



Riktig og redusert bruk av tvang

Forbedringsprosjekt i avdeling for sykehuspsykiatri Sunnmøre

Anbefalt: Prosjektleder Annette Saunes

Dato: 22.02.19

Godkjent: Avdelingssjef Nils Arne Skagøy

Dato: 01.03.19

INNHALDSFORTEGNELSE:

Bakgrunn for forbedringsprosjektet	3
Omfang.....	4
Resultatindikator – mekanisk tvang	4
Balanserende indikatorer	4
Prosjektgruppe.....	5
Sammendrag.....	6
Gjennomføring av forbedringsprosjektet	7
Arbeidsmåte.....	7
Aktiviteter i prosjektgruppen.....	7
Tiltak for forbedring.....	8
Treffpunkt alarmvakter	8
TERMA – terapeutisk møte med aggresjon.....	9
Etisk kafé.....	13
Kartlegge risiko for vold, selvmord og selvskading ved innkomst	14
Risikotavler.....	15
Risikovurdering og risikohåndtering i elektronisk pasientjournal.....	16
Mestringsplan.....	17
Hastevedtak § 4.8 i PHL	18
Avvikling av ferdigmonterte beltesenger	18
Intervju om vold.....	19
Evaluerings skjema etter bruk av tvangsmidler.....	19
Statistikk.....	20
Resultatindikatorer mekanisk tvang	20
Antall vedtak mekanisk tvang.....	20
Antall dager mellom hvert vedtak for mekanisk tvang.....	21
Balanserende indikatorer	22
Innlåsing uten personale tilstede	23
Bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemidler.....	24
Kortvarig fastholding.....	25
Antall minutt varighet pr vedtak for mekanisk tvang	26
Sykefravær	27
Personalskader	28
Spredning og vedlikehold.....	29
Kommunikasjon.....	29
Involvering av pasienter og pårørende.....	29
Intern og ekstern kommunikasjon.....	29
Spredning	29
Lederforankring.....	30
Vedlikehold.....	30
Kvalitetsråd	30
Kultur og holdninger	30
Vedlegg	32

Dokumentinformasjon:

Oppstart dato: 1.mars 2018
 Avslutta dato: 01.januar 2019
 Skrevet av: Annette Saunes
 Versjon: 1.0
 Tittel: Riktig og redusert bruk av tvang

Bakgrunn for forbedringsprosjektet

I styringsdokument for 2017 fra Helse Midt-Norge til Helse Møre og Romsdal er det stilt følgende krav:

- «Antall tvangsinnleggelses skal reduseres i samarbeid med kommunene sammenlignet med 2016.
- Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak skal reduseres.
- Dialogmøter mellom pasienter/ brukerorganisasjoner om erfaring med tvang

Videre står det i protokoll fra Foretaksmøtet 13. februar 2017 følgende:

«Pasienter skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet, riktig og mindre bruk av tvang. Bruken av tvang skal reduseres og foretaksmøtet understreket at det er ledernes ansvar å jobbe systematisk med å redusere tvangsbruken. Tiltak som settes i verk må både rettes mot økt frivillighet og en kultur for mindre bruk av tvang og samtidig mot lik lovforståelse, like prosedyrer og lik registrering.»

I tillegg er det et tiltak i Regional plan for psykisk helsevern 2016-2020 at en skal ha en strategi i hvert helseforetak som sikrer redusert og mer rett bruk av tvang.

Interne og eksterne tilsyn siste to år har vist at avdelingen vår har forbedringspotensial for riktig og redusert bruk av tvang. Blant annet har avdelingen hatt besøk av Sivilombudsmannen. [Besøksrapporten](#) er benyttet i tilnærming til aktuelle problemstillinger og forbedringsarbeid i avdelingen.

I 2017 fikk helseforetaket invitasjon til å gi noen av sine ansatte plass ved Nordisk forbedringsagentutdannelse. Det ble i samråd med avdelingssjef Nils-Arne Skagøy sendt inn en søknad for deltagelse i utdanningen, hvor riktig og redusert bruk av tvang var tema for forbedringsprosjektet. Avdelingssjef og seksjonsleder ved Lokal sikkerhetspsykiatri HMR tilrettela for 50 % stilling til Annette Saunes som prosjektleder ut desember 2018, samtidig med utdanning som forbedringsagent. Dette la gode vilkår for fokus og ressurser tilknyttet forbedringsarbeidet.

Omfang

Tvang er et stort område å gripe fatt i, med mange ulike tvangsvedtak. Pasienter som underlegges tvangsmidler, jmf. Psykisk helsevernloven (PHL) §4.8, skal ifølge lovverk stå i nærliggende fare for å skade seg selv eller andre, eller utføre alvorlige materielle skader på inventar. I PHL fremkommer 4 ulike typer tvangsmidler; mekaniske tvangsmidler, innlåsing uten personale tilstede, bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemiddel og kortvarig fastholding.

Bruk av tvangsmidler benyttes for å avverge alvorlige pasient- og personalskader. Forebyggende tiltak som kan hindre slik atferd er derfor svært viktig. Prosjektgruppen har derfor valgt å legge vekt på forebygging av risiko for vold, selvskading og suicidforsøk med hypotese om at dette også vil medføre redusert og riktig bruk av tvang.

I utgangspunktet er prosjektet rettet inn mot Avdeling for sykehuspsykiatri Sunnmøre, men testing av tiltak og datainnsamling gjennomføres ved akutt psykisk helse. Dette for å sikre valide data uten for store variasjoner. Prosjektet tar utgangspunkt i forbedringsmodellen som metodikk.

Resultatindikator – mekanisk tvang

I forbedringsprosjektet har vi (prosjektgruppen) valgt mekanisk tvang (§4.8 i PHL) som resultatindikator. Vi har samlet data fra januar 2017 t.o.m desember 2018 og fremstilt dette i seriediagram med basismåling og rekalkulering av median ved forbedring.

Underveis i prosjektet så vi at det kunne være vel så informativt å måle antall dager mellom hvert vedtak. Vi har derfor fulgt begge disse datainnsamlingene som en del av resultatindikatoren.

Vi har satt som mål å redusere antall vedtak for mekanisk tvang fra 2017 til 2018 med 40%.

Balanserende indikatorer

Vi har en antagelse om at de forebyggende tiltakene i forbedringsprosjektet vil kunne få konsekvenser for andre indikatorer enn mekanisk tvang alene. Vi ønsker derfor å følge med på de tre andre tvangsmidlene i §4-8 i PHL; innlåsing uten personale tilstede, bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemiddel og kortvarig fastholding. Vi har også fulgt data for varighet pr vedtak for mekanisk tvang.

Vi har en antagelse om at forebygging av riktig og redusert bruk av tvang også kan gi gevinst i form av redusert sykefravær og færre personalskader. Dette ønsker vi også å følge med på som balanserende indikatorer.

Prosjektgruppe

Prosjektets eier er avdelingssjef Nils Arne Skagøy, og oppdraget er gitt til Annette Saunes som prosjektleder.

Prosjektgruppen er satt sammen med representanter fra flere seksjoner i avdelingen, og med bred og variert kunnskap og erfaring.

Ingvild Sørheim - sykepleier Akutt psykisk helse team A. Nyansatt i seksjonen, nylig utdannet TERMA-instruktør. Godt likt i egen seksjon, og har erfaring innen psykiatri og tvang fra tidligere arbeidsforhold.

Jarle Schjelderup - hjelpepleier Akutt psykisk helse team B. Lang fartstid i avdelingen, og en ansatt som de andre i seksjonen verdsetter høyt med tanke på kunnskap og erfaring relatert til håndtering av aggressive episoder i seksjonen. Har lang erfaring fra undervisning i konflikthåndtering.

Astrid Stensvold - overlege Akutt psykisk helse. Lang fartstid i lukket seksjon, og derav bred erfaring fra vurdering, etablering, gjennomføring og dokumentasjon av tvangsmidler.

Reidar Nielsen - overlege ved Utgreiing og behandling psykisk helse. Nyansatt som overlege ved seksjonen. Har tidligere lang erfaring som medlem av kontrollkommisjonen (ivaretar pasienters rettssikkerhet).

Ann-Kristin Våge - teamkoordinator Lokal sikkerhetspsykiatri HMR. Lang erfaring innen sikkerhetspsykiatri og god kompetanse relatert til lovverk, prosedyrer og dokumentasjon. Videreutdanning i voldsriskovurdering- og håndtering, og medlem av journalkomiteen i Helse Møre og Romsdal.

Annette Saunes – prosjektleder. Fagsykepleier ved Lokal sikkerhetspsykiatri HMR i prosjektperioden. Fra januar 2018 kvalitetsrådgiver i Klinikk for psykisk helse og rus. Videreutdanning i voldsriskovurdering- og håndtering, TERMA-koordinator i avdeling for sykehuspsykiatri Sunnmøre.

Sammen drag

Å lykkes med riktig og redusert bruk av tvang har vært en stor satsning i Helse Møre og Romsdal og et fokusområde også nasjonalt. Forbedringene på dette området er viktig for å ivareta pasientsikkerhet, personalsikkerhet og omdømme.

Da vi startet med dette prosjektet var målet å redusere bruken av mekanisk tvang med 40 % fra 2017 til 2018. Dette målet innfridde vi, og resultatet er en reduksjon på 52 % i denne perioden. I tillegg har vi økt medianen for antall dager mellom hvert tvangsvedtak. Ved basismåling i 2017 lå denne på 3 dager. Tilsvarende måling for siste halvår i 2018 viser at medianen lå på 17 dager. Fra slutten av oktober og ut året hadde vi ingen vedtak for mekanisk tvang, og vi hadde i denne perioden 74 dager uten bruk av mekaniske tvangsmidler.

Videre har vi hatt en formidabel reduksjon på 69 % i varighet i antall minutt per vedtak for mekanisk tvang.

Vi har også fulgt tett opp sykefravær og personalskader, og også her ser vi en forbedring. Sykefravær i akutt psykisk helse er redusert fra totalt 7,5% i 2017 til 5,5% i 2018. Antall meldte personalskader relatert til trusler og vold har hatt en reduksjon på 23,7%.

Vi har testet og iverksatt en rekke tiltak underveis, hvor flere av dem allerede er tatt i bruk i den daglige driften i seksjonen. Et av disse tiltakene er etablering av hastevedtak, som har resultert i en stor reduksjon av bruk av samtlige tvangsmidler.

Oppsummert viser våre data at de tiltakene som har hatt størst samlet effekt på reduksjon av mekanisk tvangsbruk, er hastevedtak, TERMA og treffpunkt for alarmvakter. Det kan likevel ikke utelukkes at kartlegging av innkomst, bruk av risikotavler og dokumentasjon av risikovurdering og risikohåndtering også har medført til reduksjon av tvang. Dette er tiltak vi ønsker fortsatt teste og innhente data på. Vi ser også et stort potensiale for videre forbedring gjennom systematisk opplæring og kompetanseheving over tid.

Gjennomføring av forbedringsprosjektet

Arbeidsmåte

Avdelingssjef etablerte prosjektgruppen i samarbeid med prosjektleder. Grunnet krav i utdanningsforløpet til prosjektleder ble prosjektbeskrivelsen utarbeidet i januar før prosjektgruppen var etablert. Dette medførte trolig at «eierforholdet» til prosjektet ikke ble like sterkt forankret i gruppen som ønskelig. Videre har manglende tid og ressurser blant medlemmene i prosjektgruppen medført redusert mulighet for deltakelse. Vi har likevel forsøkt å gjøre det beste ut av de ressursene vi har hatt til rådighet, med faste møtepunkter, involvering av øvrige ansatte i avdelingen og fokus på testing og kontinuerlig forbedring.

