

# Evalueringsrapport

Udarbejdet af DEFACTUM i samarbejde  
med COWI for Sundhedsstyrelsen  
August 2018



## Evaluering af forsøg med bæltefri afdelinger i psykiatrien

## **Evalueringsrapport udarbejdet for Sundhedsstyrelsen**

### **Evaluering af forsøg med bæltefri afdelinger i psykiatrien**

DEFACTUM i samarbejde med COWI

Redaktion/forfattere:

Anders Nørbæk

Bidrag til registerdatabehandling:

Tina Veje Andersen

Marie Louise Overgaard Svendsen

Sara Flensborg Hansen

Dorte Brandt Svendstrup

Yderligere bidrag:

Brugerkonsulent hos DEFACTUM Gry Trust Mertz

Kontakt:

Specialkonsulent Anders Nørbæk

E-mail: [andnoe@rm.dk](mailto:andnoe@rm.dk)

DEFACTUM

Region Midtjylland

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2018

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>SAMMENFATNING OG KONKLUSION</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>EVALUERINGSDESIGN</b>	<b>6</b>
3.1	DATAINDSAMLING	7
<b>4</b>	<b>KARAKTERISTIK AF DE MEDVIRKENDE AFSNIT</b>	<b>10</b>
4.1	AFSNIT N6, BRØNDERSLEV PSYKIATRISKE SYGEHUS, REGION NORDJYLLAND	10
4.2	AFSNIT P4, AUH RISSKOV, REGION MIDTJYLLAND	10
4.3	AFSNIT 61-63, PSYKIATRISK AFDELING AABENRAA, REGION SYDDANMARK	10
4.4	AFSNIT SL3 OG SL5, PSYKIATRISYGEHUSET I SLAGELSE, REGION SJÆLLAND	10
4.5	AFSNIT 809 OG 811, PSYKIATRISK CENTER GLOSTRUP, REGION HOVEDSTADEN	11
4.6	AFSNIT 1, 2 OG 6, PSYKIATRISK CENTER BALLERUP, REGION HOVEDSTADEN	11
<b>5</b>	<b>BÆLTEFRIE AFSNIT</b>	<b>12</b>
5.1	ANALYSETILGANG OG DATAKILDE	12
5.2	UDVIKLING I BÆLTEFIKSERING	12
5.3	AFLEDTE VIRKNINGER	19
5.4	PROJEKTAFSNITTENES MÅLOPNÅELSE	23
5.5	SAMMENFATNING AF RESULTATER	25
<b>6</b>	<b>VIRKSOMME ELEMENTER I INDSATSER</b>	<b>26</b>
6.1	ER INDSATSERNE IMPLEMENTERET SOM PLANLAGT?	26
6.2	AFSNITTENES VURDERINGER AF INDSATSERNES RELEVANS	34
6.3	VIRKSOMME ELEMENTER	37
<b>7</b>	<b>BILAGSFORTEGNELSE</b>	<b>48</b>

# 1 Indledning

Antallet af bæltefikseringer i den regionale psykiatri er højt. Satspuljepartierne har i den forbindelse ønsket, at der sættes fokus på at reducere anvendelsen af tvangsfikseringer via forsøg med bæltefri afdelinger på udvalgte lukkede afdelinger i den regionale psykiatri. Som led i Satspuljeaftalen på psykiatriområdet for 2014-2017 er der derfor afsat 73,6 mio. kr. til satspuljeprojektet "Forsøg med bæltefri/tvangsfri afdelinger"<sup>1</sup>. Projektet ses som et vigtigt skridt mod Partnerskabsaftalernes langsigtede mål om at halvere antallet af bæltefikseringer frem mod år 2020<sup>2</sup>.

Satspuljeprojektet Forsøg med bæltefrie afdelinger afvikles i perioden oktober 2014 - december 2017. I projektet deltager psykiatriske sengeafsnit fra seks forskellige centre og afdelinger, nemlig hele Psykiatrisk Center Ballerup, N6 i Brønderslev, 809 og 811 på Psykiatrisk Center Glostrup, P4 på Aarhus Universitetshospital i Risskov, SL3 og SL5 på Psykiatrisk Sygehus i Slagelse og 61/63 på Psykiatrisk Afdeling i Aabenraa. Det nationale projekt består således af seks medvirkende afsnit.

Det overordnede omdrejningspunkt for projektindsatserne er at udvikle bæltefrie behandlingsmiljøer ved at afprøve og implementere en række personalerettede, organisatoriske indsatser og ny patientrettet klinisk praksis.

Konsortiet COWI-DEFACTUM har gennemført en evaluering af dette satspuljeprojekt på vegne af Sundhedsstyrelsen. Evalueringen har fokus på at undersøge, hvad der skal til for at et dansk psykiatrisk døgnafsnit kan undgå at bruge bæltefiksering. Evalueringen skal ikke blot dokumentere, om de deltagende sengeafsnit når deres målsætninger om at reducere anvendelsen af bæltefiksering, men skal også skabe større viden om, hvilke aktiviteter og organisationsformer, der kan bidrage til at reducere anvendelsen af bæltefiksering.

Evalueringsrapporten er opbygget således, at afsnit 2 indeholder en sammenfatning og konklusioner af evalueringens resultater. Derefter præsenteres evalueringens design og dataindsamling nærmere i afsnit 3. I afsnit 4 gives en kort præsentation af de deltagende projektafsnit fra de seks forskellige psykiatriske afdelinger. Derefter har rapporten to hovedafsnit. I afsnit 5 præsenteres og analyseres projektafsnittenes resultater i forhold til anvendelsen af bæltefiksering og øvrige tvangsformer såvel som udviklingen i personalerettede parametre og patienttilfredshed. Efter analysen af resultaterne fokuseres der i afsnit 6 på de indsatser de deltagende afsnit har anvendt for at opnå resultaterne. Der er fokus på at kortlægge, hvilke indsatser der er implementeret, i hvilket omfang de findes relevante samt at identificere de virksomme elementer i de afprøvede indsatser.

---

<sup>1</sup> <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2014/baeltefri-afdelinger-i-psykiatrien>

<sup>2</sup> <https://docplayer.dk/23249253-Satspuljeopslag-forsog-med-baeltefri-afdelinger-forsog-med-baeltefri-afdelinger-i-psykiatrien.html>

## 2 Sammenfatning og konklusion

I evalueringen er der fokus på at undersøge, om det er lykkedes for de deltagende projektafsnit at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering og på at identificere de elementer, der især har vist sig at være virksomme i forhold til at nå denne målsætning.

### Resultater

Udviklingen i anvendelsen af bæltefiksering undersøges ved at sammenligne en baseline periode (2014) med en indsatsperiode (2015-2017), hvor projektafsnittene arbejder med de iværksatte indsatser i regi af projekt bæltefri afsnit. SPC-analyser af antallet af bæltefikseringer over tid for de seks deltagende projektafsnit viser en udvikling i antallet for Aabenraa, Slagelse, Glostrup og Ballerup, som er statistisk sikker. Alle fire projektafsnit har således reduceret deres anvendelse af bæltefiksering i forhold til 2014. Projektafsnittet i Brønderslev har derimod haft en stigning i antallet af bæltefikseringer, der er statistisk sikker. Projektafsnittet i Risskov har ikke haft en statistisk sikker udvikling i antallet af bæltefikseringer, hverken i positiv eller negativ retning. To af de fire afsnit med positiv udvikling er helt eller næsten helt bæltefri. På projektafsnittet i Glostrup har man således ingen bæltefikseringer i de seneste fem kvartaler, mens projektafsnittet i Aabenraa har været helt bæltefrit i tre af fire kvartaler i 2017. I Ballerup, hvor hele centret deltager, er man tæt på målsætningen om maksimalt 10 bæltefikseringer pr. år. På projektafsnittene i Slagelse er der fortsat forholdsvis mange bæltefikseringer på trods af den positive udvikling.

Der er foretaget analyser af udviklingen i anvendelsen af øvrige tvangsformer i samme periode. Anvendelsen af akut beroligende medicin, fastholdelser, remme og tvangstilbageholdelser er medtaget. Der ses ikke nogen udvikling i de øvrige tvangsformer i forhold til baseline på tværs af de seks projektafsnit. Udviklingen i de øvrige tvangsformer er undersøgt specifikt for de projektafsnit, der har haft en reduktion i anvendelsen af bæltefikseringer. Heller ikke her ses der en udvikling, hvilket vil sige at nedbringelsen i anvendelse af bæltefiksering er sket uden at gøre mere brug af andre tvangsansvendelser.

Resultaterne peger på, at arbejdet for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering ikke fører til lavere medarbejdertilfredshed, øget sygefravær eller et øget omfang af vold og trusler mod personalet. Derimod er patienternes samlede tilfredshed med deres indlæggelse steget fra baseline til 2016 på tværs af de seks projektafsnit.

Evaluatoren konkluderer på den baggrund at:

- Fire ud af seks projektafsnit har reduceret anvendelsen af bæltefiksering – to er helt eller næsten helt bæltefri
- Anvendelsen af bæltefiksering er nedbragt uden at gøre mere brug af øvrig tvang
- Reduceret anvendelse af bæltefiksering ikke fører til øget sygefravær, øget omfang af vold og trusler mod personalet eller reduceret medarbejdertilfredshed
- Patienttilfredsheden er steget i samme periode på de deltagende afsnit

### Virksomme elementer

De seks deltagende projektafsnit har i forbindelse med projektansøgning og udarbejdelsen af indsats teorier beskrevet hvilke konkrete indsatser de forventede at implementere i forsøget på at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer i projektperioden. Projektafsnitenes samlede indsats er overordnet set implementeret i overensstemmelse med de planlagte implementeringsmodeller. Med få undtagelser har projektafsnittene således indført de tiltag, de forventede at arbejde med i indsatsperioden.

De overordnede indsatser for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering er struktureret efter seks kernestrategier, som uddybes i afsnit 6.1. Alle seks projektafsnit har arbejdet med disse seks kernestrategier. Medarbejderne på de deltagende projektafsnit vurderer overordnet set, at kernestrategierne er relevante og virksomme i forhold til at arbejde for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

På tværs af de seks projektafsnit viser fagpersonernes erfaringer og faglige vurderinger, at især en ændret kultur, ekstra ressourcer og kompetenceløft hos personalet har været afgørende for at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering i projektperioden. Begrebet *kulturændring* går igen, når fagpersonerne skal beskrive de vigtigste elementer i

den samlede indsats. Kulturændringen dækker både over en ændret faglig tilgang til arbejdet og en ændret tilgang til og omgang med patienterne på afsnittet. Konkret fremhæves det, at medarbejderne med kulturændringen anvender andre redskaber over for patienterne end tidligere, og at de har mere fokus på at forebygge bæltefiksering i det daglige arbejde. Derudover fremhæves det, at kulturændringen også betyder en mere åben og imødekommende tilgang til patienterne, hvilket betyder, at patienterne i højere grad føler sig set og forstået. Denne tilgang til patienterne giver også personalet bedre relationer til patienterne og dermed bedre muligheder for at finde deeskalerende og forebyggende løsninger for den enkelte patient.

De deltagende projektafsnit har fået tilført midler til at ansætte ekstra ressourcer i projektperioden. Det vurderes, at ekstra ressourcer både i opstartsfasen og i efterfølgende drift er afgørende i forhold til at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. I opstartsfasen er ekstra ressourcer bl.a. afgørende i forhold til at kunne danne arbejdsgrupper, der kan prioritere arbejdet med at planlægge og gennemføre de aktiviteter, der kan skabe udvikling og kulturændring. I den daglige drift giver ekstra personaleressourcer bedre muligheder for at håndtere akutte situationer, så de kan deeskaleres frem for at ende i bæltefiksering.

Fagpersonerne fremhæver, at kompetenceudviklingsaktiviteter har gjort personalet bedre rustet til i højere grad at arbejde med forebyggende og deeskalerende redskaber. Der har også været fokus på at opnå større viden om forståelse for særligt udfordrende patientgrupper. Derudover fremhæver fagpersonerne, at den øgede fælles kompetenceudvikling understøtter det tværfaglige samarbejde på afsnittet via et fælles sprog og bedre indbyrdes forståelse.

De seks deltagende projektafsnit fremhæver mange forskellige konkrete forebyggelsesredskaber. Når det kommer til valget af konkrete redskaber til at arbejde med forebyggelse, har projekterne således fundet forskellige veje til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Det tyder på, at de organisatoriske tiltag (kulturændring, flere ressourcer og kompetenceudvikling) er mere afgørende for at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, end hvilke konkrete redskaber, man arbejder med.

Patientinterview har peget på, at især gode relationer til personalet, ro til at tale med personalet og det at kunne tale med kendt personale har betydning i forhold til at undgå optrappede situationer. Samtidig viser analyser af patienttilfredshedsundersøgelser, at forebyggende samtaler ved indlæggelse og løbende reducerer risikoen for, at patienten oplever tvang i løbet af sin indlæggelse.

Evaluators konkluderer på den baggrund at:

- Projektafsnittene med få undtagelser har implementeret de planlagte indsatser
- Indsatsens kernestrategier vurderes relevante og virksomme af medarbejderne
- Medarbejderne især fremhæver følgende elementer som afgørende for at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering:
  - Kulturændring
  - Ekstra ressourcer
  - Kompetenceløft hos personale
- Der er fundet mange forskellige veje til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, når det kommer til konkrete forebyggelsesredskaber
- Patienter peger på gode relationer med personale og forebyggende samtaler som afgørende for at undgå bæltefiksering

### 3 Evalueringsdesign

Det centrale spørgsmål for denne evaluering er, hvad der skal til for at et dansk psykiatrisk døgnafsnit kan undgå at bruge bæltefiksering. Evalueringen skal på den ene side dokumentere, om projektafsnittene har nået deres målsætninger, og dermed om omfanget af bæltefiksering er reduceret på de deltagende afsnit. På den anden side skal evalueringen skabe større viden om, hvilke aktiviteter og organisationsformer, der kan bidrage til at reducere anvendelsen af bæltefiksering.

Denne slutevaluering har således to primære formål:

1. Undersøge om satspuljeprojektets målsætning om at skabe bæltefri afsnit er opfyldt.
2. Identificere virksomme elementer i forhold til at nå målsætningen.

