknytning til indlæggelse (0-2 timer) - hvad skete der?**

**B: Bæltefiksering under indlæggelse (> 2 timer) - hvad skete der?**

**2. Hvilke initiativer var taget inden bæltefikseringen?**

INITIATIV	JA	NEJ
Fast vagt		
PN medicin		
Akut beroligende		
Fastholdelse		
Skærmning		

Andet:

**3. Hvad har vi lært/hvad ændrer vi i en lignende situation?**

Konklusion sendes til: CL og i kopi til de involverede i analysen samt afsnitsledelsen

Kvalitetsenheden 25-04-2014/SJ

### Bilag 3. Second opinion – PC Hvidovre

Tirsdag den

05.11.13

#### Second opinion efter bæltefikseringer på afsnit 809 eller 811 .

**Formål:** kontinuerligt arbejde med tiltag, som kan nedbringe antallet og længden af bæltefikseringer, på Psykiatrisk Center Hvidovre, svarende til resultatsaftalen for nedbringelse af bæltefikseringer. At sætte flere facetter i spil end de direkte involverede i behandlingen af den enkelte patient. Sikre, at alle behandlings- og sygeplejefaglige tiltag er forsøgt inden ordination af bæltefiksering. Sikre at lovgivningen er overholdt ift bæltefikseringen. At finde alternative måder at behandle patienten på end bæltefiksering. At second opinion kan bidrage til læring hos den enkelte, men også hele afsnittets kompetenceniveau. At tiltræde afsnittets beslutning om bæltefiksering.

**Hvornår:** dagligt mandage-fredage kl 09.30-09.45. Mandage gennemgås tillige de bæltefikseringer, som har fundet sted i løbet af helligdagene eller weekenden.

**Deltagere:** patientens kontaktperson, afsnittets overlæge og afdelingssygeplejersken samt afsnitsledelsen på det andet lukkede afsnit.

**Hvor:** stuegangsrummet i det afsnit, hvor den bæltefikserede patient er indlagt.

**Forberedelse til mødet:** patientens læge- og sygeplejelogik inklusiv bæltefikseringsjournalen skal være tilgængelige. Inden mødet har patientens kontaktperson læst og forholdt sig til patientens psykiske og fysiske tilstand, medicinske tiltag samt sygeplejefaglige tiltag før/under og evt efter bæltefikseringen. Læge har orienteret sig om den medicinske plan.

**Konklusion:** resultatet eller konklusionen efter en second opinion skal nedskrives på bagsiden af bæltefikseringsjournalen af kontaktperson. Efterfølgende skal der tages stilling til om konklusionen evt giver anledning til ændringer i angst og aggressionsplanen for den enkelte patient, kontaktpersonens ansvar. Der kan også være forslag til de lægefaglige tiltag, som skal indgå i patientens behandlingsplan. Konklusionen kan i en mere anonymiseret form sendes ud på mail til de ansatte på det involverede afsnit, dette er afdelingssygeplejerskens ansvar.

**Hvad/hvordan:** second opinion er en systematisk gennemgang af den bæltefikserede patientens psykiske og fysiske tilstand før/under og evt bæltefikseringen. Hvis muligt bedes kontaktpersonen tillige, at orientere sig om patientens psykiske og fysiske tilstand i et par dage op til bæltefikseringen. Optakt til bæltefikseringen læses op fra bæltejournalen. Second opinion varetages af det afsnit, som har behandlingsansvaret i samråd med afsnitsledelsen på det andet lukkede afsnit. Second opinion er

et forum på max 15-20 min og 'tonen' på mødet er ikke at kritisere, men komme med gode ideer til den fortsatte behandlingen af patienten, således denne hurtigst muligt kan løsnes af bæltet.

Med venlig hilsen

Overlæge Annick Parnas og Lykke Pedersen

Afdelingssygeplejerske Lars Peter Ladefoged Jensen og Karen Jurlander.