Aktiviteter i prosjektgruppen

- Ukentlig møtepunkt for prosjektgruppen
 - Refleksjoner, testing, evaluering, fremdrift.
- Søknad om stimuleringsmidler fra pasientsikkerhetsprogrammet.
 - Fikk innvilget 100 000kr
- To fagdager med ansatte fra akutt psykisk helse og leger i vaktordning.
 - Hvor er vi i dag og hvor vil vi? – Prosesskartlegging.
 - Pasient- og personalsikkerhet i fokus.
 - Foredrag fra to bruker- og pårørenderepresentanter.
 - Undervisning i PHL.
 - Hva opplever ansatte som viktige forbedringsområder?
- Tilegnet oss ny dokumentasjon på fag og forskning, samt tilsvarende forbedringsarbeid. Et lite utvalg av det vi har sett på:
 - [Besøksrapport Sivilombudsmannen 19.-21. september 2017](#)
 - [Tvangsforskning.no](#)
 - [Erfaringskompetanse.no – Alternativer til tvang.](#)
 - [Tidsskrift for Norsk Psykologforening – hvordan forebygge tvang?](#)
 - [Helsebiblioteket – fagprosedyrer – Mekaniske tvangsmidler.](#)
 - [Forebygging.no – Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk – systematisk oversikt.](#)
- Hospitering ved Lovisenberg Diakonale Sjukehus, Klinikkk for psykisk helse.
 - [Har gjennomført tilsvarende prosjekt med gode resultater.](#)
 - Erfaringsutveksling.
 - «Stjele» gode forbedringsideer.
 - Nettverk.
- Deltagelse ved regionalt sikkerhetsseminar (sikkerhetspsykiatri).
 - Fokus på forebyggende tiltak.
 - MAP – nasjonalt konflikthåndteringsprogram – erstatter TERMA.
- Organisert og undervist i etablering av hastevedtak til behandlere, sykepleiere og vernepleiere i avdeling.
- Organisert undervisning i kartlegging av voldsrisiko og selvmordsrisiko ved innkomst – obligatorisk for alle behandlere i vaktordning i avdelingen.
- Nordisk forbedringsagentutdanning.
 - Teoretisk og praktisk undervisning i forbedringsmodellen og System of profound knowledge.
 - Veiledning fra ansatt i helsedirektoratet.
 - Videreformidling av metodikk til prosjektgruppe.

Tiltak for forbedring

Vi har utarbeidet en driver som systematisk tilnærming til forbedringsarbeidet. Vi har delt tiltakene våre inn i to primærdrivere, som igjen har flere sekundærdrivere. Se eget vedlegg for driver.

Primærdriver: **Kompetanseheving, kultur og holdninger.**

Begrunnelse for denne driveren er funn fra interne og eksterne revisjoner om funn av forbedringmuligheter på dette området. Det er også tilbakemelding fra de ansatte med ønske om mer kompetanse, og et behov for å forbedre kultur og holdninger relatert til tvang og forebyggende risikohåndtering.

Dette har vi testet:

Treffpunkt alarmvakter

Hypotese:

Fast treffpunkt for alarmvakter ved alle skift vil:

- bedre samarbeid på tvers
- gi økt kunnskap om hverandres seksjoner
- forberede alarmvakter på potensielle situasjoner
- fordele ressurser ved behov for forebyggende tiltak
- gjøre alarmvakter mer rustet til å håndtere alarmsituasjoner med pasient- og personalsikkerhet i fokus
- alarmvaktene får ligge i forkant, og kan potensielt forhindre bruk av tvangsmidler

Testing:

Idéen til treffpunkt for alarmvakter fikk prosjektleder i samtale med en ansatt fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed under forbedringsutdanningen. I England og Danmark var det blitt gjennomført vellykkede forbedringsprosjekter relatert til forebygging av vold hvor et av tiltakene hadde vært «[Safety-huddle](#)». Vi har tilpasset denne til vår kliniske hverdag og organisering, hvor alarmvaktene fra hver seksjon møtes til fast tid og sted ved starten av hvert skift. Agenda er å utveksle informasjon om pasient- og personalsikkerhet og risiko, og utifra dette strukturere og planlegge skiftet med tanke på risikoreduserende tiltak.

Vi har gjennomført en questback til alle ansatte relatert til noen av tiltakene i avdeling, hvor blant annet resultat av treffpunkt for alarmvakter blir etterspurt. I utsvarelsen fremkommer det at 81,4% svarer at de er svært fornøyd eller fornøyd knyttet til opplevd forbedring av samarbeid på tvers av seksjoner. 10,2% har svart at de er nøytrale. 56% av de ansatte opplever at treffpunktet bidrar til å forebygge bruk av tvang, mens 37,3% er nøytrale til dette spørsmålet. Det bemerkes i den sammenheng at ansatte ved alderspsykiatrisk seksjon ikke deltar i treffpunkt for alarmvakter (men har svart på undersøkelsen). Dette grunnet praktiske og organisatoriske årsaker.

Questback-undersøkelsen hadde også mulighet for kommentarer fra de ansatte, og her er noen av tilbakemeldingene relatert til treffpunkt for alarmvakt:

«Det å ha informasjon om kva som rører seg i dei forskjellige avdelingane, tenker eg er veldig viktig for å kjenne på auka trygghet for den som har alarmvakt. Det auker også tryggheten å vite kven dei andre alarmvaktene er. Dette utgjer ein stor forskjell i forhold til slik det var før, då ein kom på alarm og ikkje ante kva, kor og kven.... Veldig bra tiltak med dette treffpunktet!»

«Litt usikker på om det bidrar til å forebygge bruken av tvang».

«Treffpunkt for alarmvakter har bidratt til at vi i hver avdelingen har en bedre forståelse for de andres arbeid. En får et raskt overblikk over situasjonen på den andre avdelingen. Personlig føler jeg at det har bidratt til en mer positiv hverdag når det gjelder samhandling på tvers av avdelingene. En for en mer forståelse for det arbeidet og dempende arbeidet en gjør før alarmer blir dratt i.

Jeg tror ikke det har så veldig mye å si for forebygging av tvang i seg selv. Jeg vil si at hele prosjektet bidrar til forebygging. Personlig mener jeg dette handler om personal. Enkelte er veldig raske med å bruke/misbruke tvang, mens andre vil bruke kommunikasjon, trygging osv i lengre tid for å UNNGÅ bruk av tvang. Jeg har opplevd å jobbe med begge kategoriene».

«Synes det er veldig positivt med oppstart av alarmmøter mellom seksjonene. Det skaper mer forutsigbarhet og trygghet for de som har alarmvakt».

[Treffpunkt for alarmvakter](#) er i prosjektperioden blitt nedfelt i egen retningslinje i EQS og relatert til prosedyre for [alarmberedskap i avdeling for sykehuspsykiatri Sunnmøre](#). Disse forutsetter også at alarmvakter har god nok kompetanse til å ivareta sin funksjon som alarmvakt ved minimumskrav om gjennomført TERMA-kurs.

Tiltak treffpunkt for alarmvakt er implementert i avdelingen, men med behov for kontinuerlig forbedring for å holde fokus og hensikt levende. Det ansees som hensiktsmessig å undersøke om dette er noe som kan spres til andre avdelinger jmf. Klinikkperspektivet.

TERMA – terapeutisk møte med aggresjon

([Avdelingen har opprettet egen side for TERMA på våre intranettsider.](#))

Hypotese:

Systematisk opplæring i TERMA vil bidra til økt sikkerhet og trygghet for pasienter og personale, unngå skader på pasienter og personal, redusere forekomst av makt og tvang til et minimum, redusere forekomsten av aggressive og voldelige episoder, og bidra til holdninger og kultur som forebygger unødig bruk av tvang.

Testing:

TERMA er et satsningsområde for hele Klinikkk for psykisk helse og rus, men er foreløpig kun implementert i sykehuspsykiatrien. Prosjektgruppen har hatt godt utbytte av at avdelingsledelsen ved sykehuspsykiatri Sunnmøre har lagt til rette for utdanning av instruktører og gitt prosjektleder mulighet til å igangsette tiltak for å sette TERMA i system i avdelingen. Våren 2017 ble det utdannet tre instruktører fra avdelingen, og våren 2018 ble to nye instruktører ferdig utdannet.

Siden oppstart av TERMA i juni 2017 og frem til dagens dato har det blitt etablert en rekke tiltak for å kunne gi en god opplæring i TERMA til de ansatte. Strukturen som er satt oppleves som en forutsetning for at vi skal kunne lykkes med gjennomføringen.

Tiltak som er testet ut og etter hvert implementert er følgende:

- TERMA 2-dagers kurs i årshjul for avdelingen.
 - Fast kurs siste torsdag og fredag hver måned.
 - Sikrer rask opplæring av nytilsatte og vikarer.
 - Sikrer mulighet for repetisjonskurs for ansatte.
 - Gir forutsigbarhet og mulighet for å planlegge TERMA-kurs for ansatte frem i tid.
- TERMA vedlikeholdskurs.
 - Turnus i alle seksjoner har blitt tilpasset gjennomføring av vedlikeholdstrening for ansatte.
 - Fast teori/simuleringstrening hver onsdag i gymsal.
 - 4 ansatte fra hver seksjon møter (pga begrenset kapasitet) – rullering planlegges i den enkelte seksjon.
- Årshjul TERMA
 - Plan over 2-dagerskurs og vedlikeholdskurs sendt ut til alle ledere i avdeling.
 - Plan over ansvarsfordeling for instruktørene for alle kurs.
- Planleggingsdag for TERMA-instruktører.
 - Fast planleggingsdag hver 14.dag i instruktørenes turnus.
 - Vedlikehold, oppdatering og planlegging av TERMA-undervisning.
 - Arbeid med forbedringsarbeid knyttet til forebyggende tiltak for pasient- og personalsikkerhet.
- TERMA i læringsportalen.
 - TERMA 2-dagerskurs opprettet i læringsportalen for elektronisk registrering av påmelding, etterregistrering og utsendelse av kursbevis.
- Intranett.
 - Egen intranettside for TERMA i avdelingen.
 - Informasjon, lenker og oppdateringer.

Det er gjennomført spørreundersøkelse i form av questback til alle ansatte vedrørende TERMA som tiltak i avdelingen. En tilpasset miljøpersonalet, og en til behandlere i vaktordning. Questbacken gir et bilde av at det fremdeles kan være utfordringer i personalet vedrørende holdninger, kultur og kompetanse knyttet til forebygging av tvang. Utsvarelsene er likevel svært positive, og 81% av behandlere opplever at TERMA bidrar til økt pasientsikkerhet, mens 76,2% opplever at det fører til redusert bruk av tvang. De resterende svarte nøytralt, og her kommenterte de fleste at de ikke hadde deltatt på TERMA enda.

Hele 95,7% av behandlerne mener at TERMA bør være obligatorisk undervisning for dem. Det var svært få behandlere som hadde deltatt på vedlikeholdstrening med TERMA, men 60,9% hadde ønske om at vedlikeholdstreningene også var obligatoriske for behandlere og at det ble satt av tid og krav til dette. De resterende oppga ønske om å ha mulighet til å delta. Ingen mente at vedlikeholdstrening kun var forbeholdt personalet.

Kommentarer fra behandlere i questbacken:

«Veldig flinke kursledere. I tillegg til at innholdet i kurset er bra, er det veldig nyttig i seg selv at man møtes på tvers av seksjoner og på tvers av profesjoner ifm. med et slikt kurs, det vil i seg selv kunne bidra til å styrke samhold og samarbeid i personalgruppa».

«Gjerne tilbud om/ krav til oppfølgingskurs for behandlarar».

«Viktig at behandlere både ser nytte, pluss kjenner til Terma».

«Dette bør også gjelde de som arbeider ved DPS og i ambulante team».

«Man blir ikke flink om ikke».

«Dersom det er obligatorisk for behandlarar, vil det også bli avsett tid til dette (både frå leiing og behandlar sjølv). Trur det er viktig for samhandling i aktuelle pasientsituasjonar, sjølv om behandlar gjerne ikke har ei aktiv rolle der og då».

Det ble også sendt ut egen questback til miljøpersonale i alle seksjonene i avdeling. Her fremkom det at det er en liten gruppe i avdelingen som ikke har tro på TERMA, basert på utsvarelse og kommentarer. Basert på kommentarer kan dette muligens sees opp mot forbedringsmuligheter relatert til holdninger, kompetanse og kultur i avdelingen. 75,4% opplever at TERMA bidrar til økt pasientsikkerhet, mens 63,9% opplever at TERMA bidrar til å forebygge unødig bruk av tvang. 68,8% opplever at TERMA bidrar til økt personalsikkerhet, mens 13,1% er lite eller svært lite fornøyd med at TERMA ivaretar personalsikkerhet.