Disse to formål er i projektet operationaliseret i en række evalueringstemaer og -spørgsmål, som det fremgår af tabel 1 herunder.

**Tabel 1: Evalueringsspørgsmål og -indikatorer**

Formål	Evaluerings-tema	Evaluerings-spørgsmål	Evalueringsindikatorer	
<b>1. Undersøge målsætning om at skabe bæltefri afsnit</b>	Resultat	1. Har projektafsnittene nået deres målsætninger?	Bæltefikseringer	
			Udvikling i antal bæltefikseringer	
			Udvikling i antal bæltefikserede patienter	
			Udvikling i varighed pr. bæltefiksering	
		2. Har indsatsen afledte virkninger?	Fastholdelser	Udvikling i antal bæltefri dage pr. måned
				Udvikling i anvendelse af fastholdelser
				Udvikling i varighed af fastholdelser
				Beroligende medicin
				Udvikling i anvendelse af akut beroligende medicin
				Remme
Udvikling i anvendelse af remme				
Trusler og vold	Udvikling i omfanget af trusler og vold mod personale			
Medarbejdertilfredshed	Udvikling i medarbejdernes samlede tilfredshed			
Sygefravær	Udvikling i sygefravær			
Patienttilfredshed	Udvikling i patienttilfredshed			
<b>2. Identificere virksomme elementer</b>	Implementering	3. Har projektafsnittene nået deres målsætninger vedr. implementering af indsatser?	Vurdering af hvorvidt indsatser fra projektafsnittenes indsatsteori er implementeret.	
		Relevans	4. Er de enkelte indsatser relevante ift. at nedbringe brugen af tvang?	Nøglepersoners og medarbejders oplevelse af relevansen af indsatsernes delelementer ift. at nedbringe brugen af bæltefikseringer.
		Organisering	5. Bliver indsatserne understøttet af organisering og ledelse?	Nøglepersoners og medarbejders oplevelse af, hvorvidt organiseringen og ledelsen er formålstjenestelig og understøttende ift. indsatsen.
		Virksomme aktiviteter	6. Hvilke dele af indsatserne har været virksomme ift. at nå resultater?	Faglige vurderinger af, hvad der især har været virksomt i det enkelte projekt.

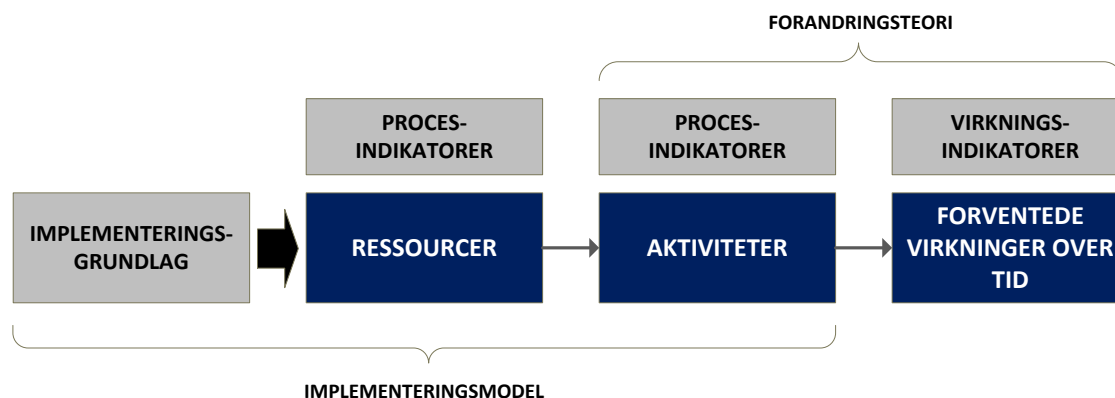
I evalueringens første formål er der således fokus på projektets resultater, hvad angår målsætningen om at blive bæltefri samt eventuelle utilsigtede virkninger af indsatsen.

I det andet formål er der fokus på implementering og organisering af indsatserne for at blive bæltefri, samt hvorvidt indsatserne er relevante og virksomme. Evalueringsspørgsmålene kan besvares ud fra en række konkrete indikatorer, som også fremgår af tabellen oven for.

Evalueringen er ikke tilrettelagt som en effektevaluering, og der er derfor ikke mulighed for at måle enkelte tiltags bidrag til den effekt, der findes i form af statistisk sikre udviklinger i anvendelsen af bæltefikseringer. Evalueringen er tilrettelagt som en virkningsevaluering. Hvor en effektevaluering har fokus på at teste effekten af en given indsats, så har en virkningsevaluering nærmere fokus på at undersøge de virksomme mekanismer i indsatsen og dermed søge en forklaring på, hvad der virker<sup>3</sup>. Et centralt redskab i virkningsevaluering er en indsats-teori, der dels beskriver indsatsen i form af ressourcer og aktiviteter, og dels angiver de forventede virkninger af indsatsen over tid. I denne sammenhæng er indsatsen forholdsvis kompleks, da den består af seks projektafsnit med hver sin tilhørende indsats-teori i forhold til målet om at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

Figuren herunder viser, at en indsats-teori består af en implementeringsmodel på den ene side og en forandringsteori på den anden side. Denne sondring er afgørende for

**Figur 1: De to led i en indsats-teori**



evalueringsmæssigt at kunne skelne mellem "implementeringsfejl" og "teorifejl". Hvis man, efter at have iværksat en indsats, ikke ser de forventede virkninger for målgruppen, kan dette skyldes, at indsatsen ikke er implementeret som beskrevet i indsats-teoriens implementeringsmodel, og/eller at den faglige teori (dvs. forandringsteorien) er fejlagtig eller utilstrækkelig. Afsnit 5 ser på de forventede virkninger af de iværksatte indsatser, mens afsnit 6 har fokus på, hvorvidt indsatserne er implementeret som beskrevet i projektafsnittenes implementeringsmodel samt hvilke elementer af den samlede indsats, der især er fundet virksomme.

### 3.1 Dataindsamling

Evalueringen bygger på et mixed method design, hvor flere forskellige kvantitative og kvalitative datakilder supplerer hinanden og tilsammen giver viden om de oven for opstillede evalueringsskemaer. Dette sikrer en balanceret og nuanceret viden, hvor projektafsnittenes indsatser undersøges og beskrives fra forskellige perspektiver. Tabel 2 herunder giver et overblik over den omfattende dataindsamling over de tre projektår og viser samtidig, hvilke datakilder der knytter sig til de enkelte evalueringstemaer og -indikatorer.

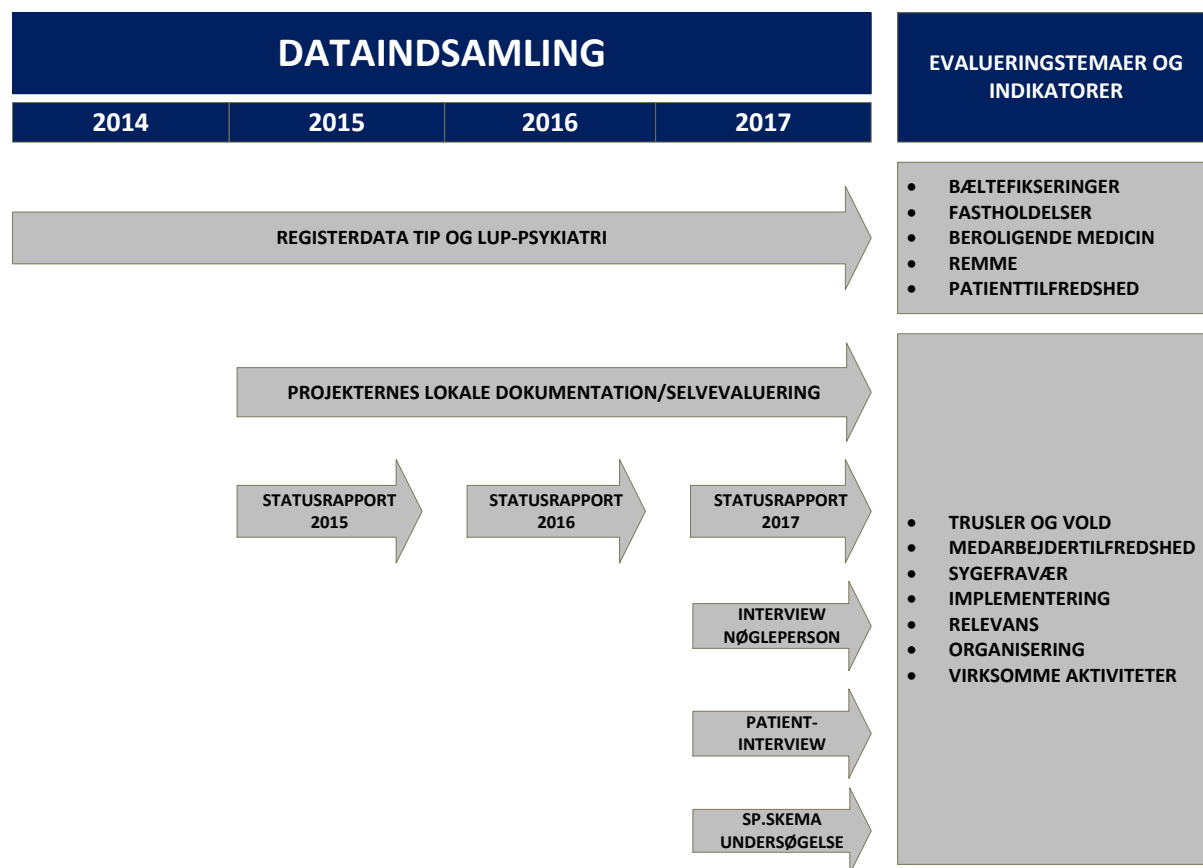
<sup>3</sup> Se bl.a.:

Pawson R. & Tilley N. (1997): *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications og

Dahler-Larsen, P. & H.K. Krogstrup (2003): *Nye veje i evaluering*, Systime Academic.



Tabel 2: Oversigt over dataindsamling



### Registerdata TIP

De deltagende afsnit indberetter løbende alle tvangshændelser til *register over tvang i psykiatrien*. DEFACTUM har haft adgang til TIP-databasen via Sundhedsdatastyrelsens forvaltningsmaskine. Forvaltningsmaskinen giver adgang til data over udviklingen i alle tvangsformer for de deltagende afsnit. Disse data anvendes til at undersøge udviklingen i anvendelsen af bæltefikseringer, fastholdelser, beroligende medicin og remme på de afsnit og afdelinger, der deltager i projektet.

### Selvevaluering

Projektafsnittene har gennem hele projektperioden været forpligtet til at foretage en række registreringer og lokal dokumentation af deres aktiviteter og resultater. Projektafsnittenes egen dokumentation har været struktureret efter deres lokale indsats-teori. Det betyder, at denne dokumentation bidrager med viden om projektafsnittenes målopnåelse, implementering, organisering mv.

### Interview med nøglepersoner

Der er foretaget semi-strukturerede telefoninterview med i alt syv nøglemedarbejdere fra de deltagende projektafsnit. Deltagerne har været afdelingssygeplejersker, overlæger, konsulenter mv. med en central tilknytning til projektarbejdet og den daglige praksis. Alle seks projektafsnit er repræsenteret i de gennemførte interview. Interviewmaterialet bidrager med nuanceret og uddybende viden om implementering, organisering, tilrettelæggelse af indsatsen samt faglige vurderinger af hvilke dele af den samlede indsats, der har vist sig særligt virksom.

### Interview med patienter

Der er foretaget semi-strukturerede telefoninterview med i alt syv patienter, som har været eller er indlagt på et af de deltagende afsnit. Alle seks projektafsnit er repræsenteret i de gennemførte interview. Interviewmaterialet bidrager med patientperspektivet på en bæltedefri tilgang hos de deltagende afsnit. I interviewene er der fokus på patienternes oplevelse af indlæggelsen og dagligdagen på afsnittet, samt i særlig grad på patienternes syn på, hvordan man undgår eskalerende situationer, der kan føre til tvangsanvendelse.

### **Spørgeskemaundersøgelse**

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt de medarbejdere og nøglepersoner, der på undersøgelsestidspunktet var tilknyttet de deltagende afsnit. I alt 120 medarbejdere har besvaret spørgeskemaet. Spørgeskemaundersøgelsen bidrager med tværgående viden om projektafsnittenes implementering og organisering, samt om oplevelsen af indsatsernes relevans og effekt.

### **Statusrapporter**

Gennem hele projektperioden har de deltagende afsnit udfyldt en statusrapport ved hver årsafslutning. Statusrapporterne har haft til formål at gøre status på projektets fremdrift for både Sundhedsstyrelsen og evaluator. De bidrager dog også til det samlede evalueringmateriale med viden om bl.a. sygefravær, økonomi mv.

## 4 Karakteristik af de medvirkende afsnit

De deltagende projektafsnit er geografisk fordelt således, at alle fem regioner er repræsenteret i satspuljeprojektet. Afsnittene varierer i størrelse, patientmålgruppe, historik med videre. I det følgende gives en kort karakteristik af projektafsnittene og de organisatoriske ændringer, der er sket i projektperioden. Der henvises i øvrigt til projektets midtvejsevaluering, hvori der er udarbejdet mere udførlige casebeskrivelser af hver enkelt deltagende projekt<sup>4</sup>.

### 4.1 Afsnit N6, Brønderslev Psykiatriske Sygehus, Region Nordjylland

N6 består af et intensivt voksenpsykiatrisk sengeafsnit med 12 sengepladser og et akut modtageafsnit med fire sengepladser. Afsnittet har eksisteret som selvstændigt afsnit siden 2013, hvor det blev adskilt fra Intensivt sengeafsnit N5. N6 har fået ny ledelse i 2015. Desuden blev der nedlagt sengepladser på andre psykiatriske sengeafsnit i Nordjylland. Der er ikke fælles akutmodtagelse med somatisk hospital. Begge afsnit har deltaget i gennembrudsprojektet Nedbringelse af Tvang i Psykiatrien 2012-2015.