**Bilag 4. Evaluering af voldsomme episode – PC København**

**Evaluering af voldsomme episoder 52.0/01 2014**

<b>Hvad skete der?</b>	
<b>Hvad var optakten?</b>	
<b>Patientdata/indlæggelsestid</b>	
<b>Hvori bestod det farlige/uhensigtsmæssige?</b>	
<b>Hvilke initiativer blev taget – ikke taget?</b>	
<b>Samarbejdet mellem personalet og mellem personale og læger?</b>	
<b>Hvad har vi lært?</b>	
<b>Hvad kan vi ændre i en lignende situation?</b>	



Psykiatri

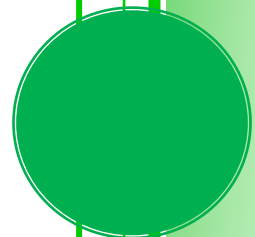
# RTE

*Guide til Review af Tvangsfikserings-Episoder*

Jesper Bak

Psykiatrisk Center Sct. Hans

16-12-2013 Ver. 1.0



# RTE

## *Guide til review af tvangsfikserings-episoder*

### 12. INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Indholdsfortegnelse.....	16
2. Baggrund .....	17
3. Formål .....	17
4. Holdninger til tvangsfiksering.....	17
5. Metode overvejelser .....	17
6. RTE Guide .....	18
6.1. Reviewtidspunkt .....	18
6.2. Deltagere.....	18
6.3. Procedure .....	18
6.4. Beskrivelse af tvangsfikseringsepisoden .....	18
6.5. Analyse af tvangsfikseringsforløbet.....	19
6.6. Handlingsplan .....	20
6.7. Formidling .....	20
7. Afslutning .....	21
8. Referencer.....	22
9. Bilagsfortegnelse.....	24



## 13. BAGGRUND

For at nedsætte antallet af tvangsfikseringer peger den internationale forskning på at der skal tages mangeartede initiativer (1;2). Det at reviewe tvangsfikseringsepisoderne kan medvirke til at der tages mangeartede og specifikke lokale initiativer ud fra en analyse af konkrete episoder. Review af tvangsfikseringsepisoder (RTE) har vist sig at være associeret til færre tvangsfikseringer (3-9) og er dermed en evidensbaseret metode. Evidensen der støtter metoden er placeret midt i de almindeligt anderkendte evidens hierarkier.

Denne guide er under udvikling og du må meget gerne kommentere guiden til Jesper Bak, Psykiatrisk Center Sct. Hans, Region Hovedstadens Psykiatri: [Jesper.Bak@regionh.dk](mailto:Jesper.Bak@regionh.dk)

## 14. FORMÅL

Formålet med at reviewe alle tvangsfikseringsepisoder er at undersøge hvorfor de blev iværksat med henblik på at tilrettelægge en strategi for forebyggelse, så antallet af tvangsfikseringer fremover reduceres.

## 15. HOLDNINGER TIL TVANGSFIKSERING

RTE er udviklet på basis af nogle overordnede holdninger til anvendelse af tvangsfiksering, eksempelvis:

- Anvendelsen af tvangsfiksering skal reduceres til et absolut minimum, helst nul.
- Tvangsfiksering anvendes kun som absolut sidste udvej (efter afledning, deeskalering, tilbud om alternative handlemuligheder, stillerum/sanserum, fast vagt, tilbud om medicin, akut beroligende medicin med tvang, fastholdelse, etc.).
- Tvangsfiksering anvendes aldrig som straf, heller ikke selvom patienten har skadet personale eller som følge af personale mangel.
- Tvangsfikseringerne skal være så kortvarige som muligt (evalueres minimum hver time (observationsskema ved tvangsfiksering) – hvis patienten bliver rolig under fastholdelsen, fikses ikke. Der er tale om en helt ekstraordinær situation hvis tvangsfikseringen overstiger 48 timer.
- Alle patienter tilbydes individuel pleje og behandling med specielt fokus på at undgå traumatisering af patienten, herunder at undgå tvangsfiksering der virker traumatiserende på de fleste patienter.
- Tvangsfiksering opfattes som fejlslagen pleje og behandling - som en form for utilsigtet hændelse.
- Initiativerne der iværksættes efter RTE må ikke medvirke til at øge antallet af arbejdsskader eller anden tvang (akut beroligende medicin med tvang, fastholdelse, skærmning mod patientens vilje over 24 timer).

## 16. METODE OVERVEJELSER

RTE er udviklet med fokus på læring og udvikling, ikke som et kontrolredskab.