Kommentarer fra miljøpersonale i questbacken:

«Repetisjonskurs bør tilbys hvert år».

«Svært nyttig og lærerikt kurs. Flinke og opplyste instruktører».

«Fasiliteter er ikke egnet for bruk av tvang, pasient- eller personalsikkerhet. TERMA er et positivt tiltak på alle 3 punkter, men uegnede fasiliteter utgjør en stor risiko som TERMA ikke kan demme opp for alene».

«Veldig sårbart på nettene, vanskelig å skulle ta i bruk TERMA da. I tillegg er det et dårlig tilbud til de som jobber natt da de ikke har anledning til å delta på TERMA kursene som er i vakt skiftet mellom dagvakt og kveldsvakt».

«Opplevd at flere som deltar på kurs / treningene ikke vil delta på den fysiske treningsdelen. Dette fører til at om en møter disse personale på alarm, har ikke de fått øvd fysisk på teknikkene».

«Viktig å vedlikeholde det man har lært og at dette blir prioritert på hver enkelt seksjon».

«Ønsker helst å ha regelmessige heldagstreninger av terma».

«Viktig at alle deltar på vedlikeholdstreninger, uansett hvilken seksjon du jobber på. Dette må være i system, slik ikke enkelte alltid kan "lure seg unna". Dette bør etter min mening være obligatorisk».

«Samme kommentar som tidligere, flere som står kun å ser på, men ikke vil prøve på teknikkene selv».

«Skulle gjerne hatt muligheten til å gått oftere».

TERMA er et tiltak som det jevnt over snakkes varmt om, og som de aller fleste ansatte, behandlere og ledere gir uttrykk for har positiv effekt på kompetanseheving, kultur og holdninger. Vi har hatt en svært positiv utvikling i avdelingen både når det kommer til samarbeidsklima og reduksjon av vedtak for tvangsmidler. Vi har også hatt en reduksjon av sykefravær i avdelingen sammenlignet med fjoråret, og det er nærliggende å tenke at TERMA har hatt innvirkning på dette.

TERMA som tiltak har også blitt positivt bemerket av utdanningsinstitusjonene vi samarbeider med. Studentene som har hatt praksis i avdelingen har alle fått tilbud om å delta på TERMA-kurs; fortinnsviss innføring i teori, men også praktiske øvelser ved kapasitet. Dette har vi gjort bevisst med tanke på rekrutteringsmuligheter. Vi har også fått henvendelse om undervisning til sykepleiestudenter ved NTNU relatert til vårt forebyggende arbeid, og dette er planlagt i februar 2018.

Det ansees at TERMA som tiltak fremdeles har et stort forbedringspotensial mtp å forbedre kompetanse, kultur og holdninger i avdeling vedrørende forebygging av tvang. Det gis tilbakemeldinger fra instruktørene at nivået på treningene fremdeles har stort forbedringspotensial, og at mengde-trening er essensielt her. Noen av de ansatte møter ikke på kurs og treninger, og instruktørene påpeker at engasjement, forventning, fremsnakk og tilrettelegging for gjennomføring av TERMA er svært viktig fra lederhold. De gir også tilbakemeldinger om at egnethet bør vurderes mer kritisk ved ansettelse sett i lys av den enkeltes evne til å tilegne seg kompetanse og gode holdninger for forebyggende risikoreduserende tiltak. De opplever at noen ansatte har holdninger som ikke er forenelig med forebygging av tvang. Til tross for at TERMA er satt i struktur i avdelingen er det derfor fortsatt behov for vedvarende fokus på forbedring og vedlikehold av tiltaket.

Det anbefales at det arbeides videre med harmonisering av TERMA i et klinikkperspektiv, samtidig som avdelingen har fokus på kontinuerlig forbedring og vedlikehold av innførte tiltak.

Det pågår et nasjonalt prosjekt for utvikling av felles opplæringsmanual for møte med aggresjon og vold i psykisk helsevern ([MAP](#)). MAP er i stor grad bygd på TERMA, og våren 2019 skal TERMA-instruktører fra Klinikk for psykisk helse og rus delta i pilot for testing av opplæringsmanualen MAP. MAP vil i løpet av 2019 trolig erstatte TERMA, og det vil være svært viktig å holde fokus på tiltaket i denne overgangen.

Etisk kafé

Hypotese:

En arena hvor personalet kan samles på tvers av seksjonene for å reflektere rundt etiske problemstillinger og utfordringer fra sitt daglige kliniske arbeid vil bidra til kompetanseheving og kultur og holdninger som forebygger unødig bruk av tvang.

Testing:

Dette tiltaket er klart for testing, og har planlagt oppstart 23. januar 2019. Det er inngått et samarbeid med sykehusprest i Ålesund som skal lede disse møtene, i samarbeid med ulike fagpersoner som skal introdusere tema fra gang til gang. Etisk kafé avholdes hver fjerde onsdag i samme tid som TERMA, slik at alle ansatte har et faglig tilbud i det tidsrommet det er avsatt tid i turnus. Det er laget program for første halvår. De ansatte får blant annet reflektere over deres møte med opplevd krenkelse, pasientens opplevde hverdag i døgnsesjon (intro på tema fra tidligere pasient) og hvordan livskvalitet påvirkes ved psykisk sykdom.

Etisk kafé

Hva er etisk kafé?
Etisk kafé skal arrangeres i avdeling for sykehuspsykiatri én gang i måneden. Den ledes av sykehusprest Odd Arne Skogen fra klinisk etikk komité.

Etisk kafé innledes med et bestemt tema fra en fagperson, som videre skal lede til etiske refleksjoner i små grupper, rundt vår kliniske arbeidsverdag og pasientkontakt. Etisk kafé byr også på kaffe og noe lite å bite i☺

Vi håper at diskusjonene i gruppen, og felles oppsummering til slutt, kan bidra til at refleksjonene lever videre i møtet med pasientene og skaper rom for nye løsninger, kulturer og muligheter☺

Tid og sted: Hver fjerde onsdag kl. 14.30-15.30 – materom 1 og 2.

Program for våren 2019

23. januar:
Internundervisning i etikk v/sykehusprest Odd Arne Skogen.

6. februar:
«Hvem er jeg, og hvem er jeg i møte med pasienten?» Psykologspesialist Eva Eidset v/Lokal sikkerhetspsykiatri HMR introduserer tema.

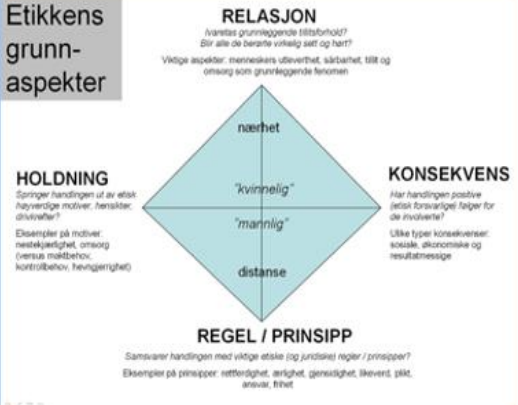
6.mars:
«Meg i møte med opplevd krenkelse». Marit [Svindseth](#) introduserer tema. Hun har forsket på temaet krenkelse, og har en [PhD](#) i klinisk medisin. Professor i psykisk helse ved NTNU.

3.april:
«Hverdagen sett fra senga». Inger-Mari Eidsvik introduserer tema. Hun er utdannet barnevernspedagog og jobber innen rus og psykiatri i spesialisthelsetjenesten. Hun har også erfaring som pasient i psykiatrien.

8.mai:
«Livskvalitet – hvordan påvirkes denne ved psykisk sykdom?» Overlege Trond Østraat fra psykiatrisk poliklinikk introduserer tema.

5.juni:
«Nærhet og distanse». Richard [Sarkodee-Adoo](#) introduserer tema. Richard er spesialsykepleier ved Vegsund DPS og har mange års erfaring innen psykisk helsearbeid.

Etikkens grunnaspekter



RELASJON
Ivaretas grunnleggende tilstandsforhold?
Blir alle de berørte virkelig sett og hørt?
Viktige aspekter: menneskers ubehag, sårbarhet, tillit og omsorg som grunnleggende forsonen

HOLDNING
Sprer handlingen ut av etisk høyverdige motiver, hensikter, drivkrefter?
Eksempler på holdninger: nestekjærlighet, omsorg (versus maktbehov, kontrollbehov, hengjenghet)

KONSEKVENSS
Har handlingen positive (etisk forsvarelige) følger for de involverte?
Ulike typer konsekvenser: sosiale, økonomiske og resultatmessige

REGEL / PRINSIPP
Samsvarer handlingen med viktige etiske (og juridiske) regler / prinsipper?
Eksempler på prinsipper: rettferdighet, ærlighet, gjensidighet, likeverd, jøkt, ansvær, tilitt

Primærdriver: Kvalitetssikre avdelingens pasientforløp og forebyggende tiltak for riktig og redusert bruk av tvang.

Begrunnelse for denne driveren er funn fra interne og eksterne revisjoner om forbedringmuligheter på dette området. Det oppleves at mye gjøres riktig, men at det er for stor variasjon i tiltak, oppfølging og gjennomføring. Vi opplever at avdelingen med fordel kan systematisere de forebyggende tiltakene for å ligge mer i forkant og forebygge tvang mer aktivt på systemnivå.

Dette har vi testet:

Kartlegge risiko for vold, selvmord og selvskading ved innkomst

Hypotese:

Strukturert kartlegging av risiko for å skade seg selv eller andre vil bidra til at vi forebygger bruk av unødig tvang.

Testing:

Avdelingen skal følge nasjonale krav, lovverk og lokale prosedyrer og retningslinjer relatert til kartlegging av risiko for vold, selvskading og selvmord, men ved tilfeldig gjennomgang av dokumentasjon så vi at alle krav ikke alltid følges opp. Det foreligger også forskning som dokumenterer [sammenheng mellom kartlegging av risiko og reduksjon av tvangsmidler](#).

I henhold til [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#) bør alle pasienter vurderes av spesialist ved bruk av strukturert diagnostisk prosess for å kartlegge risiko for selvmord. [Pasientsikkerhetsprogrammet](#) har utarbeidet et kartleggings skjema «I trygge hender» for kartlegging av risiko for selvmord. Dette er i henhold til klinikkens prosedyrer et anbefalt kartleggings skjema for akuttseksjoner ved innkomst. Vi ønsket at dette skjemaet skulle nyttes ved alle innkomster i akutt.

Klinikk for psykisk helse og rus har utarbeidet prosedyrer som tilsier at alle pasienter innlagt i akuttseksjoner skal kartlegges for voldsrisiko ved bruk av [v-risk10](#).

Det ble gjennomført en questback til behandlere i vaktordning ved avdelingen, hvor det ble spurt i hvilken grad de kartlegger for risiko for vold og selvmordsfare ved innkomst. 18,2 % av behandlerne oppga at de alltid kartlegger pasienter med strukturert kartleggings skjema «I trygge hender» ved innkomst. 18,2 % gjorde det ved mistanke om forhøyet risiko, og 13,6 % når de hadde tid. 36,4 % oppga at det ikke var deres oppgave, og 4,5 % oppga at det gjøres av andre etter innkomst. 9,1 % av behandlerne oppga at de aldri risikokartlegger pasientene ved innkomst ved bruk av strukturert verktøy.

Kartlegging av voldsrisiko ved bruk av v-risk10 ble alltid gjort av 27,3 % av behandlerne. 18,2 % gjorde det ved mistanke og når de hadde tid. 31,8 % oppga at det ikke var deres oppgave, mens 4,5 % oppga at det gjøres av andre etter innkomst.