### 4.2 Afsnit P4, AUH Risskov, Region Midtjylland

P4 er et skærmet sengeafsnit med 17 sengepladser. De fysiske rammer er af ældre dato, og der er ikke fælles akutmodtagelse med somatisk hospital. I forbindelse med Region Midtjyllands spareplan, hvor Afdeling M i Risskov blev nedlagt i 2016, blev målgruppen udvidet for projektafsnittet. Mens målgruppen tidligere bestod af patienter med hovedsageligt psykoser, tilføjes ved omlægningen i 2016 patienter med organisk sindslidelse, misbrugsudløste tilstande, ADHD og autisme. Afsnittet har deltaget i gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015.

### 4.3 Afsnit 61-63, Psykiatrisk Afdeling Aabenraa, Region Syddanmark

Afsnittet er et integreret almenpsykiatrisk døgnafsnit med 30 sengepladser fordelt med 15 på hvert delafsnit. Frem til 8/9 2015 har projektafsnittet været P2 Haderslev (25 sengepladser). Afsnit P2 i Haderslev er flyttet til nye bygninger i Aabenraa per september 2015 og har skiftet navn til sengeafsnit 61/63. Med hensyn til organisatoriske ændringer er der endvidere indført elektronisk patientjournal pr 1. juni 2015, hvilket har betydet, at der i en periode er brugt ekstra administrativ tid til at dokumentere i 2015<sup>5</sup>. Regionen har desuden besluttet at opnormere de psykiatriske døgnafsnit. Der er fælles akutmodtagelse med Sygehus Sønderjylland (somatik). P2/Sengeafsnit 61/63 har ikke deltaget i gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015.

### 4.4 Afsnit SL3 og SL5, Psykiatrisygehuset i Slagelse, Region Sjælland

SL3 og SL5 er integrerede afsnit med hver 17 sengepladser. Frem til efteråret 2015 deltog det nu nedlagte afsnit V4 i Holbæk i projektet (nuværende SL3). V1 i Slagelse var også en del af projektet (nuværende SL5). Per 1. august 2016 overgår SL5 fra at være følgeafsnit til at være et egentligt projektafsnit. De fysiske rammer er nybyggeri, og der er ikke fælles akutmodtagelse med somatisk hospital. Det nye Psykiatriske Sygehus i Slagelse er taget i brug i oktober 2015, og afdelingen Psykiatrien Vest er fysisk blevet samlet der. Afsnit V4 i Holbæk er i lighed med afsnit V2 og V3 i Dianalund dermed ned-

---

<sup>4</sup> Se casebeskrivelser her: <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2014/baeltefri-afdelinger-i-psykiatrien>

<sup>5</sup> Statusrapport 2015 for Sengeafsnit 61/63

lagt og flyttet til Slagelse og omdefinert til integrerede døgnafsnit med skærmet enhed. De organisatoriske og geografiske ændringer har resulteret i en relativ stor personaleomsætning, hvor mange medarbejdere fra Holbæk ikke er ansat på SL3<sup>6</sup>. V1 deltog i gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015.

#### **4.5 Afsnit 809 og 811, Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstaden**

Afsnit 809 og 811 er lukkede intensive døgnafsnit med plads til 13 patienter hver. Afsnit 809 og 811 har samme ledelse. De fysiske rammer er nyrenoverede, og der er ikke fælles akutmodtagelse med somatisk hospital. Psykiatrisk Center Hvidovre er per 1. februar 2016 blevet en del af Psykiatrisk Center Glostrup<sup>7</sup>. Ved denne fusion er akutmodtagelsen i Hvidovre blevet flyttet til Glostrup og Amager. Både afsnit 809 og 811 deltog i gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015.

#### **4.6 Afsnit 1, 2 og 6, Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstaden**

Afsnit 1, 2 og 6 er de tre intensivafsnit, der er de egentlige projektafsnit i Psykiatrisk Center Ballerup. Hvert afsnit har 16 sengepladser. Døgnafsnit 12 og akutmodtagelsen er ligeledes omfattet af projektet. Visionen for centrets deltagelse i satspuljeprojektet er "bæltefrit center". De fysiske rammer er delvist nye, idet Døgnafsnit 1 er flyttet til nye lokaler per maj 2016. Der er ikke fælles akutmodtagelse med somatisk hospital. Døgnafsnit 1 har deltaget i gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015.

---

<sup>6</sup> Statusrapport 2015 for Voksenpsykiatrisk afsnit SL3

<sup>7</sup> Statusrapport 2015 for Psykiatrisk Center Glostrup

## 5 Bæltefrie afsnit

I dette afsnit er der fokus på at undersøge resultaterne for de seks deltagende projektafsnit. Det vil sige, hvordan har udviklingen været fra 2014 til 2017, hvad angår anvendelsen af bæltefiksering på projektafsnittene? I forlængelse heraf er der også fokus på at undersøge, om en nedbringelse i anvendelsen af bæltefiksering har utilsigtede konsekvenser i form af øget anvendelse af øvrige tvangsformer, øget omfang af vold og trusler mod personalet, øget sygefravær eller reduceret medarbejdertilfredshed. Endelig undersøges udviklingen i patienttilfredshed på de deltagende afsnit i projektperioden. De følgende underafsnit besvarer således evalueringsspørgsmål 1 og 2.

### 5.1 Analysetilgang og datakilde

I de følgende afsnit er der fokus på udviklingen i anvendelsen af bæltefiksering og øvrige tvangsformer over tid i perioden 2014-2017. Der er således tale om tidsseriedata, hvor en indsatsperiode (2015-2017) sammenlignes med en baselineperiode (2014)<sup>8</sup>. I analyse af tidsseriedata er det afgørende at kunne skelne mellem tilfældige måleudsving og ikke-tilfældige forandringer i indikatoren over tid. Til dette formål anvendes i denne sammenhæng seriediagrammer og statistisk proceskontrol (SPC) som analysemetode.

I analyserne anvendes seriediagrammet, der er et kurvediagram med en indikatorværdi på y-akse (fx antal bæltefikseringer), tid på x-akse samt en vandret medianlinje. Seriediagrammet er udviklet som et redskab til at studere variation. Ved hjælp af få relativt simple regler, knyttet til seriediagrammet, kan det vurderes hvor stor sandsynligheden er for, at den variation, som seriediagrammet viser, er tilfældig. I denne slutevaluering benyttes reglen om "skift" i data til at undersøge, om der forekommer ikke tilfældig variation i data. Reglen om "skift" i data kan beskrives sådan: Hvis der observeres en serie af datapunkter, som er længere end en given grænseværdi, eller hvis antallet af kryds med medianen er lavere end grænseværdien, er det usandsynligt, at variationen i data er tilfældig. Med andre ord vil der i et sådant tilfælde med stor statistisk sikkerhed være sket en udvikling i anvendt tvang fra baselineperioden til perioden efter baseline. Med "serie" menes i denne sammenhæng en række datapunkter på samme side af medianen.

Karakteren af de aktuelle data om udviklingen i tvang betyder, at det betragtes som en ikke-tilfældig udvikling i indikatoren, når værdien herpå i mindst 7 på hinanden følgende datapunkter ligger på den samme side af baseline-medianen, eller når datapunkter i indsatsperioden krydser baseline-medianen højst 4 gange<sup>9</sup>.

Metoden udgør på samme måde som en signifikanstest en statistisk test af den observerede udvikling fra baseline til indsatsperiode. Metoden er valgt, fordi den giver et godt indblik i eventuelle udsving i de undersøgte perioder.

Analyserne i de følgende afsnit er foretaget på data fra Register over Tvang i Psykiatrien (TIP), som er behandlet via Sundhedsdatastyrelsens forvaltningsmaskine. Bilag 2 indeholder en beskrivelse af den datarens-procedure, der er foretaget af disse data<sup>10</sup>. Data fra TIP er underlagt et diskretionskrav, som betyder at observationer under 5 ikke må vises. Derfor vil der i nogle tilfælde forekomme brud på kurverne i SPC-diagrammerne i de følgende afsnit. I disse brud vil værdien således være mellem 1 og 4.

### 5.2 Udvikling i bæltefiksering

I afsnit 5.2 besvares evalueringsspørgsmål 1. Figur 2 herunder viser den samlede udvikling i antal påbegyndte bæltefikseringsepisoder samlet for alle seks deltagende projektafs-

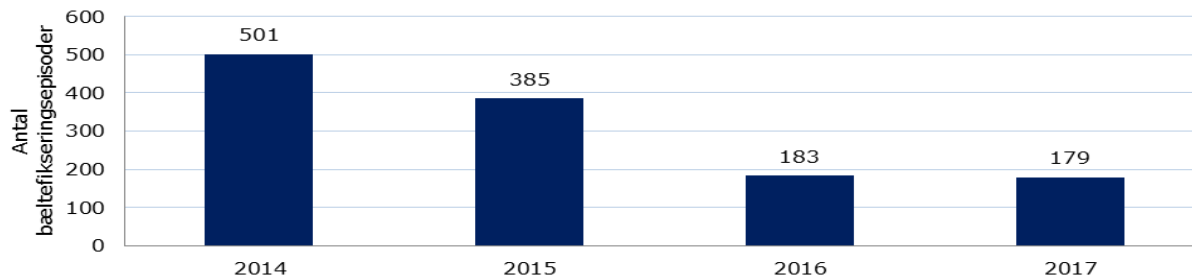
<sup>8</sup> Hele 2014 betragtes som baseline i analyserne, fordi året går forud for indsatsperioden, som starter 01.01.2015. Der har vist sig en ringere datakomplethed for årene 2012 og 2013, hvorfor disse ikke er i betragtning som baseline.

<sup>9</sup> Anhøj, J., 2015. *Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber*. 1 edn. København: Munksgaard

<sup>10</sup> Der optræder registreringer af tvangsepisoder i Register over Tvang i Psykiatrien (TIP), hvor der mangler en afslutningsdato. På baggrund af drøftelser med fagpersoner med kendskab til indberetningerne er sådanne registreringer i det følgende talt med som reelle tvangsepisoder.

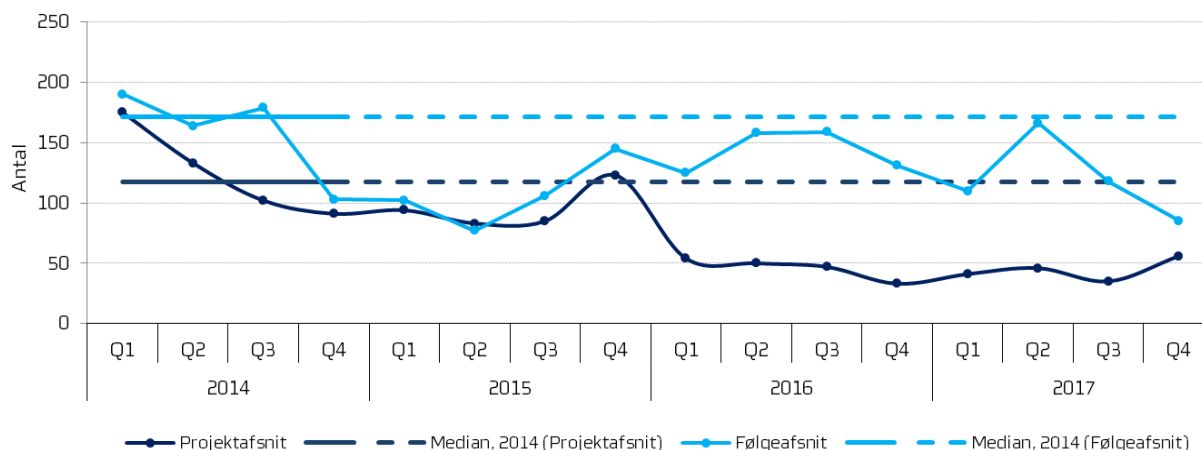
snit i perioden 2014 til 2017. 2014 betragtes som baseline, idet projektafsnittene påbegyndte den indsats for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, der kan henregnes til dette projektførløb i januar 2015. Figuren viser, at antallet af bæltefikseringer på de seks projektafsnit er reduceret fra i alt 501 i 2014 til 179 i 2017. Dette svarer til, at de seks projektafsnit samlet set har reduceret deres anvendelse af bæltefiksering med 64% i løbet af projektperioden.

**Figur 2: Antal bæltefikseringer pr. år samlet for alle seks projektafsnit**



Som beskrevet i forrige afsnit anvendes en analysemetode, der kan adskille tilfældig variation og reel udvikling, når denne type data betragtes over tid. Figur 3 herunder viser et SPC-diagram over udviklingen i anvendelsen af bæltefiksering samlet for de seks deltagende projektafsnit. Figuren viser to kurveforløb; et for projektafsnittene og et for følgeafsnittene<sup>11</sup>. For hvert kurveforløb vises en fastfrosset medianlinje, som er beregnet ud fra baselineperioden. Figuren viser, at udviklingen i anvendelsen af bæltefiksering efter 2014 på de seks projektafsnit kan betragtes som en reel forbedring, eftersom der både er mindst syv på hinanden følgende datapunkter, som ligger under baseline-medianen og kurven i indsatsperioden krydser baseline-medianen færre end fire gange. På samme måde fremgår det, at der også er en reel udvikling i retning af færre bæltefikseringsepisoder på de tilhørende følgeafsnit. Det indikerer et fokus på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, der rækker ud over de seks projektafsnit; måske på grund en afsmittende effekt af projektaktiviteterne. Samtidig viser det, at der samlet set ikke ser ud til at være flyttet bæltefikseringer væk fra de deltagende projektafsnit.

**Figur 3: Udvikling i antal bæltefikseringsepisoder samlet for alle seks projektafsnit**



<sup>11</sup> Følgeafsnit er defineret som den afdeling projektafsnittet tilhører minus projektafsnittet. Dvs. at følgeafsnit består af alle afdelingens øvrige afsnit. Følgeafsnit er medtaget i analyserne for at få en indikator for, om tvang er flyttet til andre afsnit i projektperioden.