Guiden er overordnet udarbejdet med inspiration fra forskningslitteraturen på området (3-9). Processen i og opbygningen af RTE er også inspireret af metoden udviklet til kerneårsagsanalyse (10-12) og indholdet er inspireret af forskning, projekter og kliniske erfaringer, omhandlende forebyggelse af tvangsfiksering (1-3;13-16).

## 17. RTE GUIDE

### 17.1. Reviewtidspunkt

I litteraturen beskrives forskellige måder og tider for at gennemfører RTE, et godt bud ville være dagligt, max. 24 timer efter tvangsfikseringsepisoden.

### 17.2. Deltagere

RTE-gruppen er også forskelligt opbygget i den beskrevne litteratur. De fleste er dog enige om, at der skal være deltagelse af en leder med ansvar og kompetence til at ændre organisatoriske forhold. I Danmark kunne gruppen bestå af:

- en fra afdelingsledelsen og/eller centerledelsen
- en medarbejder med bruger baggrund (peer)
- afsnitsledelsen (afsnittets sygeplejefaglige leder og afsnittets behandlingsansvarlige læge)
- en kvalitetskoordinator/klinisk oversygeplejerske (med ekspertise i kvalitetsudvikling og forebyggelse af tvangsfikseringer)
- en psykolog med speciel viden indenfor området, alternativt psykologen der er tilknyttet afsnittet
- den ansvarshavende sygeplejerske og en personale der deltog i tvangsfikseringsepisoden (max. 2 personer)

### 17.3. Procedure

RTE kan afholdes på samme tidspunkt på dagen, hvilket letter deltagernes planlægning. Det vil ikke altid være muligt at alle kan deltage, eksempelvis hvis tvangsfikseringen blev iværksat om aftenen/natten kan det måske være vanskeligt at det personale der reelt var involveret i tvangsfikseringen kan deltage, i sådanne tilfælde må afsnitsledelsen beskrive hændelsesforløbet (den ansvarshavende sygeplejerske kan i disse situationer eventuelt udfylde bilag 1).

Ansaret for afholdelse af RTE påhviler kvalitetskoordinatoren/den kliniske oversygeplejerske, der indkalder RTE-gruppen og fungerer som leder af reviewet.

RTE-gruppens medlemmer fungerer som ligeværdige under reviewet. RTE-mødet er fortroligt og resultatet besluttet i fællesskab og afrapporteres i anonymiseret form. Under RTE-mødet bør journaler, risikovurderinger, SOAS-registreringer, observationsskemaet ved bæltefikseringer, sygeplejepersonalets redegørelse for undtagelsesvis beslutning om tvangsfiksering før lægens ankomst, o.l. være tilgængelige enten i elektronisk eller skriftlig form.

Selve RTE-mødet kan have følgende forløb:

1. De to personaler der deltog i tvangsfikseringen beskriver forholdene omkring tvangsfikseringen.
2. Fælles analyse af tvangsfikseringsforløbet.
3. Udarbejdelse af handlingsplan.
4. Plan for formidling.

### 17.4. Beskrivelse af tvangsfikseringsepisoden

Beskrivelsen af tvangsfikseringsepisoden bør være konkret og som minimum besvare følgende spørgsmål (bilag 1):

- Hvordan havde patienten det timerne/dagene op til tvangsfikseringen
- Hvilke tiltag var forsøgt for at undgå tvangsfikseringen

- Hvad udløste tvangsfikseringen (var der en tydelig årsag til tvangsfikseringen, hvad skete lige før tvangsfikseringen, hvordan var interaktionen mellem patienten, medpatienter og personalet, hvilket observationsniveau var iværksat)
- Hvornår blev tvangsfikseringen iværksat (beskriv også kort beslutningsprocessen om at iværksætte tvangsfikseringen)
- Hvordan blev tvangsfikseringen gennemført, herunder kommunikationen mellem personalet og mellem personalet og patienten
- Hvordan blev patienten vurderet under tvangsfikseringen
- Hvornår ophørte tvangsfikseringen (beskriv også kort beslutningsprocessen om at ophøre tvangsfikseringen)
- Skete der skader på patienten, medpatienter eller personale
- Hvad fortalte patienten ved eftersamtalen

## 17.5. Analyse af tvangsfikseringsforløbet

Med afsæt i beskrivelsen af tvangsfikseringsepisoden anlægger RTE-gruppen et ”helikopter perspektiv” på forløbet og giver herved hinanden mulighed for i en åben dialog at undre sig over hvorfor..., hvordan..., hvad..., i forhold til de enkelte begivenheder i forløbet. Det er vigtigt at ingen deltagere agerer fordømmende, forhørende eller nedladende, men er åbne og anderkendende.