Ut i fra tallene er det svært få behandlere som alltid gjennomfører strukturert kartlegging slik som nasjonale anbefalinger og lokale prosedyrer tilsier at vi bør gjøre. Samtidig må vi ta høyde for at det er sannsynlighet for at de alltid tar stilling til forhøyet risiko selv om det ikke dokumenteres ved strukturert kartlegging, da det oppleves å være stor bevissthet rundt dette i behandlergruppen.

Ved oppstart av prosjektet hadde vi ingen oversikt over hvor mange pasienter som faktisk kartlegges for risiko ved innkøst. Det ble derfor undersøkt muligheten for å kode kartlegging av risiko i klinisk arbeidsflate. Det eksisterte allerede koder og forventninger om at strukturert kartlegging av risiko skulle dokumenteres, og det ble deretter sendt ut informasjon til alle sekretærer og behandlere i avdelingen. Rådgiver i stab har levert månedlige tall på data for grad av kartlegging til prosjektleder, slik at vi kan følge med på om grad av strukturert kartlegging av risiko ved innkøst øker.

Etter dialog og samspill med flere behandlere fremkom det ønske om revisjon av innhold i innkøstmappen. For mange skjema og uklare hensikter medførte at de ofte ble levert blank til sekretærene. Det kom også ønske om opplæring i strukturert kartlegging av risiko og utfylling av skjema fra «I trygge hender» og v-risk10. Innkøstmappen ble revidert i samråd med to behandlere, og den ble i etterkant opplevd mer oversiktlig og ryddig. Det har likevel vært noe problemer med ansvarsfordeling vedrørende hvem som har ansvar for å fylle ut de ulike skjemaene i innkøstmappen, samt hensikten bak dette.

I desember ble det gjennomført obligatorisk opplæring i strukturert kartlegging av risiko for selvmord og vold for alle behandlere i vaktordning ved avdelingen. Det arbeides også med systematisk opplæring i selvmordskartlegging for behandlere og personale i avdeling og klinikk.

Vi har hatt en oppfatning av at pasienter med selvskadingsproblematikk underlegges tvangsmidler hyppigere enn andre pasienter, og at vi kan gjøre mer for å kartlegge og forebygge tvang hos denne gruppen. Vi laget derfor et eget kartleggings skjema for selvskading som miljøpersonell kunne fylle ut sammen med pasientene. Dette har blitt brukt i varierende grad, og vi har dessverre ikke hatt kapasitet til å følge opp dette tiltaket nærmere.

Det fremkommer fremdeles behov for klarere prosedyrer og retningslinjer, samt opplæring, relatert til forebyggende pasient- og personalsikkerhet ved mottak av nye pasienter. Det er derfor bestemt at det fortsatt skal være fokus på kontinuerlig forbedring av innkøst, og avdelingssjef har etablert en arbeidsgruppe som fortsetter med forbedringsarbeidet relatert til kartlegging av risiko og forebygging av tvang ved innkøst. Vi ser også nytten av å involvere flere seksjoner i dette arbeidet, både i egen avdeling og i Klinikken. I forbindelse med pakkeforløpene vil vi nå også ha mulighet til å hente ut data fra [eSP](#) – elektronisk standardiserte pasientforløp. Vi kan da følge grad av kartlegging av risiko ved innkøst.

Risikotavler

Hypotese:

Risikotavle i daglig bruk ved kardex vil synliggjøre om kartlegging av risiko ved innkøst er gjennomført, synliggjøre og bevisstgjøre de ansatte om hvilken risiko som foreligger og synliggjøre og bevisstgjøre behov for forebyggende tiltak og i hvilken grad de er igangsatt. En slik visualisering og påminning daglig vil bidra til økt grad av forebyggende tiltak og riktig og redusert bruk av tvang.

Testing:

De to teamene i akuttseksjonen har fått opp risikotavler i seksjonene sine, hvor det daglig skal tas stilling til om pasientene er risikokartlagt ved innkøst, om pasienten har forhøyet risiko og hva den består i, og om risikoreducerende tiltak er igangsatt.

Bruk av risikotavlene har tatt tid å komme i gang med. Akuttseksjonen oppgir at den blir noe mer brukt i team A enn i team B. Det gis tilbakemelding om at hensikten med den er god, og at dersom de får til å bruke den daglig vil den ha stor nytte. Samtidig har det vært vanskelig å finne dedikerte personer som har hatt fokus på risikotavlen i det daglige. I perioder har den fungert svært godt, og de ansatte har gitt uttrykk for at visualiseringen av forhøyet risiko er en påminner for å komme i gang med forebyggende tiltak.

Bruk av risikotavler ansees å ha forbedringsmuligheter dersom teamene i akuttseksjonen bruker den slik intensjonen er. For å få til dette er det viktig med ledelsesforankring og klar rollefordeling i kardex hvor noen tar ansvar for gjennomgang av risikotavle daglig. Dette er et tiltak som anbefales for fortsatt testing og tilpasning for forebygging av tvang. Bruk av risikotavler vil derfor følges opp videre gjennom prosjektgruppen som skal jobbe med forbedring av kartlegging av risiko ved innkost.

Risikovurdering og risikohåndtering i elektronisk pasientjournal

Hypotese:

Risikovurdering som problemnotat (F10-bildet i journal som benyttes daglig av alle miljøpersonale) vil synliggjøre tidligere dokumentert historikk for vold, selvskading og selvmordsfare og gi økt forståelse for reelt risikobilde hos pasienten. Det vil skape bevisstgjøring vedrørende pasientens sårbarhetssituasjoner og forvarsel (tidlige tegn) relatert til forhøyet risiko, og dermed øke sannsynlighet for personalets mulighet for å iverksette forebyggende risikoreducerende tiltak.

Risikohåndtering som tiltaksnotat (F10-bildet i journal som benyttes daglig av alle miljøpersonale) vil synliggjøre pasientens egne mestringsstrategier. Det vil også synliggjøre pårørendes, eksterne samarbeidsparter og personalets erfaringer med hvilke forebyggende og risikoreducerende tiltak som kan ha effekt. Det vil sikre en likere og mer forutsigbar tilnærming til pasienten som ivaretar hans/hennes behov.

Testing:

Risikovurdering og risikohåndtering som problem og tiltak er allerede implementert og satt i system ved Lokal Sikkerhetspsykiatri HMR. Erfaringene fra den seksjonen er at tiltaket gir de ansatte rask og oppdatert informasjon om pasientens risikobilde og i hvilken kontekst pasienten har en forhøyet risiko for å skade seg selv eller andre. Det dokumenteres også kjente sårbarhetssituasjoner som kan medføre økt risiko, samt forvarsel (tidlige tegn) på at pasienten har forhøyet risiko.

I akuttseksjonen har tiltaket blitt testet ut etter utarbeiding av standard maler for dokumentasjon av risikovurdering og risikohåndtering. Flere ansatte har engasjert seg og satt seg inn i strukturen for å dokumentere ved bruk av malene. Det er kommet tilbakemeldinger om at det har vært tidkrevende å innhente informasjon om pasientens risikohistorikk og tidligere erfarte risikohåndteringstiltak, men at det oppleves meningsfullt når de har fått tid til det. Mange har også etterlyst opplæring i vurdering av risiko og hvilke tiltak som bør etableres for å redusere risiko. Mye av dette dekkes gjennom TERMA-undervisning, men det er planlagt egen undervisning i november for miljøpersonalet spesifikt mtp dokumentasjon etter maler.

Tiltaket har ikke hatt klar dokumentert effekt, og har heller ikke blitt testet ut i tilstrekkelig grad. Det er likevel oppfatning av at dokumentasjon av risikovurdering- og håndtering, samt innhenting av opplysninger fra pasient, pårørende og samarbeidsparter i den anledning, har

bidratt til økt forebygging av unødig tvang. En sykepleier oppsøkte prosjektleder på kontoret for å søke støtte om tiltaket var utført korrekt. Hun hadde innhentet opplysninger fra pasientens tidligere innleggelse, samt tidligere erfaring med tvang, slik malen tilsier at vi skal gjøre. Hun kom da med følgende utsagn;

«Jeg så at pasienten hadde vært beltelagt i fjor sommer, og kunne ikke se at det var god nok begrunnelse for bruk av belter. Pasienten hadde ALDRI blitt beltelagt på det grunnlaget i dag.»

Ut i fra dette utsagnet, samt flere tilsvarende refleksjoner fra de ansatte, oppleves det at det har skjedd en positiv endring av kultur og holdninger i personalets tilnærming til bruk av tvangsmidler.

Det er ønskelig å fortsette med fokus på opplæring til personalet for i større grad ta i bruk malene for dokumentasjon av risikovurdering- og håndtering. Ledelsesforankring og engasjement for tiltaket, samt tilrettelegging for å få dette inn i daglige rutiner vil da være viktig.

Mestringsplan

Hypotese:

Aktiv bruk av mestringsplan under oppholdet vil bidra til at pasientene involveres i større grad i forebyggende tiltak for å redusere risiko for selvskading, vold og selvmordsforsøk inne i døgnpost. Forebyggende risikoreduserende tiltak i samråd med pasient, pårørende og samarbeidparter er viktig for å møte pasientens behov. Mestringsplanen vil synliggjøre hva som er viktig for den enkelte pasienten, kjente sårbarhetssituasjoner og tidlige forvarsler på økt risiko. Den vil også synliggjøre hvilke eventuelle erfaringer og opplevelser pasienten har relatert til bruk av tvangsmidler.

Testing:

Innledningsvis ble det søkt etter mestringsplaner/kriseplaner som allerede var utarbeidet. Vi fant at samtlige mestringsplaner og kriseplaner hadde et utadrettet fokus på mestring etter døgnopphold. Vi ønsket å finne noe som kunne nyttes for å hjelpe pasientene i økt mestring under opphold i døgnseksjon, og som samtidig kunne benyttes som veiledning til risikoreduserende tiltak for de ansatte. Dette kunne vi ikke finne, og vi utarbeidet derfor en mestringsplan tiltenkt pasienter i døgnseksjon.

Vi har gjennomført flere revisjoner av mestringsplanen, og har tilpasset den i samråd med både pasienter og personale. Vi hadde intensjon om at alle pasienter med forhøyet risiko skulle få utlevert mestringsplan som de fylte ut sammen med personalet. Dette har blitt gjennomført i liten grad. Tilbakemeldingene fra de ansatte er at det tar for lang tid, pasientene er for syke og at planene er for vanskelig å bruke.

Vi anser mestringsplanen for å være relevant for videre forbedringsarbeid, men at den kanskje har blitt testet ut litt for tidlig i forbedringsprosessen. Det kunne kanskje vært en fordel å øke personalets kompetanse vedrørende risikovurdering og risikohåndtering, samt dokumentasjon av denne, før mestringsplan ble forsøkt testet ut igjen. Dersom personalet hadde fått økt kunnskap om risikohåndtering er det mulig at de vil oppleve mestringsplanen som et mer nyttig verktøy i samspill med pasienten. Det er også sannsynlig at utfylling av mestringsplanen og innhenting av informasjon ikke oppleves like uhandterlig dersom de opplever økt forståelse og nytteverdi av den i daglig risikohåndtering.

Hastevedtak § 4.8 i PHL.

Hypotese:

Etablering av hastevedtak jmf. PHL § 4.8 vil bidra til økt bevissthet på juridisk lovverk blant personalet og bidra til forebygging av unødig tvang.

Testing:

PHL åpner for muligheten at andre enn vedtaksansvarlig behandler fatter vedtak for tvangsmidler (ikke kortvarig medisiner). De elektroniske vedtaksskjemaene i EPJ ble høsten 2018 revidert og det kom da også inn nytt elektronisk skjema for hastevedtak. Dette gjorde det mulig for avdelingen å endre gjeldende praksis om at det kun er vedtaksansvarlig behandler som kan fatte vedtak om tvangsmidler. Det ble avklart med avdelingsleder at avdelingen kunne etablere praksis med hastevedtak i situasjoner hvor vedtaksansvarlig behandler ikke var kontaktbar i/forut situasjonen.