I tabel 3 herunder er det samlede antal påbegyndte bæltefikseringsepisoder for hvert projektafsnit opgjort pr. år<sup>12</sup>. Det fremgår, at de fleste har haft en forholdsvis markant nedgang i antallet af bæltefikseringer i løbet af projektperioden, om end der for nogle afsnit fortsat er et stykke vej til målet om helt at kunne undgå bæltefikseringer. Udviklingen på de enkelte projektafsnit analyseres nærmere i de følgende afsnit. Det skal pointeres, at antallet af patienter er meget forskelligt på de deltagende afsnit, ligesom der kan være forskel på afsnittenes patientsammensætning. Tabel 3 bør derfor ikke anvendes til at sammenligne de deltagende projektafsnit.

**Tabel 3: Antal bæltefikseringsepisoder pr. år for hvert projektafsnit**

	2014	2015	2016	2017
<b>Brønderslev</b>	52	152	101	51
<b>Risskov</b>	83	66	31	64
<b>Aabenraa</b>	20	16	9	<5
<b>Slagelse</b>	211	94	27	44
<b>Glostrup</b>	50	25	<5	0
<b>Ballerup</b>	85	32	13	19

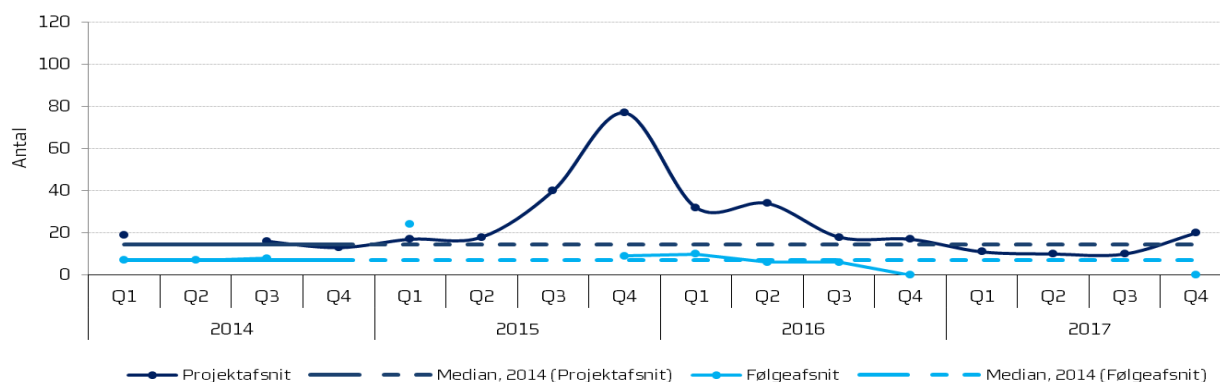
### 5.2.1 Brønderslev

Af tabel 3 i forrige afsnit fremgik det, at der på N6 i Brønderslev var en stor stigning i antal bæltefikseringer i det første år af indsatsperioden sammenlignet med baselineåret. I løbet af indsatsperioden er niveauet faldet, så det samlet pr. år igen nåede samme niveau som i baselineåret.

Dette mønster ses også i seriediagrammet i figur 4 herunder. Det fremgår, at der i sidste halvår af 2015 sker en markant stigning i anvendelsen af bæltefikseringer, hvorefter kurven igen nærmer sig baselinemedianen. På projektafsnittet ligger samtlige otte datapunkter fra første kvartal 2015 til fjerde kvartal 2016 over baselinemedianen, hvilket vil sige, at der har været en reel stigning i antallet af bæltefikseringsepisoder sammenlignet med baselineåret. Der ses ikke nogen udvikling på følgeafsnittene.

Udviklingen på projektafsnittet i den sidste del af indsatsperioden skal ses i lyset af, at det gennemsnitlige antal indlagte patienter pr. måned på N6 i 2017 steg til 99, hvorimod der i 2015 og 2016 i gennemsnit havde været henholdsvis 30 og 26 indlagte patienter i gennemsnit pr. måned. Det er altså lykkedes at undgå en stigning i antallet af bæltefikseringer i 2017 på trods af, at der i gennemsnit har været 3-4 gange så mange patienter indlagt på afsnittet.

**Figur 4: Udvikling i antallet af bæltefikseringsepisoder, Brønderslev**



<sup>12</sup> Register over Tvang i Psykiatrien (TIP) kan indeholde tvangsepisoder, som er foregået i somatikken. Disse er ikke renset ud i de behandlede data. TIP indeholder også tvangsepisoder, som stammer fra tvangsindlæggelser. Disse er heller ikke renset ud i de behandlede data.

En tilsvarende analyse af antallet af bæltefikserede patienter på afsnit N6 i Brønderslev viser, at der ikke har været en stigning i forhold til baselineåret. Derimod viser analyser af varigheden af bæltefikseringerne på N6, at der med stor statistisk sikkerhed er sket et fald i varigheden af bæltefikseringerne fra baseline til indsatsperioden. Stigningen i antal bæltefikseringer forekommer med andre ord på det samme antal bæltefikserede patienter, og bæltefikseringerne varer i kortere tid.

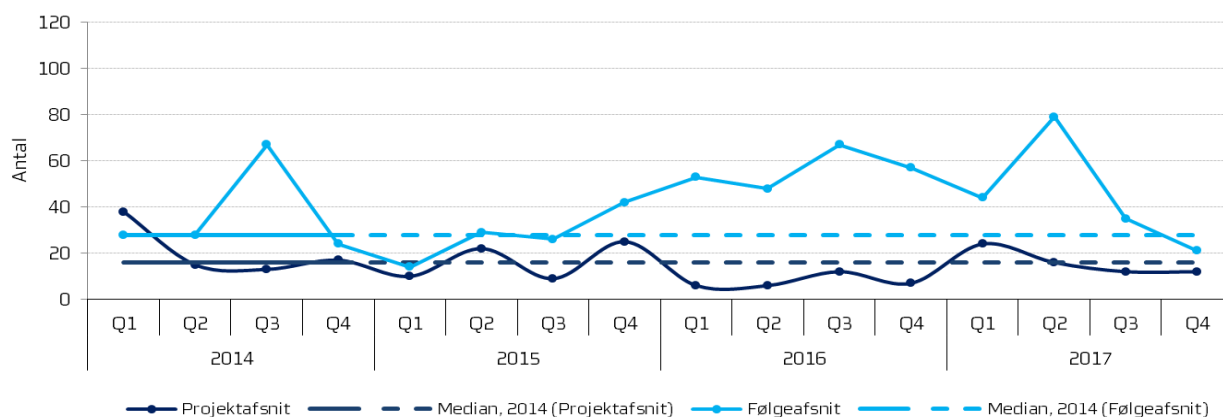
- Statistisk sikker stigning i antal bæltefikseringer på projektafsnit ift. 2014
- Ingen udvikling i antal bæltefikserede patienter
- Statistisk sikker reduktion i varighed af bæltefikseringer på projektafsnit ift. 2014
- Stor stigning i antal indlagte patienter på projektafsnit i 2017

### 5.2.2 Risskov

Tabel 3 viste et fald i antal bæltefikseringer pr. år for afsnit P4 i Risskov mellem 2014 og 2016, mens der mellem 2016 og 2017 var en stigning.

Figur 5 herunder viser udviklingen i antal bæltefikseringsepisoder i forhold til baseline-medianen. Det fremgår, at kurven for projektafsnit P4 varierer omkring medianlinjen for 2014. Der er ikke syv eller flere punkter på samme side af medianen, og der optræder også flere end fire kryds af medianlinjen. Det betyder, at der ikke kan identificeres en udvikling i anvendelsen af bæltefikseringsepisoder på afsnit P4, når indsatsperioden sammenlignes med baselineåret. Derimod viser figur 5, at der i indsatsperioden har været en statistisk sikker udvikling i retning af flere bæltefikseringsepisoder på følgeafsnittene i forhold til baselineåret. Antallet af indlagte patienter på projektafsnittet har været henholdsvis 34, 25 og 23 i gennemsnit pr. måned i 2015-2017.

**Figur 5: Udvikling i antallet af bæltefikseringsepisoder, Risskov**



Når udviklingen på P4 i Risskov i stedet betragtes ud fra antallet af bæltefikserede patienter ses derimod en positiv udvikling i forhold til baselineåret. Således ligger antallet af bæltefikserede patienter under baselinemedianen i alle kvartaler i indsatsperioden med undtagelse af andet kvartal 2017. Dermed er der flere end syv på hinanden følgende punkter, som alle ligger under medianlinjen, og der er med stor statistisk sikkerhed tale om en reel udvikling. På følgeafsnittene ses omvendt en ikke-tilfældig negativ udvikling, idet antallet af bæltefikserede patienter her i otte kvartaler i træk ligger over baseline-medianen. På følgeafsnittene er der således både en stigning i antal bæltefikserede patienter og en stigning i antal bæltefikseringsepisoder. På projektafsnittet ses derimod et fald i antal bæltefikserede patienter, uden at der ses et fald i antallet af bæltefikserings-episoder. Det kan tyde på, at der i indsatsperioden i højere grad end i baselineperioden er tale om, at enkelte patienter fylder meget i statistikken over bæltefikseringsepisoder. Der er ingen udvikling i varigheden af bæltefikseringerne, hverken på P4 eller følgeafsnittene.



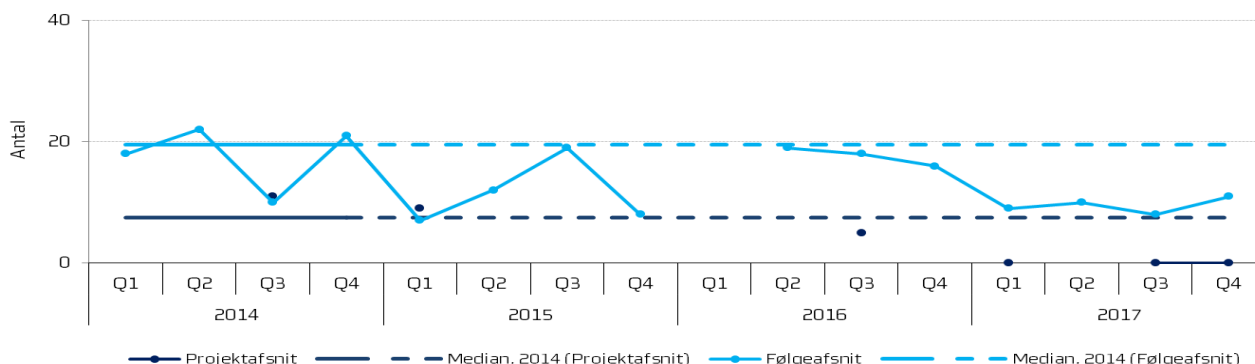
- Ingen udvikling i antal bæltefikseringer på projektafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker stigning i antal bæltefikseringer på følgeafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikserede patienter på projektafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker stigning i antal bæltefikserede patienter på følgeafsnit ift. 2014
- Ingen udvikling i varighed af bæltefikseringer

### 5.2.3 Aabenraa

Af tabel 3 fremgik det, at afsnit 61-63 i Aabenraa har oplevet et fald i antallet af bæltefikseringer for hvert år i perioden 2014-2017. Antallet af indlagte patienter på projektafsnittet har været henholdsvis 44, 45 og 43 i gennemsnit pr. måned i de tre indsatsår. I seriediagrammet i figur 6 herunder vises udviklingen i antal bæltefikseringsepisoder i perioden. Kurven for projektafsnit 61-63 er vanskelig at aflæse. Det skyldes, at der i syv af de tolv kvartaler i indsatsperioden er registreret mellem et og fire antal bæltefikseringsepisoder. Som nævnt i afsnit 5.1 betyder diskretionskravet, at disse punkter ikke kan optræde på kurven. I tre af de øvrige fem kvartaler har der slet ikke været bæltefikseringsepisoder, og i de to sidste har der været henholdsvis fem og ni. Det fremgår således, at antallet af bæltefikseringsepisoder ligger over baselinemedianen i det første kvartal af indsatsperioden. Herefter falder antallet til et niveau under baselinemedianen, hvilket fastholdes i resten af indsatsperioden kulminerende med, at der i tre af de fire kvartaler i 2017 slet ikke registreres bæltefikseringsepisoder. Der er således med stor statistisk sikkerhed sket en reduktion i anvendelsen af bæltefiksering på projektafsnit 61-63.

Der ses en lignende udvikling for følgeafsnittene i Aabenraa. For disse ligger antallet af bæltefikseringsepisoder under baselinemedianen i alle kvartaler i indsatsperioden. Også her har man således med stor statistisk sikkerhed nedbragt anvendelsen af bæltefiksering.

**Figur 6: Udvikling i antal bæltefikseringsepisoder, Aabenraa**



Der ses ikke nogen udvikling i antallet af patienter der bæltefikseres. Her har antallet på projektafsnittet i baselineperioden ligget under fem, hvilket det også gør i hele indsatsperioden. På følgeafsnittene ses heller ikke en udvikling i antal patienter, der udsættes for bæltefiksering. Analyserne af varighed viser ingen udvikling her, hverken på projektafsnit eller følgeafsnit.

- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikseringer på projektafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikseringer på følgeafsnit ift. 2014
- Ingen udvikling i antal bæltefikserede patienter
- Ingen udvikling i varighed af bæltefikseringer

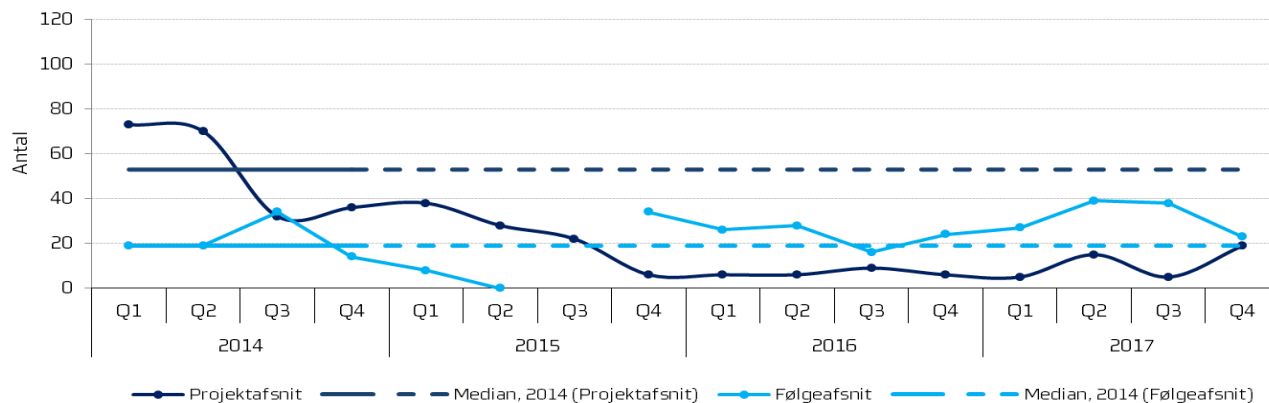
### 5.2.4 Slagelse

Det fremgår af tabel 3 i afsnit 5.2, at der på projektafsnit SL3 og SL5 i Slagelse har været en markant udvikling i antallet af bæltefikseringsepisoder. Udviklingen skyldes bl.a., at antallet af bæltefikseringer i baselineåret ligger meget højt. Herefter ses et markant fald i både 2015 og 2016, mens antallet samlet set stiger lidt igen i 2017. Det gennem-

snitlige antal indlagte patienter på de to projektafsnit har i 2015 og 2016 været 23 pr. måned, mens det i 2017 er steget til 41 i gennemsnit pr. måned.

Figur 7 herunder viser seriediagrammet for de to projektafsnit. Baselinemedianen ligger højt, fordi der registreres mange bæltefikseringsepisoder i de to første kvartaler af 2014. Kurven falder og ligger i hele indsatsperioden under baselinemedianen. Det betyder, at der med stor statistisk sikkerhed er sket en reduktion i antallet af bæltefikseringsepisoder. Figuren viser, at der ikke er sket samme udvikling for følgeafsnittene, idet kurven her varierer omkring baselinemedianen.

**Figur 7: Udvikling i antal bæltefikseringsepisoder, Slagelse**



I forbindelse med flytningen i 2015 er der i Slagelse oprettet en psykiatrisk akutmodtagelse, hvor akutte patienter modtages og indlægges i op til to døgn. De fleste patienter på SL3 og SL5 henvises fra akutmodtagelsen. Patienter kan således have været udsat for bæltefiksering i akutmodtagelsen, inden de overflyttes til projektafsnittet. Det er en praksis som afviger fra andre sengeafsnit, hvor patienter modtages direkte på sengeafsnittet. Psykiatrisk akutmodtagelse indgår ikke i de følgeafsnit, der kan udtrækkes via TIP. Derfor indeholder figur 7 ikke bæltefikseringsepisoder, som er foregået i akutmodtagelsen. Projektet oplyser, at der har været 36 bæltefikseringsepisoder i akutmodtagelsen i 2015 og 33 i 2016. I 2017 har der været 12 unikke cpr-numre med bæltefiksering i akutmodtagelsen, men der er ikke oplysninger om, hvor mange episoder, der har været. Hvis patienterne blev modtaget direkte på projektafsnittene, ville en del af disse bæltefikseringsepisoder formentlig finde sted her i stedet.

Udviklingen ses også i antallet af bæltefikserede patienter på afsnit SL3 og SL5 i Slagelse. Her ligger antallet af patienter med bæltefiksering under baselinemedianen fra andet kvartal 2015 og frem til slutningen af 2017. Det betyder, at der også her er en statistisk sikker reduktion. På følgeafsnittene ses imidlertid en modsat statistisk sikker udvikling. Her stiger antallet af bæltefikserede patienter i slutningen af 2015 til et niveau, der ligger over baselinemedianen. Antallet ligger herefter over baselinemedianen i resten af indsatsperioden. Disse modsatrettede udviklinger tyder således på, at patienter med særlig risiko for bæltefiksering i højere grad end tidligere indlægges på andre afsnit end projektafsnittene. Analyserne af varigheden af bæltefikseringer viser et lignende mønster. Også her identificeres en statistisk sikker reduktion i varigheden på projektafsnittene, mens der ses en statistisk sikker forøgelse af varigheden på følgeafsnittene i samme periode.

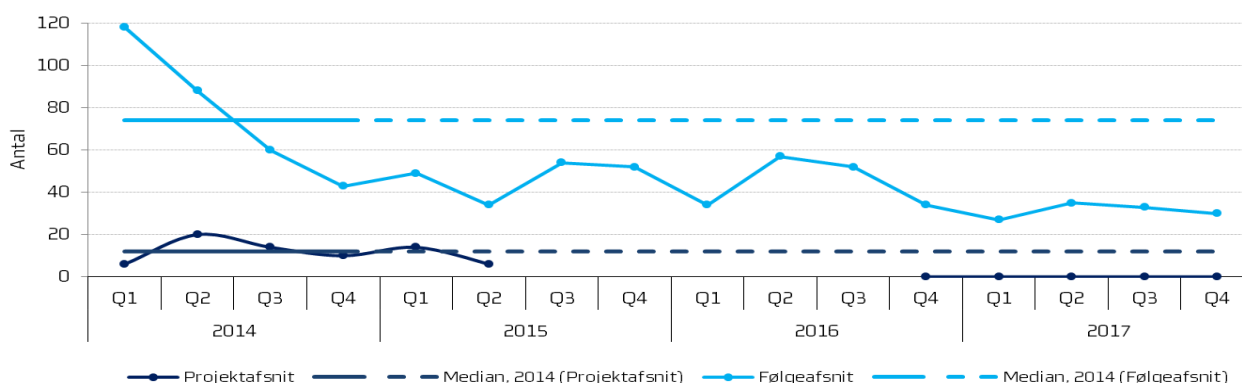
- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikseringer på projektafsnit ift. 2014
- Ingen udvikling i antal bæltefikseringer på følgeafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikserede patienter på projektafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker stigning i antal bæltefikserede patienter på følgeafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker reduktion i varighed af bæltefikseringer på projektafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker stigning i varighed af bæltefikseringer på følgeafsnit ift. 2014
- Stigning i antal indlagte patienter på projektafsnit i 2017

## 5.2.5 Glostrup

Af tabel 3 i afsnit 5.2 fremgik det, at projektafsnittene 809 og 811 i Glostrup i alt havde 50 bæltefikseringsepisoder i 2014. I det første år af indsatsperioden var tallet halveret, og i 2016 og 2017 har der været henholdsvis mindre end 5 og ingen bæltefikseringer på projektafsnittene. De to projektafsnit har tilsammen haft henholdsvis 13, 14 og 22 patienter i gennemsnit i de tre indsatsår. Udviklingen afspejler sig også i seriediagrammet for Glostrup i figur 8 herunder. Her ses det, at antallet af bæltefikseringer pr. kvartal falder til et niveau under baselinemedianen i andet kvartal af indsatsperioden. Dette niveau fastholdes i den resterende del af indsatsperioden. Der er således tale om et statistisk sikkert fald i antallet af bæltefikseringer på projektafsnittene 809 og 811. Det fremgår også, at følgeafsnittene i Glostrup også har en statistisk sikker reduktion i antallet af bæltefikseringer fra baselineår til indsatsperiode.

Der ses en lignende udvikling for projektafsnittene hvad angår antallet af bæltefikserede patienter i perioden. Her ligger antallet under baselinemedianen fra andet kvartal 2015 og frem til slutningen af indsatsperioden. Udviklingen er således statistisk sikker. Den samme udvikling forekommer ikke på følgeafsnittene, hvor antallet af bæltefikserede patienter i indsatsperioden varierer omkring baselinemedianen. Der ses ikke nogen udvikling i varigheden af bæltefikseringer på projektafsnittene i perioden. Derimod sker der en forøgelse af varigheden af bæltefikseringerne på følgeafsnittene, der kan betragtes som statistisk sikker.

**Figur 8: Udvikling i antal bæltefikseringsepisoder, Glostrup**



I løbet af indsatsperioden er Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Hvidovre fusioneret. I den forbindelse er den psykiatriske skadestue på PC Glostrup lukket, hvilket betyder, at projektafsnit 809 og 811 herefter modtager færre patienter direkte på farligheds- og behandlingskriterium. Vurderingen er, at det i sig selv har haft en positiv effekt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer. Der er i forbindelse med fusionen oprettet en psykiatrisk akutmodtagelse, hvor nogle af bæltefikseringsepisoderne i forbindelse med indlæggelse nu forekommer. Disse ville i højere grad tidligere være forekommet på projektafsnittene<sup>13</sup>.

- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikseringer på projektafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikseringer på følgeafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikserede patienter på projektafsnit ift. 2014
- Ingen udvikling i antal bæltefikserede patienter på følgeafsnit ift. 2014
- Ingen udvikling i varighed af bæltefikseringer på projektafsnit ift. 2014
- Statistisk sikker stigning i varighed af bæltefikseringer på følgeafsnit ift. 2014
- Stigning i antal indlagte patienter på projektafsnit i 2017

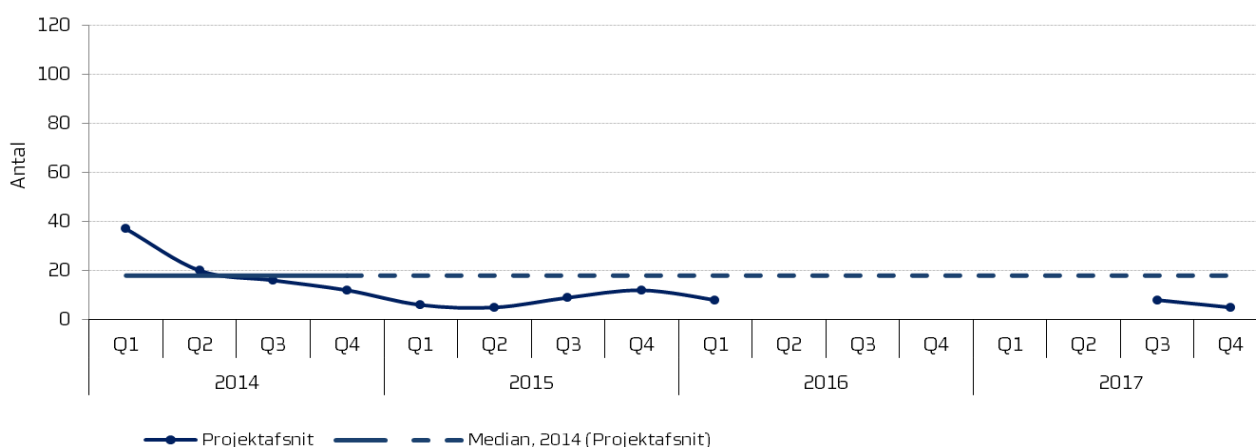
<sup>13</sup> Det har ikke været muligt at indhente præcise tal for omfanget af bæltefikseringsepisoder i den psykiatriske akutmodtagelse.

## 5.2.6 Ballerup

Tabel 3 i afsnit 5.2 viste en forholdsvis markant udvikling i antallet af bæltefikseringer for Ballerup. Således gik man fra 85 episoder i baselineåret til henholdsvis 32 og 13 i de to første indsatsår, hvorefter antallet steg lidt igen til 19 i 2017. I Ballerup er der ikke udvalgt enkelte afsnit til projektet. Derimod indgår hele Psykiatrisk Center Ballerup i projektet, og der arbejdes på at nedbringe antallet af bæltefikseringer på alle afsnit. De ovennævnte antal bæltefikseringer stammer således også fra hele centret. På PC Ballerup har der været et stabilt antal indlagte patienter over hele perioden. I gennemsnit har der været 245 indlagte patienter pr. måned.

Seriediagrammet for PC Ballerup i figur 9 herunder viser den samme positive udvikling. Antallet af bæltefikseringsepisoder ligger under baselinemedianen i alle kvartaler i indsatsperioden. Det betyder, at det med stor statistisk sikkerhed kan siges, at PC Ballerup har reduceret deres anvendelse af bæltefiksering. Eftersom hele centret indgår som projektafsnit er der ingen følgeafsnit.

**Figur 9: Udvikling i antal bæltefikseringsepisoder, Ballerup**



Der ses en lignende udvikling for antallet af bæltefikserede patienter på PC Ballerup i perioden. Også her ligger antallet under baselinemedianen i hele indsatsperioden, og udviklingen er dermed statistisk sikker. Der ses ikke nogen udvikling i varigheden af bæltefikseringerne hos PC Ballerup.

- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikseringer på centret ift. 2014
- Statistisk sikker reduktion i antal bæltefikserede patienter på centret ift. 2014
- Ingen udvikling i varighed af bæltefikseringer

## 5.3 Afledte virkninger

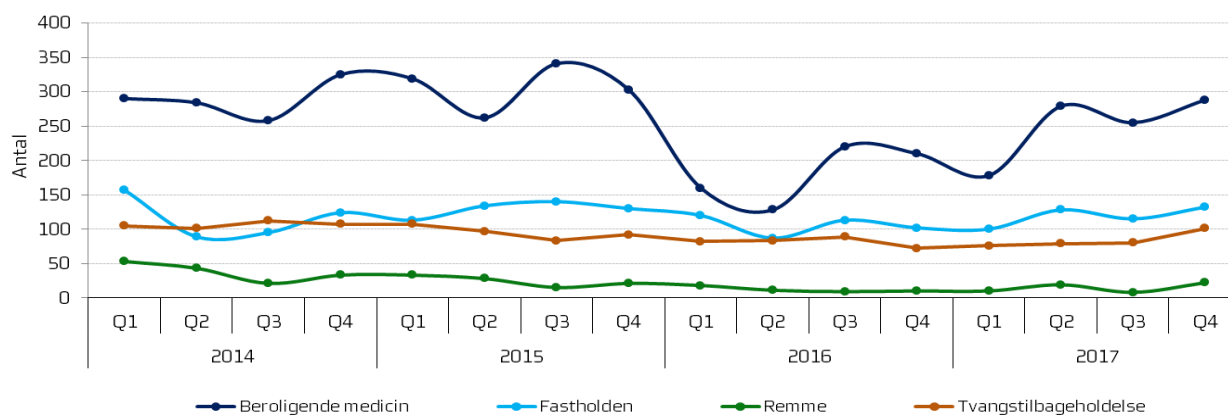
De foregående afsnit har vist, at der har været forskellige udviklinger i anvendelsen af bæltefiksering på de seks projektafsnit. Som det fremgik af afsnit 5.2 er der dog samlet set sket en forholdsvis stor reduktion i antallet af bæltefikseringer, når udviklingen hos de seks projektafsnit lægges sammen. I dette afsnit er der fokus på at undersøge, om arbejdet med at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer har utilsigtede konsekvenser; dermed besvares evalueringsspørgsmål 2. På den ene side undersøges det, om det fokus der har været på at reducere omfanget af bæltefikseringer fører til et øget brug af øvrige tvangsformer. På den anden side undersøges det, om der kan identificeres negative konsekvenser for personalet i forhold til sygefravær, tilfredshed og omfang af vold og trusler.