Analysen kan tage udgangspunkt i følgende områder:

- Anamnese – Hvad er der beskrevet i patientens anamnese om vold, aggressioner, selvskade, selvmord og hvad er der beskrevet om pt.’s coping strategier og hvordan ser den fælles (patient/personale) handleplan for at modvirke tvangsfiksering ud?
- Forebyggelse og deeskalering – Hvilke tidlige tiltag/strategier kunne man foreslå/diskuterer med denne patient (skal planen/plejeplanen for forebyggelse af angst og aggression justeres)?
- Advarselstegn – Hvilken adfærd havde patienten op til tvangsfikseringen, kunne noget af denne adfærd være tidlige advarselstegn på den senere adfærd der ledte til tvangsfikseringen (skal planen/plejeplanen for forebyggelse af angst og aggression justeres)?
- Patient involvering – Hvordan blev patienten (og de pårørende) involveret i hans/hendes egen pleje og behandling både overordnet, i det daglige og i den specifikke situation der ledte op til tvangsfikseringen?
- Risikovurderinger - Hvad var beskrevet i risikovurderingerne (BVC, START, HCR-20, eller andre)?
- Alarmsystem - Hvornår i processen blev alarmsystemet aktiveret, hvor mange og hvordan aggerede det tilkaldte personale?
- Patientsammensætning - Påvirkede den nuværende patientsammensætning eller antallet af patienter, denne patients måde at agere på (øget uro, angst, o.s.v.)?
- Adfærdsterapi/miljøterapi – Hvordan virkede den iværksatte adfærdsterapi/miljøterapi (herunder strukturerede gruppe- /individuelle terapi-sessioner omhandlende forvaltning af kriseadfærd (aggression, selvskade, depression, angst) men også miljøterapeutiske samtaler)?
- Alliancen – Hvordan kan kontakten/alliancen/forholdet/relationen mellem patienten og personalet beskrives?
- Regler/rammer/grænsesætning – Hvordan virker afsnittets regler/rammer/grænsesætning på denne patient?
- Bemanding – Havde bemanningen før og i situationen betydning for forløbet (antal i forhold til arbejdsopgaverne i afsnittet, erfaring blandt personalet, afløsere, mandligt og kvindeligt personale, andel plejere, SOSU’er, pædagoger og sgpl.)?
- Farmakologisk behandling – Hvordan virkede den farmakologiske behandling (både den faste og den mere akutte medicinering)?
- Psykoterapeutisk behandling – Hvordan virkede den psykoterapeutiske behandling?

- Aktiviteter – Kunne tvangsfikseringen være begrundet i kedsomhed eller manglende afledning/beskæftigelse? - Hvilke aktiviteter deltog patienten i inden tvangsfikseringen?
- Kompetencer – Havde personale kompetencer indflydelse på forløbet (f.eks. viden om lovgivning, viden om advarselstegn, deeskalering (kommunikativt og nonverbalt), skånsom frigørelse, etc.)?
- Holdninger – Havde bestemte personaleholdninger indflydelse på forløbet?
- Fysiske forhold – Havde nogle af de fysiske forhold betydning for om patienten blev tvangsfikseret (mulighed for at være ude, generel plads, komfort, enestue, stille-rum/sanse-rum, etc.)?
- Fysiske skader – Hvordan blev der taget hånd om eventuelle fysiske skader?
- Debriefing (personale) – Hvordan blev debriefingen (defusingen) gennemført blandt det berørte personale?
- Eftersamtale – Hvordan blev eftersamtalen med patienten gennemført evt. også debriefing af de andre patienter?
- Lovgivning – Hvordan blev lovgivningen og hospitalets retningslinjer fulgt og hvordan blev episoden dokumenteret?
- Afsnitsledelsen: Hvilke forebyggende tiltag var iværksat af afsnitsledelsen?
- Alternativet – Hvad ville være sket hvis der ikke var blevet tvangsfikseret?