Prosjektgruppen laget retningslinje for gjennomføring av hastevedtak § 4.8, samt mal for dokumentasjon ved etablering av vedtak. Disse ble i etterkant lagt inn i ny revisjon av klinikkens prosedyrer for tvangsmidler, samt at mal ble lagt inn i EPJ som elektronisk innholdsmal. Det ble gjennomført to undervisninger til de ansatte i hvordan etablere og dokumentere hastevedtak. Det ble også gitt undervisning i PHL i denne sammenheng.

Ved innføringen av hastevedtak som praksis fikk vi varierende tilbakemeldinger fra de ansatte. Noen var skeptiske og usikre på å ta et slikt ansvar, mens andre omfavnet det umiddelbart. I etterkant har flere ansatte tatt kontakt med prosjektleder med behov for opplæring/veiledning, noe som blir ansett som positivt. De ansatte har også selv veiledet hverandre, reflektert og øvd seg på fiktive case og vedtak. Dette tyder på at personalet har fått økt bevissthet rundt lovverk, samt er sitt ansvar bevisst. Det er etablert noen få hastevedtak siden praksisen ble innført. Overlege i prosjektgruppen har fått tilbakemelding fra kontrollkommisjonen om at retningslinjer og innholdsmal for hastevedtak ser ut til å fungere godt, og at hastevedtakene er godt argumentert for og korrekt fylt ut. Ved utfylling av standardmal må ansvarsvakt blant annet dokumentere foranledning til situasjonen, tiltak som er forsøkt og begrunnelse for hvorfor tvang er uomgjengelig nødvendig. Dette ser ut til å skape større bevissthet vedrørende risikoreduserende tiltak og refleksjon vedrørende behov for tvangsmidler i aktuelle situasjoner.

Av innsamlet data ser vi at innføring av hastevedtak har hatt en klar positiv reduksjon på antall tvangsmidler. Tiltaket ble innført i oktober, og i fra oktober til januar hadde seksjonen 74 dager uten mekanisk tvang. Den samme positive effekten så vi også relatert til de andre tvangsmidlene. Dette underbygger at tiltaket var svært effektivt.

Avvikling av ferdigmonterte beltesenger.

Hypotese:

Det er ønskelig å erstatte avdelingens ferdigmonterte beltesenger med mobile belter i koffert. Dette vil medføre at lempligere midler benyttes før full fiksering i seng. Det vil også ivareta pasientsikkerhet mtp å forhindre løft av urolige pasienter opp i seng; noe som kan medføre økt fare for skade på pasient og personale. Tiltaket vil også være tidsbesparende og risikoreduserende i form av at man raskt er på plass i situasjonen med mobile belter og slipper unødig risiko ved å måtte håndtere utagerende pasienter i påvente av at belter monteres av seng før fiksering på gulv. Økt ivaretagelse av pasient- og personalsikkerhet og verdighet for pasient i situasjon.

Testing:

Tiltaket er sendt som forbedringsforslag til akuttseksjonen. Det var oppe for behandling i avdelingens kvalitetsråd, og det er bestemt at avvikling av ferdigmonterte beltesenger skal planlegges og testes i avdelingens seksjoner.

Intervju om vold.**Hypotese:**

Det er ønskelig å «stjele» Lovisenbergs utarbeidede intervju skjema om vold. Skjemaet vil kunne kartlegge pasientens tidligere historikk som eventuelt voldsutøver og voldsoffer, samt forberede pasienten på eventuelle reaksjoner han/hun kan få ved eventuelle begrensninger under oppholdet i døgnsesjon (f.eks. hvordan pasienten vil reagere dersom han ikke får gå ut når han ønsker det). Klinikk for psykisk helse ved Lovisenberg Diakonale sykehus har erfart at bruk av intervju skjema om vold forebygger voldshendelser. Det er derfor innen rimelighet å tenke at vi kan oppnå samme resultat ved innføring av dette skjemaet.

Testing:

Ikke testet enda.

Evalueringskjema etter bruk av tvangsmidler.**Hypotese:**

Det er ønskelig å «stjele» Lovisenbergs evalueringskjema som benyttes etter bruk av tvangsmidler. Bruk av evalueringskjema vil sikre krav om at det gjennomføres evaluering av bruk av tvangsmidler sammen med pasienten. Skjemaet vil også sikre at behandlere gjennomfører evalueringen og dokumentasjonen av denne tilsvarende likt. Evalueringskjema vil sikre at pasientens opplevelser blir ivaretatt og tas hensyn til ved eventuell vurdering av tvangsmidler i pasientens fremtid.

Testing:

Ikke testet enda.

Statistikk

Resultatindikatorer mekanisk tvang

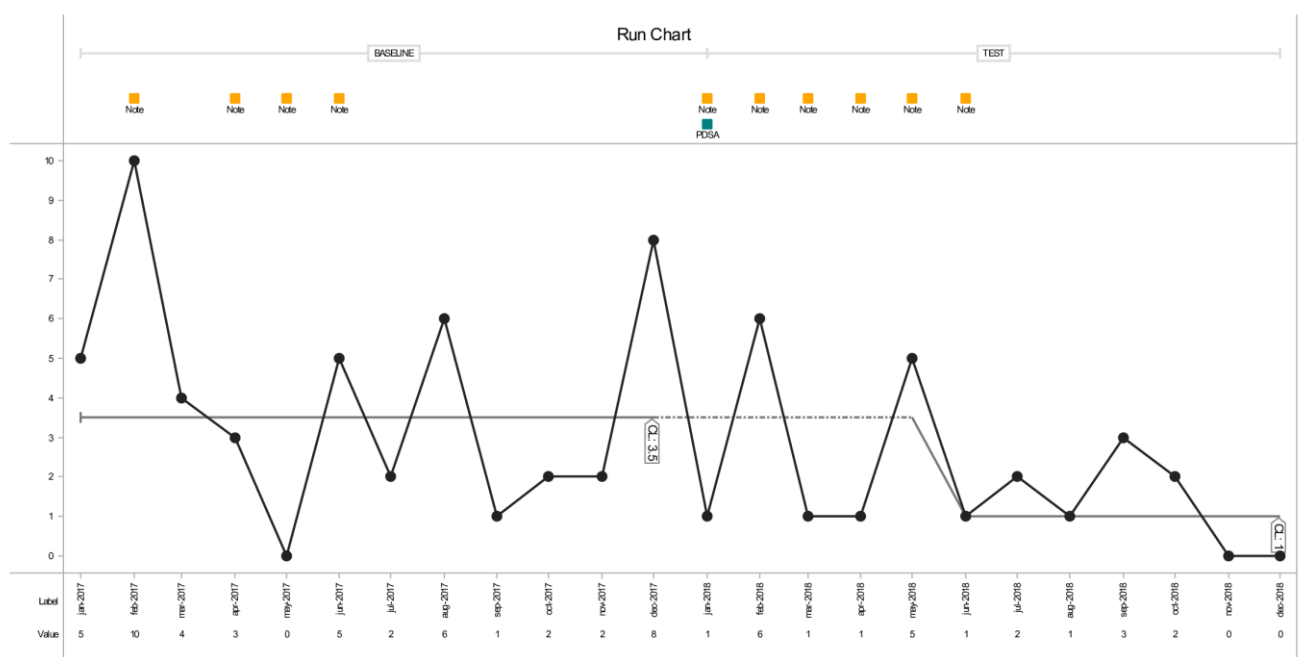
Som resultatindikator i forbedringsprosjektet har vi satt antall vedtak for mekanisk tvang. Vi satt oss som mål å redusere antall vedtak for mekanisk tvang med 40% fra året 2017 til året 2018. I 2017 ble det registrert 48 vedtak for mekanisk tvang, mot 23 vedtak i 2018. Vi har dermed hatt en reduksjon på 52,08%.

Vi har utover å se på prosentvis reduksjon også sett på median for antall vedtak. Her har vi hatt en forbedring for antall vedtak pr måned fra 3,5 i 2017 til 1 i 2018.

Data er samlet inn fra klinisk arbeidsflate og ansees som valide. De er kontrollert både av behandlere, merkantile og kontrollkommisjonen opp mot protokollføring, dokumentasjon i elektronisk pasientjournal og til sist i klinisk arbeidsflate.

Antall vedtak mekanisk tvang

Diagrammet (se figur 1) viser innhentet data fra Klinisk arbeidsflate januar 2017 t.o.m desember 2018. Året 2017 er brukt som baseline, med en median på 3,5 vedtak pr måned. I juni 2018 hadde vi grunnlag for å rekalkulere median basert på forbedring, og median ved avslutning av prosjektet i desember 2018 er 1 vedtak pr måned. Vi ser en klar forbedring siste halvår av 2018 parallellt med testing og implementering av tiltakene. Det kan se ut som innføring av hastevedtak som praksis i oktober 2018 har hatt spesielt god effekt, men vi trenger mer data for å si om dette er en forbedring som holder seg stabil. Videre presiseres det at antall vedtak alltid vil være påvirket av pasientstatus og behandlingsbehov, og nullvisjon om vedtak for mekanisk tvang er derfor kanskje ikke realistisk.

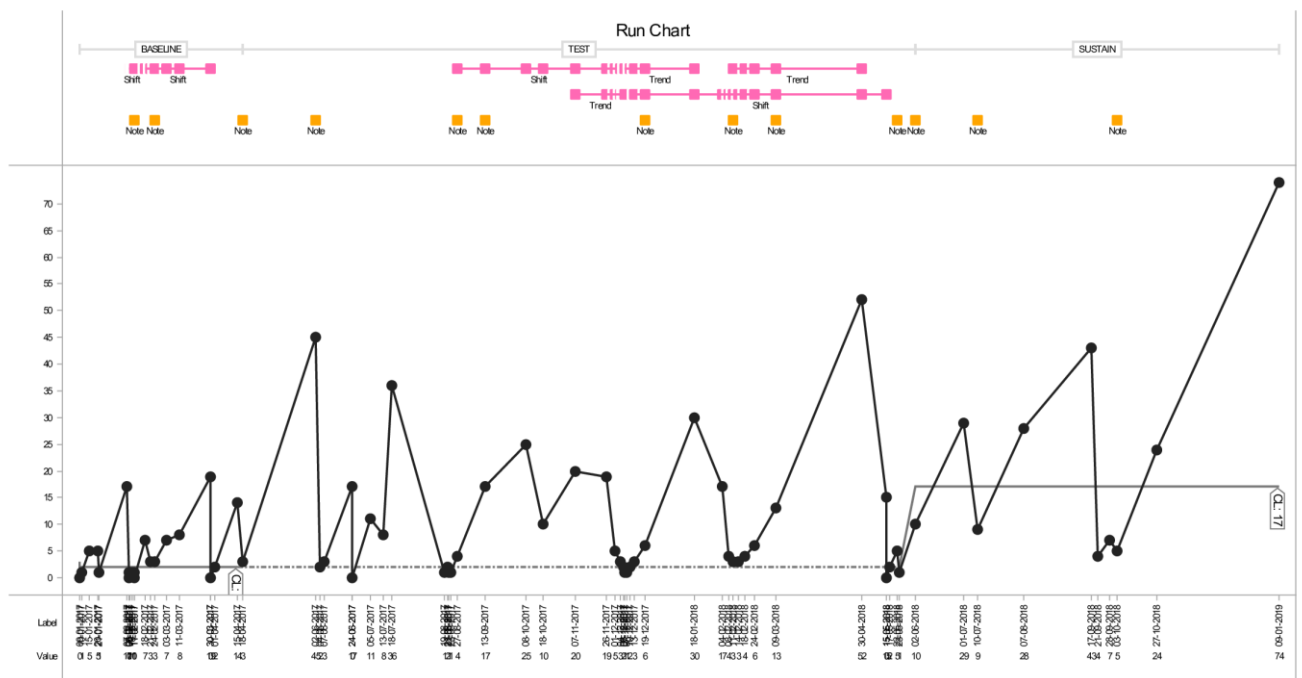


Generated by 

Figur 1 Antall vedtak mekanisk tvang

Antall dager mellom hvert vedtak for mekanisk tvang

Diagrammet (se figur 2) viser innhentet data fra Klinisk arbeidsflate vedrørende antall dager mellom hvert vedtak for mekanisk tvang. Basismålingen tar utgangspunkt i første fem mnd av 2017, før innføring av TERMA (kurs i konflikthåndtering) i avdelingen. Median for basismålingen er 3 dager mellom hvert vedtak. I diagrammet kan man tydelig se en forbedring etter innføring av TERMA-kurs i mai 2017. Man får da langt flere dager mellom hvert vedtak enn første del av 2017. I mai 2018 ble treffpunkt for alarmvakter implementert med egne retningslinjer i EQS. I juni 2018 har vi grunnlag for å rekalkulere median med utgangspunkt i forbedringer, og median ved utgangen av prosjektet i desember 2018 er 17 dager mellom hvert vedtak. Vi ser spesielt en betydelig forbedring etter etablering av hastevedtak som praksis i oktober 2018, hvor vi har hatt 74 dager mellom de to siste vedtakene.