### 5.3.1 Udvikling i øvrig tvang

Figur 10 herunder viser udviklingen i de øvrige tvangsformer beroligende medicin, fastholdelser, remme og tvangstilbageholdelser i perioden fra baseline til slutningen af ind-

satsperioden samlet for de seks projektafsnit<sup>14</sup>. Seriediagrammet viser, at antallet af tvangsepisoder med fastholdelser, remme og tvangstilbageholdelser er forholdsvis stabile i perioden 2014 til 2017. Der ses ikke nogen skift i data på disse tre indikatorer. Derimod fremgår det, at der sker et fald i antallet af episoder med akut beroligende medicin givet under tvang i 2016. Analyserne viser da også, at niveauet ligger under medianen for baselineåret fra første kvartal 2016 til tredje kvartal 2017. Der er derfor med stor statistisk sikkerhed tale om en reel reduktion i antallet af episoder, hvor der er givet akut beroligende medicin under tvang.

**Figur 10: Udvikling i øvrige tvangsformer på tværs af projektafsnit**



I forhold til forventet udvikling i øvrige tvangsformer, har der især været udtrykt bekymring for, om et stort fokus på at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer ville føre til et øget omfang af beroligende medicin eller en øget anvendelse af fastholdelser på projektafsnittene, da det kunne være en måde at håndtere patienter i risiko for bæltefiksering på. Det synes således ikke at være tilfældet. Det er imidlertid nødvendigt at se på udviklingen på de enkelte projektafsnit, eftersom modsatrettede udviklinger vil kunne udligne hinanden, når man ser på det samlede billede. I den forbindelse er det især interessant at se på de projektafsnit, der jf. forrige afsnit har haft en reduktion i antallet af bæltefikseringer. Af disse fire ses der ingen udvikling i antal episoder med akut beroligende medicin givet under tvang i Ballerup og Aabenraa, mens der ses et fald heri i Slagelse og Glostrup. Dertil kommer, at der ikke ses en udvikling i medicinforbruget i Risskov, mens der ses en stigning i Brønderslev. I forhold til fastholdelser ses der et fald i Slagelse og ingen udvikling i Aabenraa, Glostrup og Ballerup. Dertil kommer, at der ikke ses en udvikling i antallet af fastholdelser i Risskov og en stigning i Brønderslev.

Ud fra dette, kan det således konkluderes, at en nedbringelse af anvendelsen af bæltefiksering på de deltagende projektafsnit ikke fører til et øget omfang af akut beroligende medicin givet ved tvang eller fastholdelser. Beroligende medicin uden brug af tvang er imidlertid også forholdsvis udbredt på psykiatriske sengeafsnit. Derfor er det undersøgt, hvorvidt det er muligt at finde valide data for udviklingen i medicinforbrug, der ikke er bundet op på tvangsepisoder. Det har imidlertid vist sig vanskeligt, idet der for de fleste deltagende afsnits vedkommende ikke findes et medicinmonitoreringssystem. Andre steder har man et monitoreringssystem, men uden mulighed for at se specifikt på afsnits- eller afdelingsniveau. Data fra hospitalsapotekerne om leveret medicin til de deltagende afsnit rummer også fejkilder; primært fordi der bestilles en forholdsvis stor mængde medicin hjem, som ender med ikke at blive anvendt.

I Region Syddanmark er der imidlertid gennemført et studie, som kan supplere oversigten over udviklingen i akut beroligende medicin givet under tvang. I studiet undersøges det, hvorvidt der er opstået et øget forbrug af antipsykotisk og angstdæmpende medicin som følge af indsatsen for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Studiet er gennemført på det deltagende projektafsnit 61-63 fra Aabenraa og undersøger udviklingen

<sup>14</sup> Der indberettes formentlig for mange episoder med remme, fordi der indberettes en episode pr. arm/ben. Der er ikke foretaget datarens af dette. Det betyder, at niveauet for remme sandsynligvis vurderes for højt, men det påvirker ikke udviklingen.

fra 2013 til 2016. I studiet måles udviklingen i medicinforbrug ud fra en gennemgang af journalmateriale, hvilket betyder, at også det reelle omfang af anvendelsen af beroligende medicin uden tvang måles. Studiets konklusion er, at anvendelsen af bæltefiksering på de to undersøgte afsnit reduceres i perioden 2013 til 2016, uden at der i samme periode sker en signifikant udvikling i forbruget af antipsykotisk medicin eller benzodiazepiner<sup>15</sup>. Studiet viser således, at det godt kan lade sig gøre at reducere anvendelsen af bæltefikseringer uden at øge forbruget af beroligende medicin, og resultaterne underbygger det billede, der viser sig ud fra udviklingen i akut beroligende medicin givet under tvang.

Reduktion i antal bæltefikseringer har ikke ført til øget omfang af akut beroligende medicin eller fastholdelser

### 5.3.2 Personalerettede parametre

Arbejdet med at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering på projektafsnittene kan betyde, at medarbejderne her kommer til at befinde sig i konfliktsituationer med patienterne i længere tid end tidligere, fordi der er øget fokus på at søge deeskalering og nedtrapning af selv svære konflikter. Derfor er det relevant at undersøge, om den ændrede tilgang til arbejdet med patienterne belaster personalet så meget, at det fører til et øget sygefravær, fald i medarbejdertilfredshed og/eller et øget omfang af vold og trusler mod personalet.

#### Udvikling i sygefravær

De seks deltagende projektafsnit har tilsendt oplysninger om sygefravær for projektperioden, således at det er muligt at følge udviklingen heri. Flere af projektafsnittene har haft vanskeligt ved at finde tal for projektafsnittet for 2014 på grund af sammenlægning af afsnit, flytninger eller andet. Det er dog muligt at se udviklingen i perioden fra start 2015 til slut 2017. I den periode har fire af de seks projektafsnit oplevet et fald i sygefraværet, mens to projektafsnit har oplevet en stigning. Der er tale om forholdsvis små ændringer i perioden, både hvad angår fald og stigninger. Det kan dog konstateres, at arbejdet efter en bæltefri tilgang ikke medfører en stigning i sygefravær, når vi ser på tværs af de seks deltagende projektafsnit.

#### Udvikling i medarbejdertilfredshed

Fem af de seks deltagende projektafsnit har tilsendt data over udviklingen i medarbejdertilfredshed for perioden. Et af projektafsnittene har ikke sammenlignelige data over tid på grund af flytning og sammenlægning af afsnit. Der bliver ikke foretaget målinger af medarbejdertilfredshed hvert år i alle regioner, hvorfor der er forskel på, hvilke år udviklingen kan ses for. To projektafsnit har målinger, hvor baselineåret 2014 kan sammenlignes med 2017. Begge steder ses en stigning i medarbejdertilfredsheden for projektafsnittet. For to projektafsnit er medarbejdertilfredsheden stort set uændret mellem henholdsvis 2014-2015 og 2016-2017. Et projektafsnit har oplevet et fald i medarbejdertilfredsheden mellem 2015 og 2016.

Samlet set er der således ikke noget, der tyder på, at arbejdet med en bæltefri tilgang medfører et fald i medarbejdertilfredsheden på tværs af de seks deltagende projektafsnit.

---

<sup>15</sup> Højlund M., Høgh L., Bojesen A. B., Munk-Jørgensen P. and Stenager E. (2018). *Use of antipsychotics and benzodiazepines in connection to minimising coercion and mechanical restraint in a general psychiatric ward*. International Journal of Social Psychiatry 1-8. Sage Publications.



## Udvikling i omfang af vold og trusler mod personale

Der er tilsendt data om udvikling i arbejdsskader som følge af vold mod personale eller registreringer af episoder med vold eller trusler mod personalet fra de seks deltagende projektafsnit.

Hos to af projektafsnittene ses en stigning i omfanget af vold og trusler mod personalet fra 2014 til 2017. Derudover ses en stigning i omfang af fysisk vold mod personalet fra 2016 til 2017 hos yderligere et af projektafsnittene. Her er der ikke sammenlignelige data fra 2014 og 2015. Et af projektafsnittene har haft et fald i antal episoder med vold mod personalet fra 2014 til 2017. Et andet projektafsnit har haft et fald i antal episoder med vold mod personale fra 2015 til 2017, og yderligere et projektafsnit har haft et fald i omfang af fysisk vold mod personale fra 2016 til 2017.

Samlet set har tre projektafsnit således haft en stigning i omfang af vold mod personalet i projektperioden og tre projektafsnit har haft et fald i projektperioden. Der er således ikke noget, der entydigt peger på, at arbejdet efter en bæltefri tilgang fører til et øget omfang af vold og trusler mod personalet.

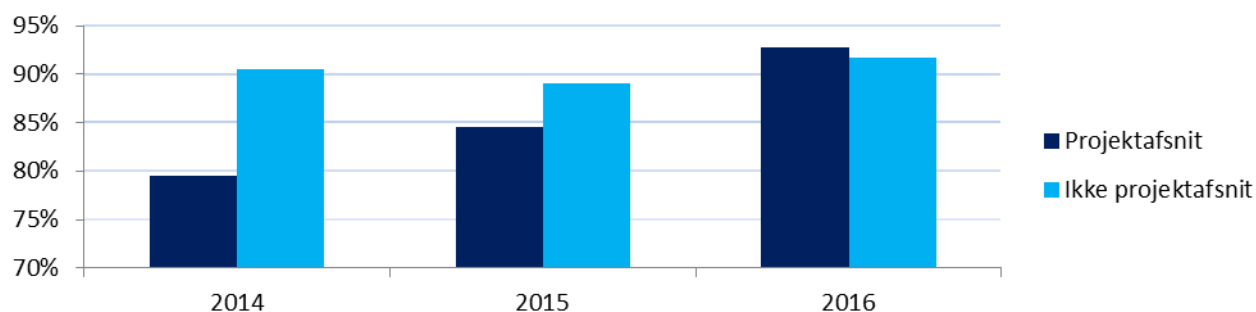
- Der ses ikke en stigning i sygefravær på tværs af projektafsnit i perioden
- Der ses ikke et fald i medarbejdertilfredshed på tværs af projektafsnit i perioden
- Der ses ikke samlet set et øget omfang af vold og trusler mod personale på tværs af projektafsnit i perioden

### 5.3.3 Patienttilfredshed

Projektafsnittene har i forsøget på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering indført en række tiltag, der har direkte betydning for patienterne. Som det vil fremgå i senere afsnit i denne rapport har flere projektafsnit desuden arbejdet specifikt med at ændre kulturen på afsnittet og de ansattes tilgang til patienterne som et middel til at nå målet om at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

Derfor er det relevant at se på, om der sker noget med patienttilfredsheden på de deltagende afsnit i denne periode. Figur 11 herunder viser udviklingen i patienttilfredsheden samlet for de seks deltagende projektafsnit og for øvrige psykiatriske afsnit på landsplan. Det er kun muligt at sammenligne baselineperioden med 2015 og 2016, fordi der i 2017 blev foretaget ændringer i spørgsmålsformuleringer og svarkategorier i LUP-Psykiatri. Det fremgår af figuren, at der er sket en ret markant stigning i andelen af patienter fra de seks projektafsnit, der har et godt eller virkelig godt samlet indtryk af deres indlæggelse fra baseline til 2016. Andelen er således gået fra 79,6% i 2014 til 92,7% i 2016. Forskellen er statistisk signifikant. Der ses ikke samme udvikling på landsplan. Derimod er patienttilfredsheden på de seks projektafsnit gået fra at ligge markant under tilfredsheden på landsplan til at ligge over.

**Figur 11: Andel patienter som har et virkelig godt eller godt samlet indtryk af sin indlæggelse**



\* LUP-Psykiatri 2017<sup>16</sup>

<sup>16</sup> <https://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup/lup-psykiatri>

Denne udvikling tyder altså på, at det at arbejde efter en bæltefri tilgang i dette projekt har haft en positiv indvirkning på patienternes samlede tilfredshed med deres indlæggelse. Denne påvirkning kan ske på flere måder. Der kan være positive effekter af de konkrete tiltag og den ændrede måde at tilgå patienterne, det reducerede omfang af bæltefikseringer kan også have en betydning i sig selv, og endelig kan man også forestille sig, at den øgede personalenormering, der har været i projektperioden spiller positivt ind på patienternes tilfredshed. I afsnit 6.3.5 analyseres patienternes oplevelser yderligere.

Statistisk signifikant stigning i patienttilfredshed på projektafsnit ift. 2014

## 5.4 Projektafsnittenes målopnåelse

Alle deltagende projektafsnit har forud for projektet opstillet mål for deres indsats vedrørende udviklingen i bæltefikseringer, øvrige tvangsformer mv. Disse mål fremgår dels af deres projektbeskrivelser indsendt til Sundhedsstyrelsen og dels af deres lokale indsats-teorier, som de har udarbejdet i den første fase af projektet. I nogle tilfælde præciserer projektafsnittene i indsats-teorien deres målsætninger i forhold til de oprindeligt opstillede.