## 17.6. Handlingsplan

Såfremt analysen peger på områder der bør ændres, beskrives disse ændringer konkret, indeholdende hvem der gør hvad og hvem der er ansvarlig for hvad, samt en tidshorisont for gennemførelsen. Ledelsen er altid overordnet ansvarlig for gennemførelsen.

Ændringerne kan opdeles i følgende områder:

- Forslag til ændring af den aktuelle pleje og miljøterapeutiske indsats.
- Forslag til ændring af den aktuelle behandling (herunder den farmakologiske og terapeutiske indsats).
- Forslag til ændringer af organisatorisk art (herunder regler, struktur, fysiske forhold, bemanning o.s.v.).
- Forslag til ændring af personalerelateret karakter (herunder uddannelse, læring, ledelse o.s.v.).

Afhængig af ændringernes karakter kan læringen implementeres som mindre kvalitetsprojekter (Plan-Do-Check-Act) som synliggøres i afsnittet mens de er i gang, eller mere generel læring/undervisning. Hvis der er tale om større fysiske eller organisatoriske ændringer skal disse forelægges center ledelsen.

Det vil være en god ide, eksempelvis en gang i kvartalet, hvert halve- eller hele år (afhængigt af antallet af tvangsfikseringer), at gennemfører en samlet analyse af alle de udførte RTE, på samme måde som man aggregerer kerneårsagsanalyser:

- Hvilke mønstre og tendenser var der i de beskrevne RTE?
- Hvad var problemet / problemerne?
- Hvorfor skete tvangsfikseringerne?
- Hvad var årsagerne til tvangsfikseringerne?
- Hvordan forhindrer vi, at tvangsfikseringerne sker igen af de samme årsager?

Og på samme måde som ved de enkeltstående RTE, se på hvilken læring/ændring der kan iværksættes for, at nedsætte antallet af tvangsfikseringer.

## 17.7. Formidling

Den afsluttende beskrivelse er et internt arbejdsdokument og skal behandles som fortroligt materiale. Det må derfor ikke udleveres til patienten, pårørende, presse, embedslæge og medarbejdere i samarbejdende enheder eller andre offentlige instanser. Ligeledes må det ikke lægges i patientjournalen.

RTE-beskrivelsen bør indeholde et kort anonymiseret resumé af forløbet, analysen og handlingsplanen. Den kan formidles til alle medarbejdere gennem e-mail (e-mails med fortroligt indhold må sendes internt i regionen) eller personalemøder hvis den berører alle medarbejdere eller alternativt til et afsnits medarbejdere hvis der kun er tale om ændringer af lokal karakter.

Den afsluttende RTE-beskrivelse kan have følgende format (bilag 2):

1. Resumé af tvangsfikseringsforløbet (før, under, efter)
2. Resumé af analysen
3. Handlingsplan
  - a. Konkrete mål for indsatsen, herunder hvilken effekt der ønskes (hvad er det vi vil opnå?)
  - b. Hvilke tiltag der skal gennemføres (hvad skal der gøres?)
  - c. Hvornår skal det iværksættes
  - d. Hvornår forventes det afsluttet
  - e. Afledte risici ved iværksættelse af handlingsplanen
  - f. Overvågning af målopfyldelse (monitorering)
  - g. Ansvarlig for gennemførelse
  - h. Ansvarlig for opfølgning

## 18. AFSLUTNING

I Region Hovedstadens Psykiatri vil følgende VIP dokumenter blandt andet berøre området:

- Psykiatriloven – fysisk magt/fastholdelse
- Psykiatriloven – tvangsfiksering
- Observationsniveauer
- Observationsskema ved bæltefiksering
- Fast vagt og opsyn med den tvangsfikserede patient
- Dokumentation ved anvendelse af tvang
- Eftersamtaler ved ophør af en tvangsforanstaltning
- Sygeplejepersonalets redegørelse for undtagelsesvis beslutning om tvangsfiksering før lægens ankomst
- Risikovurdering i sengeafsnit
- Risikovurdering for vold og aggressioner (BVC)
- Selvmordsrisiko - vurdering af gældende for Region Hovedstadens Psykiatri

Herudover vil der være lokale instrukser og vejledninger om alarmering, kriseforebyggelse, defusing, debriefing, eftermøde, kugledyne, etc.