Generated by 

Figur 2 Antall dager mellom hvert vedtak for mekanisk tvang

Balanserende indikatorer

Vi ønsket å følge de balanserende indikatorene for de resterende tvangsmidlene i §4-8 for å se om tiltakene våre hadde noen innvirkning på disse. Det er innhentet data fra klinisk arbeidsflate. Det bemerkes imidlertid at innhentet data kan være upresist, da avdelingen trolig ikke var like konsekvent på å registrere tvangsmidler som isolering og kortvarig fastholding i like stor grad som mekanisk tvang og kortvarig medisinerings innledningsvis i 2017. Dette bedret seg etter internt og eksternt tilsyn, og fikk enda mer økt fokus relatert til endringene i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017. Videre har det blitt stort fokus på dokumentasjon av disse vedtakene, og vi har i perioder hatt dobbeltføringer av enkelte vedtak i iveren etter å gjøre dette rett. Det har også vært episoder hvor kortvarig fastholdelse trolig har blitt registrert som mange vedtak, der det i utgangspunktet var samme episode.

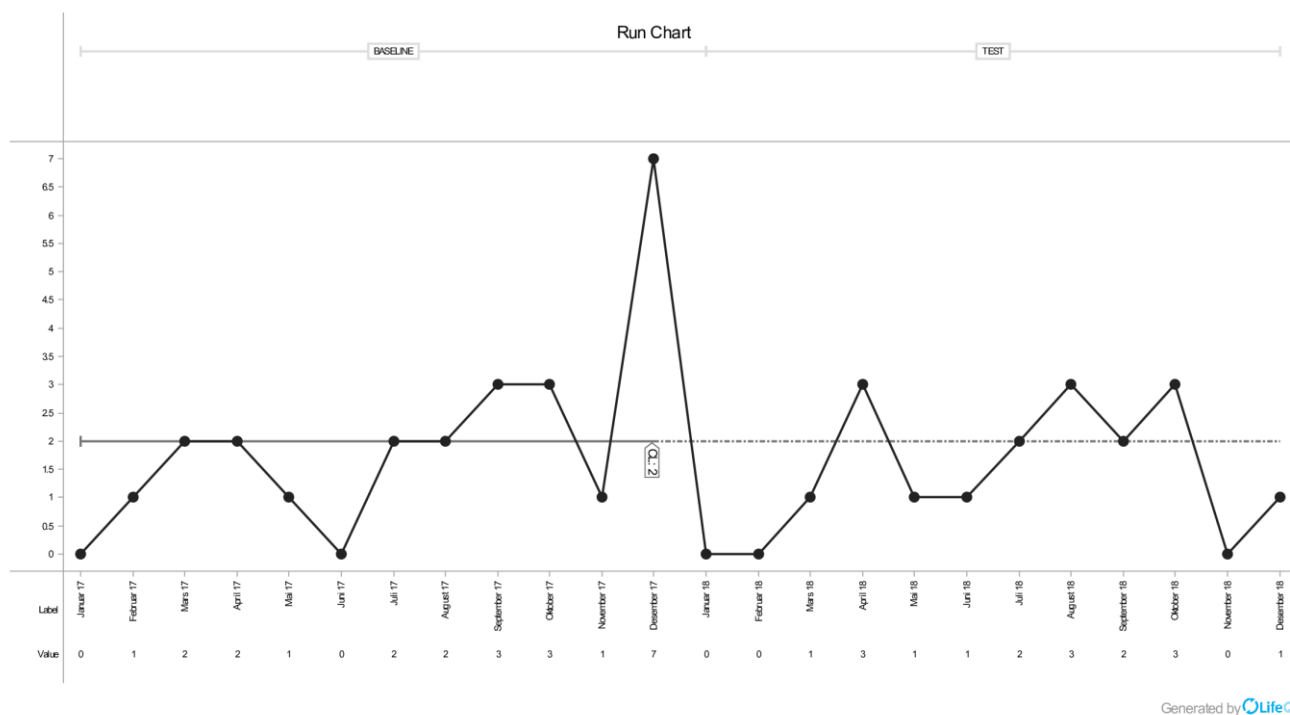
Videre er det viktig å kartlegge andre indikatorer som for eksempel pasientgrunnlag, ferieavvikling, manglende legedekning, stor andel sykefravær osv., og se dette opp data for det man måler på. En balanserende indikator kan slå ut med både heldige og uheldige konsekvenser. I dette posjektet ser vi at tiltakene mest trolig har påvirket tvang generelt i positiv retning.

Videre har vi også innhentet data som viser at sykefraværet er redusert i 2018 sammenlignet med 2017. Vi har også innhentet data vedrørende meldte personalskader relatert til trusler og vold. Innhentet data indikerer en liten nedgang i personalskader. Vi har imidlertid trolig en stor underrapportering av forekomst, samt at registreringen ikke gjøres i henhold til anbefalte retningslinjer. Dette medfører at innsamlet data ikke kan ansees som valide før vi har et system som gir valide data på reell forekomst. Klinikken har forøvrig meldt ønske om tilgang til kartleggingsverktøyet SOAS, med mulighet for elektronisk registrering av vold og trusler. Med et slikt verktøy vil muligheten for valide data trolig være betydelig større.

Innlåsing uten personale tilstede

Diagrammet (se figur 3) viser en median på 2 vedtak pr måned. Innledningsvis i 2017 var tallet på vedtak lav, med en økning i slutten av året. Vi ser også at desember 2017 hadde en høy andel vedtak, noe som også er tilfelle for mekanisk tvang i samme periode. Det kan derfor ha vært som følge av pasientgrunnet i den perioden, eller andre påvirkende indikatorer.

I 2017 ble det registrert 24 vedtak i klinisk arbeidsflate, i 2018 er det registrert 18 vedtak. Vi har dermed hatt en reduksjon på 25% dersom vi ser på antall vedtak fra 2017 tom 2018. Etter etablering av hastevedtak i oktober 2018 ser vi at antall vedtak har gått ned. Seriediagrammet har ikke nok punkter som indikerer forbedring og rekalkulering av median er derfor ikke mulig enda. Vi må sikre valide data for å se om dette er vedvarende forbedring.

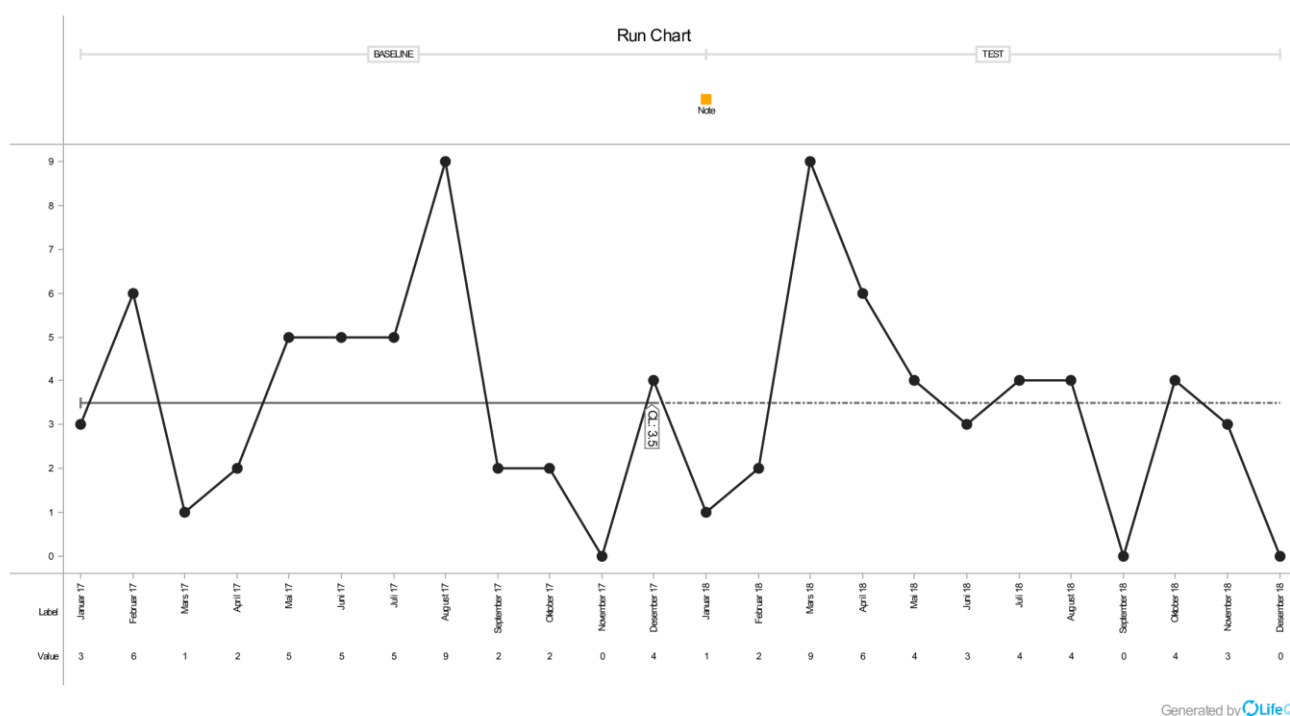


Generated by 

Figur 3 Innlåsing uten personale tilstede

Bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemidler

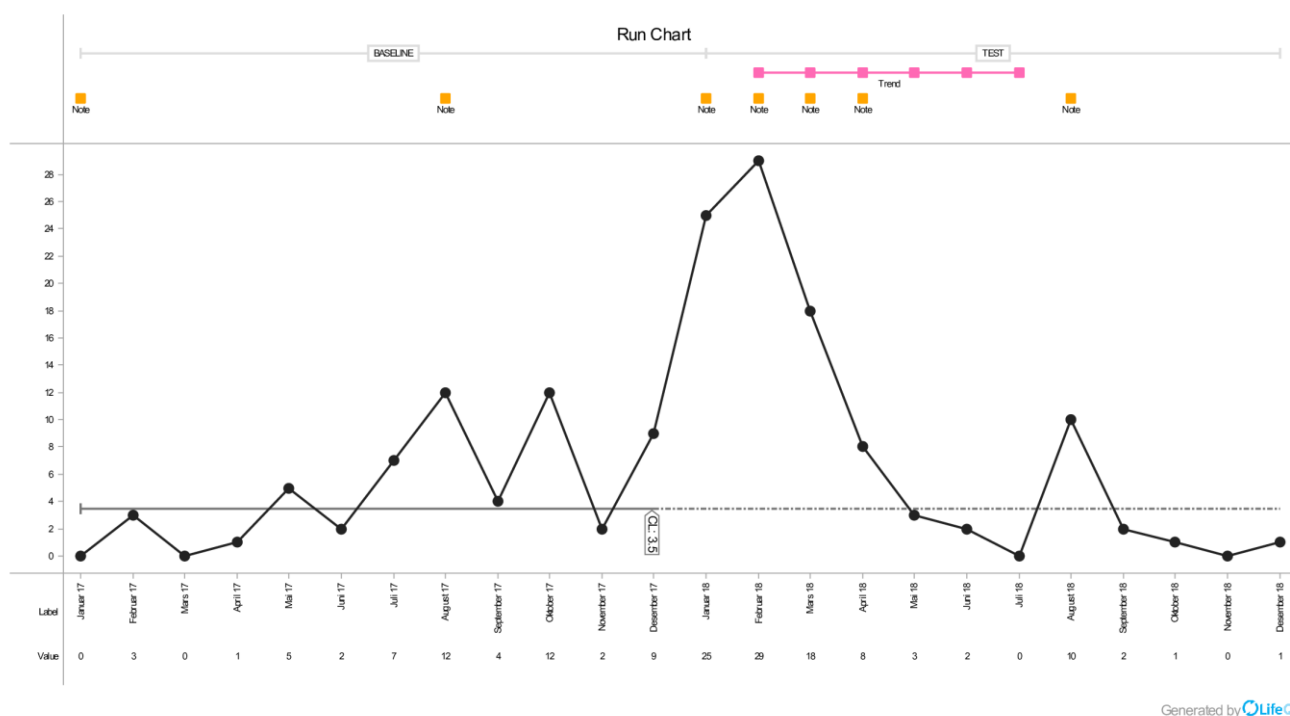
Som alle andre tvangsmidler er behov for vedtak avhengig av pasientgrunnlag og behandlingsbehov i avdelingen. I 2017 ble det registrert 44 vedtak i klinisk arbeidsflate, mot 42 vedtak i 2018. Prosentvis reduksjon er 4,55%. Basismåling for 2017 er 3,5 vedtak pr måned, og vi ser av diagrammet (figur 4) at det ikke foreligger nok punkter under median til å foreta rekalkulering. Vi ser likevel en tendens til forbedring fra mai 2018, og det er behov for fortsatt innsamling av data for å følge med på utviklingen.