På baggrund af resultaterne, som er fremstillet i de foregående afsnit, er det muligt at afgøre i hvilket omfang projektafsnittene har haft målopnåelse på de mål, de har opstillet for projektperioden. I tabel 4 herunder er hver enkelt projekts oprindelige målsætning ved projektstart og status for 2017 vedrørende resultatmålene opgjort. I forlængelse heraf er det i sidste kolonne angivet, hvorvidt projektet har haft målopnåelse på hver enkelt målsætning. Som det fremgår, har kun Slagelse og Glostrup nået deres målsætning i forhold til anvendelsen af bæltefiksering. Derudover er Aabenraa og Ballerup meget tæt på at opnå deres målsætning om antal bæltefikseringer ved afslutningen af projektperioden. I forhold til chancen for at opfylde målsætningen spiller det en stor rolle, hvordan målsætningen er formuleret. Slagelse, Glostrup og Ballerup er de projektafsnit, der har haft målopnåelse på flest af deres opstillede målsætninger.



**Table 4: Overview of target achievement**

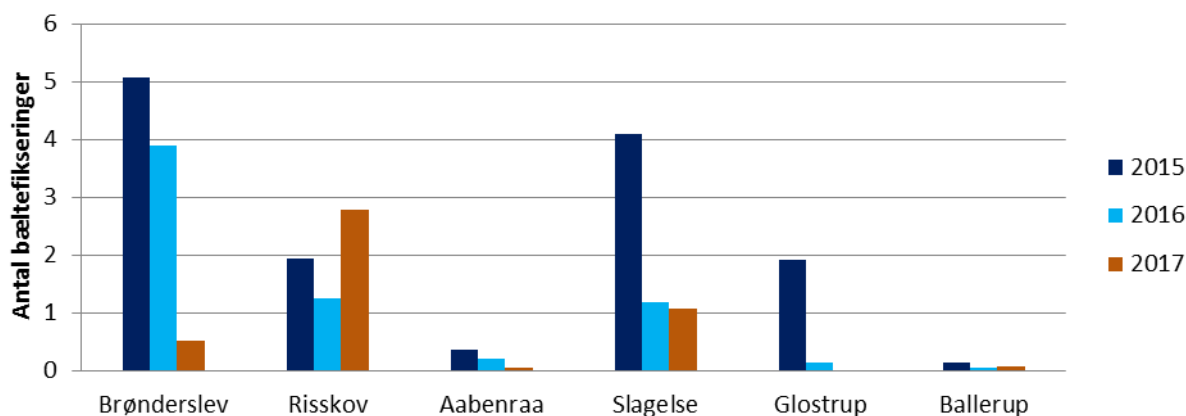
	Target	Target achievement
<b>Brønderslev</b>		
Number of belt fixations	0 pr. mdr.	Nej
Number of absences	<5,8 pr. mdr.	Nej
Extent of acute sedating medication by force	<6,9 pr. mdr.	Nej
Patient satisfaction	> 67% tilfredse	Ja
Number of work injuries	Med fravær: < 6 pr. år	Nej
	Uden fravær: < 10 pr. år	Nej
Sick leave	< 20,29 dage pr. år pr. medarbejder	Nej
Admission time	< 10 dage i gennemsnit	Ja
<b>Risskov</b>		
Number of belt fixations on P4	Ingen bæltefiksering ved afslutning	Nej
Number of belt fixations on the whole department P	Reduktion med mindst 30%	Nej
Number of patients with belt fixation on P4	Ingen bæltefiksering ved afslutning	Nej
Number of patients with belt fixation on the whole department P	Reduktion med mindst 30%	Nej
Variation of belt fixation on P4	Ingen bæltefiksering ved afslutning	Nej
Variation of belt fixations on the whole department P	Reduktion	Nej
Number of absences	Reduktion	Ja
Extent of acute sedating medication by force	Reduktion	Nej
<b>Aabenraa</b>		
Number of patients with belt fixation	Ingen bæltefikseringer	Nej
Number of absences	Reduktion	Nej
Extent of acute sedating medication by force	Reduktion	Nej
Patient satisfaction	Tilfredshed øges	-
Employee satisfaction	Tilfredshed øges	-
Number of work injuries due to violence	Reduktion	Nej
<b>Slagelse</b>		
Number of belt fixations	Ingen bæltefiksering på SL3	Ja
	Reduktion på integrerede afsnit	Ja
Number of absences	Reduktion eller fastholde niveau	Ja
Extent of acute sedating medication by force	Reduktion eller fastholde niveau	Ja
<b>Glostrup</b>		
Number of belt fixations	Ingen bæltefiksering	Ja
Number of absences	Reduktion eller fastholde niveau	Ja
Extent of acute sedating medication by force	Reduktion eller fastholde niveau	Ja
Employee satisfaction	Øget tilfredshed	Ja
Patient satisfaction and family satisfaction	Øget tilfredshed	-
Number of unintended incidents	Reduktion	-
Number of work injuries	Reduktion med 20% pr. år	Nej
<b>Ballerup</b>		
Number of belt fixations	Max 10 i 2017	Nej
Number of absences	Reduktion eller fastholde niveau	Nej
Extent of acute sedating medication by force	Reduktion eller fastholde niveau	Ja
Extent of violence and threats to staff	Reduktion eller fastholde niveau	-
Number of work injuries	Reduktion eller fastholde niveau	Ja
Employee satisfaction	Øget tilfredshed eller fastholde niveau	Ja
Patient satisfaction	Øget tilfredshed eller fastholde niveau	-

## 5.5 Sammenfatning af resultater

SPC-analyserne i ovenstående afsnit viste, at der med stor statistisk sikkerhed kan identificeres en reduktion i antallet af bæltefikseringer på projektafsnittene i Aabenraa, Slagelse, Glostrup og Ballerup, når projektperioden sammenlignes med baselineåret. Derimod er der identificeret en statistisk sikker stigning i antallet af bæltefikseringer i Brønderslev. Der er imidlertid forskel på de fire projektafsnit med positiv udvikling. To af afsnittene er helt eller næsten helt bæltefri. Således har man i Glostrup slet ikke haft bæltefikseringer i de sidste fem kvartaler af projektperioden, mens man i Aabenraa har været helt bæltefri i tre af fire kvartaler i 2017. I Ballerup nåede man i 2016 det niveau for hele centret, som var målsætningen, mens man i 2017 igen ligger lidt over. I Slagelse er der på trods af den positive udvikling fortsat forholdsvis mange bæltefikseringer på projektafsnittene. Udviklingen afspejler her, at antallet i baselineåret ligger rigtig højt.

Når man sammenligner udviklingen på de enkelte projektafsnit er det relevant også at se på forskellen i størrelsen på de deltagende afsnit. Figur 12 herunder viser antallet af bæltefikseringer pr. indlagte patient pr. måned for de tre indsatsår. Her fremgår det, at selv om Ballerup ikke er blevet helt bæltefri, så har de set over hele projektperioden ligget med det laveste antal månedlige bæltefikseringer pr. indlagte patient, fordi de deltager med hele centret med 245 indlagte patienter i gennemsnit pr. måned. I 2017 har Ballerup således 0,07 bæltefikseringer pr. indlagte patient pr. måned. På trods af, at SPC-diagrammet viste en markant reduktion i antallet af bæltefikseringer på projektafsnittene i Slagelse, så har de fortsat i 2017 lidt over én bæltefiksering pr. indlagte patient om måneden. Det er et højere antal end i Brønderslev, hvor der ellers har været en stigning i antallet af bæltefikseringer. Det skyldes, at der i Slagelse i gennemsnit har været 41 patienter indlagt på projektafsnittene i 2017, mens der i gennemsnit har været 99 patienter indlagt på projektafsnittet i Brønderslev.

Figur 12: Antal bæltefikseringer pr. indlagte patient pr. måned



Alt andet lige er det sværere helt at undgå bæltefikseringer jo flere patienter, der indgår, og derfor er ovenstående nuancer væsentlige, når man ser på tværs af de deltagende projektafsnits udvikling. Der kan også være forskel på tyngden af de patienter, der er indlagt på de deltagende projektafsnit, hvilket vil have stor betydning for muligheden for at blive bæltefri. Der foreligger imidlertid ikke data for dette i denne sammenhæng.

Derudover har afsnit 5 vist, at nedbringelsen i anvendelsen af bæltefiksering ikke fører til en stigning i de øvrige tvangsformer, akut beroligende medicin, fastholdelser, remme eller tvangstilbageholdelser. Der er heller ikke noget der tyder på, at en reduktion i anvendelsen af bæltefiksering fører til mere sygefravær, flere voldsepisoder mod personalet eller lavere medarbejdertilfredshed. Derimod ses en statistisk signifikant stigning i patienttilfredsheden på de seks projektafsnit fra baseline til 2016.

## 6 Virksomme elementer i indsatser

I de foregående afsnit har der været fokus på de resultater, som projektafsnittene har opnået i løbet af projektperioden. I dette afsnit rettes fokus i stedet mod indsatssiden af projektafsnittenes samlede forløb. Det vil sige mod en kortlægning af, hvilke indsatser de enkelte projektafsnit har anvendt for at arbejde i retning af at blive bæltefri, herunder også en analyse af, hvilke elementer af den samlede indsats, der især er fundet virksom. De følgende underafsnit besvarer således evalueringsspørgsmålene 3-6.

### 6.1 Er indsatserne implementeret som planlagt?

Første skridt i retning af at kunne vurdere, hvorvidt indsatserne har haft den forventede virkning, samt hvilke elementer af indsatsen, der især har været virksom og hvordan, er, at undersøge om indsatserne er implementeret som beskrevet i indsatsteoriens implementeringsmodel. Som beskrevet i afsnit 3 består indsatsteorien af en implementeringsmodel på den ene side og en forandringsteori på den anden side. Som nævnt er denne sondring afgørende for evalueringsmæssigt at kunne skelne mellem "implementeringsfejl" og "teorifejl". I dette afsnit er der således fokus på, hvorvidt de enkelte projektafsnit har implementeret deres indsats som beskrevet i deres implementeringsmodel, og der er således fokus på at besvare evalueringsspørgsmål 3.

De deltagende projektafsnit har alle planlagt og struktureret deres indsatser, og dermed deres implementeringsmodel, efter de seks kernestrategier, som bygger på Kevin Ann Huckshorns forskning i, hvad der bidrager til reduktion af fysisk tvangsanvendelse<sup>17</sup>. Ud fra omfattende litteraturstudier og dialoger med eksperter har Huckshorn identificeret følgende seks kernestrategier, der alle betegnes som væsentlige i arbejdet med at begrænse anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger i psykiatrien:

1. Ledelse med henblik på organisationsændringer
2. Anvendelse af data til informationsbaseret praksis
3. Kompetenceudvikling af personale
4. Anvendelse af forebyggelsesværktøjer
5. Patientinddragelse
6. Debriefing

Bilag 1 indeholder oversigter over hver enkelt projekts samlede indsats i arbejdet for at blive bæltefri i løbet af projektperioden. Oversigterne er struktureret efter de seks kernestrategier, og det fremgår, at alle projektafsnittene har arbejdet med indsatser inden for alle kernestrategierne.

De seks deltagende projektafsnit har ikke været forpligtet af at skulle implementere og afprøve bestemte indsatser. Projektafsnittene har ved projektstart udarbejdet en indsatsteori, hvori det er beskrevet, hvilke indsatser de forventede at implementere og anvende i forsøget på at blive bæltefri i løbet af projektperioden. Midtvejs i projektperioden er indsatsteoriene justeret i dialog mellem evaluator og det enkelte projektafsnit på baggrund af de foreløbige erfaringer med indsatserne. Det er således muligt ud fra de justerede indsatsteorier at vurdere hver enkelt projektafsnits målopnåelse i forhold til implementeringsindsatsen.

#### 6.1.1 Brønderslev

##### Ledelse med henblik på organisationsændringer

På N6 i Brønderslev har man bl.a. haft fokus på at implementere et stærkt løbende samarbejde mellem ledelsen og personalet. N6 har indsendt dokumentation, der viser, at der løbende i projektperioden er afholdt henholdsvis styregruppe-, projektgruppe- og personalemøder med deltagelse af både personale og ledelse. Styregruppen har haft deltagelse af sygefaglig vicedirektør, repræsentanter fra klinikledelsen, Kontorchef fra HR og

---

<sup>17</sup> Huckshorn, Kevin Ann: "Et overblik over seks kernestrategier til reduktion af fysiske tvangsforanstaltninger" (2006), National Association of State Mental Health Program Directors. Oversat af oversygeplejerske Jesper Bak.

Kvalitetsafdelingen samt projektleder fra tidligere gennembrudsprojekt. Projektgruppen har bestået af Specialeansvarlig overlæge på afsnit N6, en psykolog, souschef for afsnitsledende sygeplejersker og repræsentanter fra plejegruppen. Projektgruppen refererer til styregruppen og har haft ansvaret for at igangsætte og koordinere aktiviteter samt synliggøre resultater for øvrige medarbejdere i N6. Den daglige ledelse af projektet har været varetaget af speciallægeansvarlig overlæge og afsnitsledende sygeplejerske på afsnit N6. Dokumentationen har desuden vist, at der er udviklet ledelsesinformation og kvalitetsdokumentation vedrørende projektet, samt at dette har været afrapporteret i månedsrapporter. Det er ikke lykkedes at ansætte en fast psykolog på afsnittet til at varetage supervision og kompetenceudvikling. Dette har i stedet været varetaget af ledende psykolog i Klinik Psykiatri Nord.

### **Anvendelse af data**

Dokumentation fra N6 viser også, at de forventede aktiviteter vedrørende anvendelse af data til informationsbaseret praksis er implementeret. Aktuelle tvangsdata er i projektperioden opgjort i månedsrapporter, som løbende har været tilgængeligt for personalet på projektafsnittet, ligesom de er drøftet på personalemøder. Derudover har man på N6 arbejdet med data i forbindelse med analyser af de enkelte bæltefikseringsepisoder.

### **Kompetenceudvikling**

Personalet på afsnit N6 har gennemført kurser inden for mentaliseringsbaseret miljøterapi, konflikthåndtering og deeskalering, samt kommunikation og medarbejderkultur. Derudover har medarbejderne gennemført kompetenceudvikling inden for tidlig opsporing og triggerfaktorer, psykopatologi og dynamisk skærmning gennem løbende sidemandsoplæring.