Lignende vejledninger, instrukser og politikker vil findes i alle regioner.

## 19. REFERENCER

- (1) Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care* 2011;48:83-94.
- (2) Scanlan JN. Interventions To Reduce the Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Settings: What We Know So Far a Review of the Literature. *International Journal of Social Psychiatry* 2010;56(4):412-23.
- (3) Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish–Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care* 2013.
- (4) Donat DC. Impact of a mandatory behavioral consultation on seclusion/restraint utilization in a psychiatric hospital. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1998 Mar;29(1):13-9.
- (5) Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 2003;54(8):1119-23.
- (6) Khadivi AN, Patel RC, Atkinson AR, Levine JM. Association between seclusion and restraint and patient-related violence. *Psychiatric Services* 2004;55(11):1311-2.
- (7) McCue RE, Urcuyo L, Lilo Y, Tobias T, Chambers MJ. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *The Journal of Behavioral Health Services and Research* 2004;31(2):217-24.
- (8) Pollard R, Yanasak EV, Rogers SA, Tapp A. Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Quarterly* 2007;78(1):73-81.
- (9) Prescott DL, Madden LM, Dennis M, Tisher P, Wingate C. Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 2007 Jan;34(1):96-105.
- (10) Kerneårsagsanalyse - Metodebeskrivelse. København: Region Hovedstanden, Enhed for Patientsikkerhed; 2012.
- (11) Jensen EB. Aggregeret kerneårsagsanalyse - Kompendium for risikomanagere og andre fagpersoner, der arbejder med analyse af utilsigtede hændelser . København: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2006.
- (12) Pedersen BL, Hellebek A, Jensen EB, Vestergaard S. Håndbog i kerneårsaganalyse. København: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2003.
- (13) Restraint and Seclusion, Complying with Joint Commission Standards. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2002.
- (14) Aggression, Seclusion & Restraint in Mental Health Facilities in NSW. Sydney: Mental Health and Drug and Alcohol Office, Ministry of Health, NSW; 2013.
- (15) Hinchcliffe G, McGeorge M, Shinkwin L. National Audit of Violence - Module 3a National Report. London: College Centre for Quality Improvement, The Royle College of Psychiatrists; 2007.

- (16) Huckshorn KA. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use - A snapshot of Six Core Strategies for the Reduction of S/R. Alexandria: National Association of State Mental Health Programme Directors; 2008.

## 20. BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1: Beskrivelse af tvangsfikseringsepisoden

Bilag 2. RTE-beskrivelse



## Bilag 1.

<b>Beskrivelse af tvangsfikseringsepisoden</b>
Hvordan havde patienten det timerne/dagene op til tvangsfikseringen
Hvilke tiltag var forsøgt for at undgå tvangsfikseringen
Hvad udløste tvangsfikseringen (var der en tydelig årsag til tvangsfikseringen, hvad skete lige før tvangsfikseringen, hvordan var interaktionen mellem patienten, medpatienter og personalet, hvilken observationsgrad var iværksat)
Hvornår blev tvangsfikseringen iværksat (beskriv også kort beslutningsprocessen om at iværksætte tvangsfikseringen)
Hvordan blev tvangsfikseringen gennemført, herunder kommunikationen mellem personalet og mellem personalet og patienten
Hvordan blev patienten vurderet under tvangsfikseringen
Hvornår ophørte tvangsfikseringen (beskriv også kort beslutningsprocessen om at ophøre tvangsfikseringen)

Skete der skader på patienten, medpatienter eller personale
Hvad fortalte patienten ved eftersamtalen
Andet af betydning

## Bilag 2.

<b>Review af tvangsfikseringsepisode (RTE-beskrivelse)</b>
Resumé af tvangsfikseringsforløbet (før, under, efter)
Resumé af analysen
<b>Handlingsplan</b>
a. Konkrete mål for indsatsen, herunder hvilken effekt der ønskes (hvad er det vi vil opnå?)
b. Hvilke tiltag der skal gennemføres (hvad skal der gøres?)
c. Hvornår skal det iværksættes
d. Hvornår forventes det afsluttet
e. Afledte risici ved iværksættelse af handlingsplanen
f. Overvågning af målopfyldelse (monitorering)
g. Ansvarlig for gennemførelse
h. Ansvarlig for opfølgning