Figur 4 Bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemidler

Kortvarig fastholding

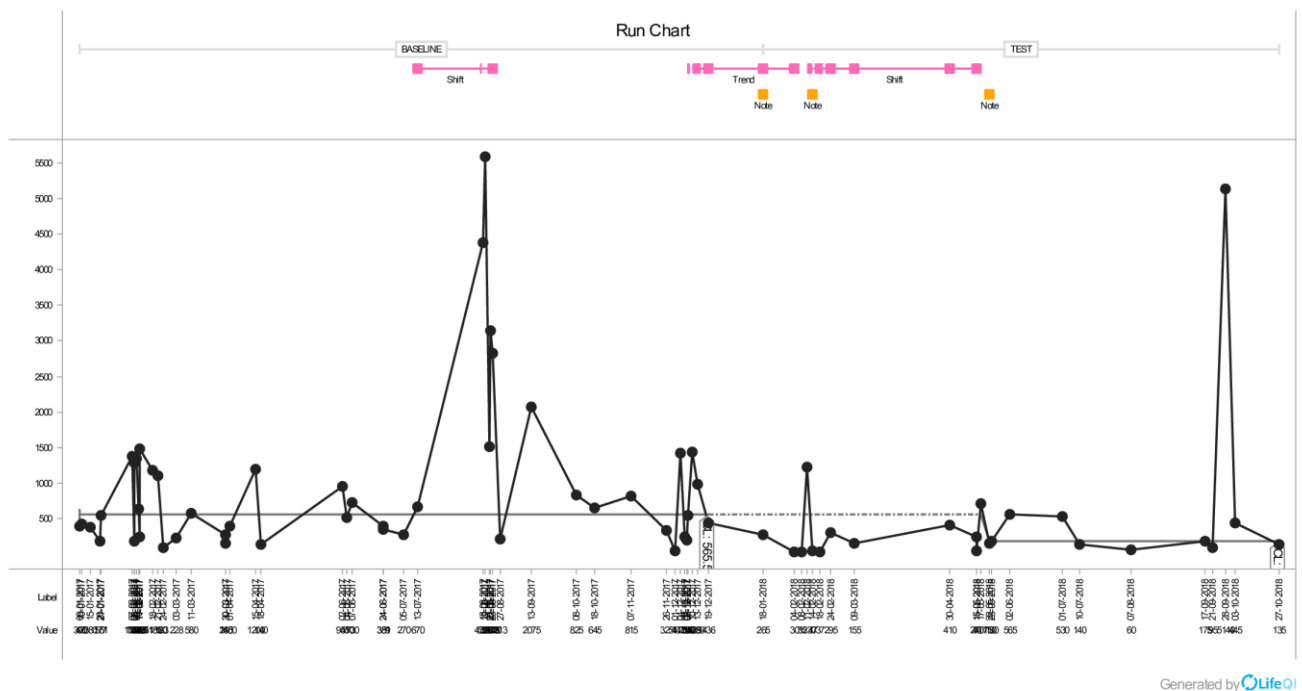
I 2017 ble det registrert 57 vedtak for kortvarig fastholding. Basismåling for 2017 har en median på 3,5 vedtak pr måned. Av diagrammet (figur 5) ser vi at det var lavere forekomst av vedtak de første månedene av 2017, noe som kan skyldes underrapportering da vi erfaringsmessig ikke tror tallene var så lave i den perioden. Sommeren 2017 ser vi en økning i antall vedtak, og dette kan trolig sees i sammenheng med mer valide data siden vedtak ble dokumentert mer systematisk, og det ble større fokus på tvangsmidler og dokumentasjonskrav gjennom TERMA og endringer i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017. I januar, februar og mars ble det registrert hele 72 vedtak for kortvarig fastholding. I januar var 19 av 25 vedtak knyttet til samme pasient, i februar var 24 av 29 vedtak knyttet til samme pasient, og i mars var 17 av 18 vedtak knyttet til samme pasient. I tillegg kan det se ut til at flere av vedtakene var relatert til andre tvangsmidler, og dermed dobbeltført. I etterkant av denne perioden ble det gitt undervisning i TERMA med ekstra fokus på lovverk knyttet til tvangsmidler. I etterkant av denne perioden ble også treffpunkt for alarmvakter etablert. Vi ser da en jamn nedgang i bruk av kortvarig fastholding, med unntak av august 2018. Denne måneden er det registrert 10 vedtak, men vi finner at minst 3 av vedtakene er dobbeltført. Det skulle derfor ikke vært registrert mer enn maks 7, muligens færre da flere vedtak kan se ut til å være den samme episoden. Fra mai 2018 ansees data stort sett å være valide, med unntak av fare for dobbeltføringer. De siste fire månedene i 2018 ble det kun registrert 4 vedtak for hele perioden. Nedgangen vi ser er derfor ansett som reell forbedring, og vi har behov for fortsatt å samle data for å kunne rekalkulere median ved synlig forbedring.



Figur 5 Kortvarig fastholding

Antall minutt varighet pr vedtak for mekanisk tvang

Diagrammet (figur 6) viser innhentet data fra klinisk arbeidsflate vedrørende varighet pr vedtak for mekanisk tvang. Året 2017 er brukt som basismåling, med en median på 565,5 minutters varighet pr vedtak. Første halvår av 2018 hadde vi en forbedring som gjorde at vi i juni 2018 kunne rekalkulere verdiene for median. Ved utgangen av 2018 er median for varighet mekanisk tvang i snitt pr vedtak 175 minutt. Vi har dermed redusert varighet pr vedtak med 69% i snitt fra basismåling for 2017 til utgangen av prosjektperioden i desember 2018. Forbedringen er svært bra, men vi ser fremdeles at det er et stort forbedringspotensial i varighet for mekanisk tvang, og ønsker at dette fortsatt skal være område for tiltak om kontinuerlig forbedring. Videre presiseres det at varighet på vedtak alltid vil være påvirket av pasientstatus og behandlingsbehov, og data vil derfor alltid kunne ha en variasjon som ikke påvirkes i like stor grad av tiltak.



Figur 6 Antall minutt varighet pr vedtak for mekanisk tvang

Generated by 

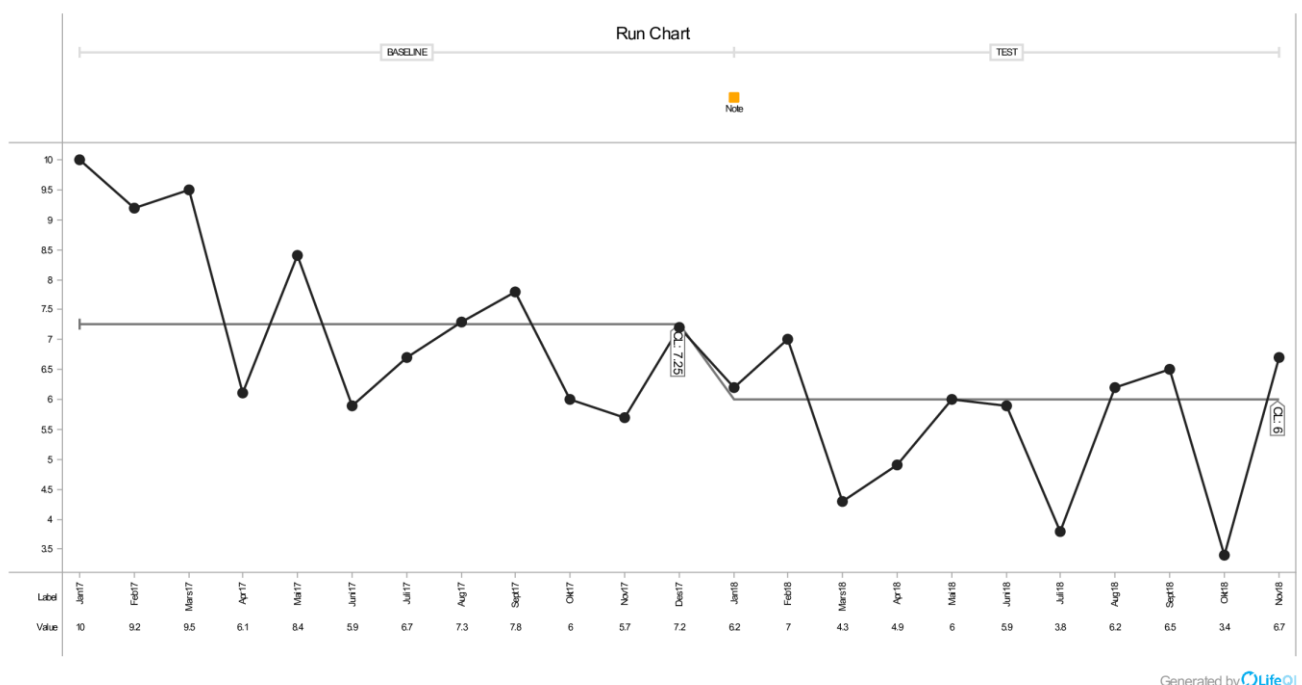
Sykefravær

Tall hentet ut fra RS ajourhold i Helseforetaket viser at avdelingen i 2017 hadde et gjennomsnittlig sykefravær på 9,7%. Avdelingen har vært involvert i flere av forbedringstiltakene, og gjennomsnittlig sykefravær for januar 2018 tom november 2018 er 8,7%. Det har altså vært en nedgang i sykefravær på 1% i avdelingen.

Akutt psykisk helse har vært pilot-seksjon i forbedringsprosjektet. I 2017 hadde de et gjennomsnittlig sykefravær på 7,5%. Gjennomsnitt for samme periode (unntak desember måned – data foreligger ikke på tidspunktet) i 2018 er 5,5%. Akutt psykisk helse har hatt en reduksjon i sykefravær på 2% fra forrige år.

I diagrammet (figur 7) ser vi sykefravær i prosent pr måned fra 2017 t.o.m november 2018 ved akutt psykisk helse. Median for basismåling 2017 er 7,25 % sykefravær pr måned. I diagrammet fremkommer det et tydelig skift fra 2018 som vedvarer gjennom hele forbedringsprosjektet. Det er derfor grunnlag for å rekalkulere ny median for 2018, med en sykefraværspersent på 6 %. Diagrammet viser at vi ikke har oppnådd stabil og varig reduksjon av sykefraværet på ny median, selv om nedgangen i sykefraværet er tydelig. Det er derfor viktig å følge data videre over tid for å se om endringen vedvarer.

Vi kan ikke konkludere med at tiltakene våre er utslagsgivende for reduksjon i sykefravær, men dette er en positiv utvikling som vi ønsker mer data på for å se eventuelle sammenhenger.



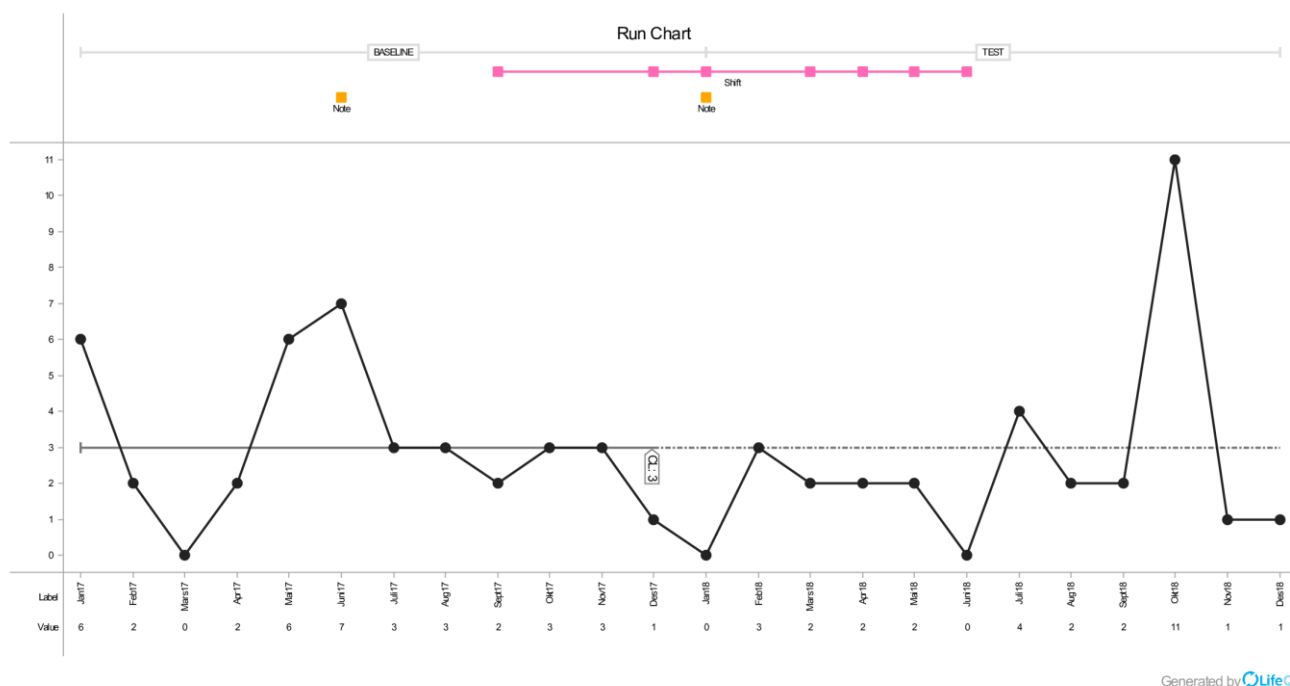
Figur 7 Sykefravær akutt psykisk helse

Generated by 

Personalskader

I 2017 hadde akutt psykisk helse registrert 38 personalskader relatert til vold og trusler. 21 av disse var registrert som voldsskade, 17 var registrert som trusler. I 2018 var dette antallet redusert til 29, hvorav 20 var registrert som voldsskade og 9 som trusler. Dette er en nedgang på 23,7%. Pga usikkerhet om data er valide, er det viktig med målinger over tid samtidig som registrering av trusler og vold utføres systematisk og likt.

Av diagrammet ser vi at basismåling for 2017 er 3 personalskader pr måned. Etter innføring av TERMA-kurs i juni 2017 ser vi imidlertid et mulig skift, hvor ny median ville vært 2. Vi har valgt å ikke rekalkulere median før data er innsamlet over lengre tid og vi ser at endringen holder seg stabil. I oktober 2018 ser vi en stor økning i antall personalskader. Ifølge seksjonen er disse skadene relatert til en spesifikk pasient som i denne perioden hadde uttalt voldsproblematikk. Denne pasienten ble til slutt underlagt mekanisk tvang. Her kan vi undre oss om innsatsen for å redusere bruken av tvang har gått på bekostning av riktig bruk av tvang? Innsamling av data på de ulike områdene, og evnen til å se disse opp mot hverandre, fremstår her viktig.



Figur 8 Personalskader

Generated by 

Spredning og vedlikehold

Kommunikasjon

Første steg etter endt prosjektperiode er å kommunisere ut resultatene vi har oppnådd, og hvilke forbedringstiltak vi har testet og hatt effekt av. Det er ønskelig å motivere andre til å ta fatt på forbedringsarbeid, og utvikle forbedringskulturen både i egen klinikk og i helseforetaket vårt.

Involvering av pasienter og pårørende

En viktig del av forbedringsarbeid er involvering av pasienter og pårørende. Kommunikasjon med brukerrepresentanter eller pårørendeorganisasjoner kan bidra til et annet perspektiv og endringsmotivasjon for personalet, og det kan bidra til en helsetjeneste som ivaretar pasientenes behov. Vi trenger denne kommunikasjonen for å finne indikatorer som kan forbedre helsehjelpen vi gir. Vi ønsket å ha en brukerrepresentant med oss inn i arbeidet, men fikk dessverre ikke gjennomført dette. Dersom forbedringsprosjektet skal lykkes i vedlikehold er det viktig å involvere pasienter og pårørende i det kommende arbeidet.

Intern og ekstern kommunikasjon

Forbedringsprosjektet har blitt belyst internt i egen Klinikk ved flere anledninger, og kommunikasjonsavdelingen i foretaket har publisert egen sak relatert til TERMA som et av forbedringstiltakene. For å nå ut til flere håper vi at forbedringsprosjektet kan belyses via media og fagtidsskrifter. Kommunikasjon av forbedringer kan bidra til positive effekter utover det å spre og kunnskap og formidle faglig stolthet. Det kan blant annet også sekundært bidra til positivt omdømme, rekruttering av personale og ekstern påvirkning og støtte til fokusområdet og tiltakene.

Spredning

I forbedringsprosjektet for riktig og redusert bruk av tvang har vi testet en rekke tiltak. Noen har gitt markante forbedringer, mens andre tiltak trenger mer uttesting og valide data for å kunne avgjøre om de medfører forbedring.

Det anbefales at tiltakene blir testet ut i andre relevante seksjoner i klinikken for å se om det kan medføre forbedring utover avdeling for sykehuspsykiatri Sunnmøre. Riktig og redusert bruk av tvang er et sentralt fokusområde med tanke på ivaretagelse av både pasient- og personalsikkerhet. Det er viktig at vi kan ha åpenhet rundt behov for forbedringstiltak og unngå silotenkning i tilnærmingen av dette arbeidet.

Dersom Klinikken ønsker bredding av tiltakene ut i andre seksjoner for testing er det svært viktig at det etableres lokale forbedringsteam som kan følge prosessene tett med veiledning og oppfølging av hyppige data. Dersom man satser på at spredning skal bæres av noen få utvalgte vil prosessen bli svært sårbar.

Underveis i forbedringsprosjektet har det blitt diskutert muligheten for en «tiltaks pakke» for riktig og redusert bruk av tvang nasjonalt. Det hadde vært spennende å ta del i et større nasjonalt arbeid på dette området dersom muligheten meldte seg.

Lederforankring

Lederene i Klinikken har et spesielt viktig ansvar når det kommer til spredning av forbedringsarbeid. De må synliggjøre motivasjon for endring gjennom formål og gevinst for den enkelte ansatte, pasientene og organisasjonen. De må være tydelige på krav og oppgaver, de må synliggjøre ressurser til forbedringsarbeidet og de må ha beslutnings- og gjennomføringsevne for å nå målene som blir satt.

Vedlikehold

Et prosjektarbeid er ofte ferdig når prosjektperioden er over og tiltakene iverksatt. Det er imidlertid ikke tilfelle med forbedringsprosjekt. Her er det viktig å fortsette med kontinuerlig fokus på forbedring gjennom kontrollmålinger og fortsatt markering av resultat og forbedringer. For å lykkes med vedlikehold er det også viktig at vi er tydelige på hva det er vi ønsker å vedlikeholde, og hvilken plan vi har for å få dette til.

Kvalitetsråd

Det er ønskelig fortsatt å holde fokus på data og evaluering av tiltak gjennom kvalitetsrådenes arbeid på alle nivå, og spesielt i avdelingens kvalitetsråd mtp igangsatte tiltak i avdelingen. Vi har en plan om å legge frem månedlige data på antall vedtak for tvangsmidler, i tillegg til at vi allerede følger månedlige tall for sykefravær og personalskader. Ved å følge data regelmessig vil vi også ha mulighet til å fange opp eventuelle endringer; både positive og negative. Vi kan da planlegge, og gjennomføre, videre testing og tiltak i forbedringsarbeidet vårt basert på data.

Avdelingssjef ønsker at kvalitetsrådet i avdeling skal ha stort fokus på kontinuerlig forbedring. Det er satt to satsningsområder for kontinuerlig forbedring kommende år; kartlegging ved innkomst av risiko for vold og selvmord (oppfølging av allerede igangsatte tiltak fra dette prosjektet) og tvang ved bruk av skjerming. Sistnevnte er et nytt fokusområde, men bygger videre på det allerede igangsatte forbedringsarbeidet. Det er satt ned en arbeidsgruppe som har fått mandat om å se på fysiske rammer og faglighet knyttet til gjennomføring av skjerming. Dette med bakgrunn i [Sivilombudsmannens rapport om skjerming i psykisk helsevern](#).

Informasjon fra kvalitetsråd og kontinuerlig forbedringsarbeid blir videre spredd med informasjon ut til de ansatte i alle ledd. Dette er svært viktig for å holde fokuset og motivasjon for kontinuerlig forbedring levende, samtidig med avsatt tid og ressurser til å prioritere dette arbeidet. Vi ønsker oss bort fra en kultur med langvarig brannslukking. Vedlikehold og evaluering av påviste effektive tiltak er svært viktig for å lykkes i forbedringsarbeid.

Kultur og holdninger

Vi ønsker å belyse at vi generelt opplever å ha ansatte med gode holdninger og kultur i tilnærmingen til bruk av tvang. Vi ønsker å fremme alt som er bra, og gjøre fellesskapet og samarbeidet på tvers enda bedre i dette viktige arbeidet. Mye av den opplevde ukulturen og holdningene som ikke har vært forenelige med riktig og redusert bruk av tvang tror vi i stor grad skyldes mangel på vedvarende fokus på tema gjennom opplæring og kompetansebygging. Dette har vi forsøkt å endre gjennom våre tiltak, og spørreundersøkelsene vi har gjennomført blant de ansatte synliggjør en positiv utvikling i avdelingens kultur og holdninger til forebygging av tvang. Dersom den positive utviklingen skal vedvare er det viktig at Klinikken som helhet satser på

kompetanse og opplæring av sine ansatte, og at dette blir prioritert gjennom ressurser og systematisk organisering i alle ledd.

Det er også viktig at ledere vurderer nyansettelser nøye mtp egnethet. Pasientene fortjener en personalgruppe som evner å møte dem med den respekten de fortjener. Vi har ønske om at pasienter skal oppleve at de møter ansatte som tilstreber stor medvirkning og selvbestemmelse over egen behandling, med frivillighet som utgangspunkt.

Videre ønsker vi at de ansatte skal føle seg ivaretatt gjennom fokus på kompetanseheving og forutsetninger for å kunne forebygge tvang, og ivaretagelse i situasjoner hvor de er utsatt for vold og trusler. Pasientsikkerhet og personalsikkerhet henger svært tett sammen. Vi er av den oppfatning at et godt arbeidsmiljø med trygge rammer både for pasienter og personale vil skape kompetanse, kultur og holdninger som ivaretar denne sikkerheten. Et kontinuerlig fokus på dette vil kunne skape varige forbedringer.

Vedlegg

Questback

Driver

Mestringsplan

Kartlegging av selvskading