### **Forebyggelsesværktøjer**

På afsnit N6 har man opstillet syv konkrete forebyggelsesværktøjer, som man har haft til hensigt at implementere og anvende i løbet af projektperioden. Dokumentationen fra afsnit N6 viser, at andelen af vagtskifter, hvor der er afholdt en kort sikkerhedsbriefing ligger på 100% i størstedelen af projektperioden. Det fremgår af dokumentationen, at ca. 40% af patienterne i projektperioden har fået foretaget systematisk risikovurdering, hvilket ligger under den målsætning N6 har opstillet. Tjeklisten for de første 24 timer indeholder bl.a. BVC<sup>18</sup>, selvmordsrisikovurdering, triggerskema og skema til bevarelse af selvkontrol. Ca. 70% har patienterne har i projektperioden fået foretaget henholdsvis dokumenteret BVC og selvmordsrisikovurdering, og andelen af patienter med dokumenteret triggerskema og skema til bevarelse af selvkontrol ligger på ca. 37%. Begge dele ligger lidt under målsætningen for afsnittet. Hovedparten af bæltefikseringerne i projektperioden er gennemgået ved eksternt tværfagligt team. I den sidste del af perioden er alle episoder gennemgået. I projektperioden har der i øget omfang været en tilgængelig miljøperson i afsnittet. Der er udarbejdet en fast ugeplan for aktiviteter, som opdateres fra uge til uge. Endelig er morgenmøder blevet en fast arbejdsdag på afsnit N6.

### **Patientinddragelse**

I indsats teorien for N6 er der angivet tre indsatser vedrørende patientinddragelse. Afsnittet har oprettet en åben pårørende gruppe for pårørende i den akutte fase. Der er tale om ugentlige møder. Det er dog uklart i hvilket omfang de pårørende har gjort brug af dette tilbud. Derudover inddrager tjeklisten til de første 24 timer patienten i form af drøftelse af strategi for mestring og forhåndstilkendegivelse. Disse to elementer er delvist implementeret. Endelig har man på N6 ønsket at implementere eftersamtaler til patienter, som har været udsat for tvang. Optællinger viser, at eftersamtaler har været afholdt i ca. halvdelen af tvangstilfældene.

### **Debriefing**

Afsnit N6 har implementeret faste debriefingmøder på afsnittet. Disse afholdes løbende

---

<sup>18</sup> <http://www.riskassessment.no/>

ved alvorlige traumatiske hændelser. Syv ansvarshavende sygeplejersker har gennemført kompetenceudvikling i debriefing.

- Projektafsnittet har arbejdet med alle seks kernestrategier
- Projektafsnittet har implementeret deres samlede indsats som beskrevet i deres implementeringsmodel

### 6.1.2 Risskov

#### Ledelse med henblik på organisationsændringer

På afsnit P4 i Risskov har man i forhold til den første kernestrategi haft fokus på at projektet løbende drøftes på tværfaglige møder, at oprette team med fokus på særlig indsats og på at holde en fast struktur for løbende supervision. Den fremsendte dokumentation fra afsnit P4 viser, at projekt bæltefrit afsnit, herunder indsatser og kritiske situationer, drøftes på personalemøder, der afholdes en gang om måneden, og som har deltagelse af tværfaglige medarbejdergrupper samt ledelsen. Derudover afholdes der tre ugentlige møder med fokus på review, deeskalering og fagligt forum. Der er oprettet et team, som har fokus på at igangsætte særlig indsats for de patienter, det er relevant for. Endelig viser dokumentationen, at der afholdes faste supervisionsseancer for personalet på afsnit P4 to gange om måneden.

#### Anvendelse af data

Dokumentationen fra afsnit P4 viser også, at deres forventede aktiviteter i forhold til at understøtte anvendelsen af data på afsnittet er implementeret. De igangværende indsatser monitoreres og resultater herfra hænges løbende op i afsnittets konferencerum sammen med grafer over afsnittets tvangstal. På afsnittets personalekontor hænger der en synlig årskalender, hvorpå det løbende noteres, når der har været bæltefikseringer. Sammen med denne hænger en tavle, hvor antallet af bæltefrie dage dagligt opdateres. Derudover udfyldes et skema for hver bæltefikseringsepisode, og dette danner grundlag for en fælles analyse af episoden på den daglige morgenkonference.

#### Kompetenceudvikling

Personalet på afsnit P4 har gennemgået kompetenceudvikling i forskellige former. Relevante medarbejdere har gennemført kurser i APG<sup>19</sup>, NADA<sup>20</sup>, konflikthåndtering, Sensory Profile<sup>21</sup> og kognitiv terapi. Derudover har der været gennemført et uddannelsesforløb i dobbeltdiagnose for personalet på P4, ligesom en række medarbejdere har deltaget i en temadag om Safewards<sup>22</sup>. Det har ført til nedsættelsen af en særlig intern Safewards-gruppe med ansvar for at implementere og vedligeholde interventionerne fra Safewards. Ud over disse konkrete kompetenceudviklingsaktiviteter, skabes der på P4 kompetenceudvikling i medarbejdergruppen via strukturerede ugentlige drøftelser i refleksionsforum og fagligt forum, samt i forbindelse med review.

#### Forebyggelsesværktøjer

På afsnit P4 har man opstillet en række konkrete forebyggelsesværktøjer, som det har været hensigten at implementere og anvende i projektperioden. Alle patienter på afsnittet får ved indlæggelsen 24 timers Tidlig Indsats. Udvalgte patienter overgår derefter til Særlig Indsats, som fortsætter under resten af deres indlæggelse. I 2017 er det indført, at der laves forhåndstilkendegivelser ved alle indlæggelser. I forbindelse med indlæggelsen udarbejder personalet i samarbejde med patienten og pårørende en behandlingsplan, som også indeholder en akut medicinplan. Ved indlæggelsen udarbejdes der desuden en mestringsanalyse af den enkelte patient, enten i samarbejde med patienten eller ud fra

---

<sup>19</sup> <https://www.konflikthaandtering.dk/apg/>

<sup>20</sup> <http://nada-danmark.dk/>

<sup>21</sup> <https://rm.plan2learn.dk/Kursusvalg.aspx?id=15180>

<sup>22</sup> <http://www.safewards.net/da/>

journalmateriale, samarbejdsparter og pårørende. Mestringsanalysen munder ud i et mestringsskema, som hænges op på sengestuen og indføres i patientens handlingsplan. Der er ansat en fast aktivitetsmedarbejder på P4, som står for faste målrettede aktiviteter med patienterne. Aktiviteterne følger et fast skema, men er også udarbejdet efter en vurdering af den enkelte patients behov. NADA-behandling og Cocoonstole anvendes efter behov på afsnittet. Derudover anvendes interventioner fra Safewards, ligesom strukturerede analyser af bæltefikseringsepisoder gennemføres tværfagligt med henblik på fælles læring på afsnittet.

### **Patientinddragelse**

I indsats teorien for afsnit P4 er der angivet tre indsatser i forhold til patientinddragelse. Der er ansat en brugermedarbejder på afsnittet. Brugermedarbejderen indgår i det generelle projektarbejde omkring indsatsen for at blive bæltefri og deltager dermed også i de daglige møder. Som en del af Tidlig Indsats inviteres pårørende til at deltage i lægesamtale med henblik på udarbejdelse af handlingsplan for patienten. Derudover tilbydes fællesdokumentation sammen med patienten i dag- og aftenvagter, ligesom patienterne deltager i afsnittets morgen- og aftenmøder.

### **Debriefing**

Der er implementeret faste review-møder på afsnittet, som samler op på alle tvangsepisoder. Derudover arrangerer ledelsen ved udvalgte tvangsepisoder debriefing for hele alarmholdet med deltagelse af ekstern psykolog. Derudover arbejdes der med case-supervision efter behov på afsnittet.

- Projektafsnittet har arbejdet med alle seks kernestrategier
- Projektafsnittet har implementeret deres samlede indsats som beskrevet i deres implementeringsmodel

## **6.1.3 Aabenraa**

### **Ledelse med henblik på organisationsændringer**

På afsnit 61-63 i Aabenraa har man i forhold til den første kernestrategi nedsat en styregruppe for projektet, hvor der er deltagelse af afdelingens ledelsesgruppe. Der er i en lokal partnerskabsaftale opstillet mål og plan for afskaffelse af bæltefiksering. Der er efterfølgende løbende arbejdet med disse mål og planer i projektgruppen. Der er etableret samarbejde med lokalpsykiatri, misbrugscenter, socialpsykiatri, politi og retspsykiatri med henblik på at understøtte arbejdet med en bæltefri tilgang. Derudover er der ansat en fast psykolog på afsnit 61-63, ligesom der også i projektperioden er etableret nye fysiske rammer for afsnittet.

### **Anvendelse af data**

Dokumentationen fra afsnit 61-63 viser også, at opdaterede tvangsdata løbende er tilgængelige for personalet, da de både er tilgængelige online og gennemgås på månedlige personalemøder og på det månedlige møde i arbejdsgruppen for projektet. Data anvendes også i det daglige i forbindelse med udfyldelsen af et skema til analyse af hver enkelt bæltefikseringsepisode. Disse analyseres af leder og medarbejdere.

### **Kompetenceudvikling**

Personalet på afsnit 61-63 har deltaget i flere former for kompetenceudvikling i forbindelse med projektet. Alle ansatte på afsnit 61-63 har deltaget i uddannelsesdage inden for:

- Introduktion projekt bæltefri afsnit + relationsbehandling
- Aggression Profile Guideline + Sansseintegration
- Safewards
- FRAM analyse + forebyggelseskultur
- Modtageprocedurer + Brøset Violence Screening

- Akut indlagte traumatiserede asylansøgere + Trauma Informed Care<sup>23</sup>
- Behandling af personlighedsforstyrrelse og forebyggelse af tvang
- Deeskaleringsstrategier

Derudover tilbydes alle medarbejdere på afsnittet kompetenceudvikling inden for miljøterapi, behandling og recovery af misbrugere, fysisk aktivitetskonsulentuddannelse, klinisk etisk refleksion og simulationstræning.

### **Forebyggelsesværktøjer**

På afsnit 61-63 har man opstillet en række konkrete forebyggelsesværktøjer, som man har haft til hensigt at implementere med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer. Der er indført en fast struktureret modtageprocedure, hvor der udarbejdes en medicinplan og en miljøterapeutisk plan, ligesom der tages stilling til patientens behov for støtte og en evt. sikkerhedsplan for patienter med behov for særlig støtte. I forlængelse heraf er der også indført en fast udskrivelsesprocedure, som betyder, at patienterne først slippes af afsnittet, når der er relevant opfølgning og støtte på plads. Der er også indført daglige fysiske aktiviteter for patienterne på afsnit 61-63, ligesom interventionerne fra Safewards er implementeret. Der udarbejdes APG-profiler på særlige indsatspatienter, og der er desuden opstillet Cetrea-skærme og indført en fast politik om åbne døre i afsnittet. Endelig anvendes strukturerede analyser af de enkelte bæltefikseringsepisoder som redskab til at forebygge yderligere bæltefiksering.

### **Patientinddragelse**

På afsnit 61-63 har man indført flere indsatser med henblik på øget patientinddragelse. Forhåndstilkendegivelser er en del af modtageproceduren. Derudover inddrages patienterne løbende i et samarbejde omkring forebyggelse af tvang samt det at skabe et trygt og godt miljø. Derudover tilbydes patienterne diagnosespecifik psykoekudation i form af et gruppetilbud under og efter indlæggelse.

### **Debriefing**

Der gennemføres eftersamtaler med patienter, som har været udsat for tvang.

- Projektafsnittet har arbejdet med alle seks kernestrategier
- Projektafsnittet har implementeret deres samlede indsats som beskrevet i deres implementeringsmodel

## **6.1.4 Slagelse**

### **Ledelse med henblik på organisationsændringer**

På afsnit SL3 og SL5 i Slagelse har man i forbindelse med arbejdet med den første kernestrategi nedsat en styregruppe for projekt bæltefrit afsnit, hvor der ud over ledelse og medarbejdere har været deltagelse af en ansat med brugerbaggrund samt repræsentanter for pårørende. Der afholdes løbende personalemøder, hvor der er fokus på projektet og fremdriften heri. Derudover har man på SL3 og SL5 ansat en kognitiv medarbejder, en koordinator og en forløbsansvarlig, alle med henblik på at skabe de rette organisatoriske forudsætninger for at arbejde i retning af at blive bæltefrit afsnit.

### **Anvendelse af data**

Dokumentationen fra SL3 og SL5 viser, at de forventede indsatser i forhold til anvendelse af data er implementeret. Således anvendes data i forbindelse med strukturerede analyser af de enkelte bæltefikseringsepisoder. Analyserne gennemgås på månedlige møder. Data vedrørende tvangstal samles på forbedringstavler. På afsnitsniveau afholdes der med udgangspunkt heri tværfaglige tavlemøder hver uge. Derudover anvendes data fra BVC-screeninger løbende i tværfaglige møder mv.

<sup>23</sup> [https://www.researchgate.net/publication/321938114\\_Trauma\\_Informed\\_Care\\_-\\_naeste\\_skridt\\_mod\\_en\\_positiv\\_psykiatrikultur\\_der\\_forebygger\\_tvang](https://www.researchgate.net/publication/321938114_Trauma_Informed_Care_-_naeste_skridt_mod_en_positiv_psykiatrikultur_der_forebygger_tvang)



## Kompetenceudvikling

Medarbejderne på SL3 og SL5 har gennemgået kompetenceudvikling inden for en række områder. Alle medarbejdere på de to afsnit har deltaget i undervisning i den kognitive metode og i deeskalering. Medarbejderne modtager desuden kompetencekort, der beskriver deres kompetencer i forhold til deeskalering.

## Forebyggelsesværktøjer

Afsnit SL3 og SL5 har opstillet en række konkrete forebyggelsesværktøjer, som skal bidrage til at nå målet om at arbejde bæltefrit. Afsnittene har indført Patientens Team, hvor alle patienter ved indlæggelsen tilknyttes et fast team. Den enkelte patient spiller selv en aktiv rolle i sit team og inddrages i arbejdstilrettelæggelsen. Alle patienter scores efter BVC i hver vagt. Scoren er et hjælperedskab for personalet til at vurdere patientens aktuelle sindstilstand. Der anvendes SOAS-R<sup>24</sup> ved særligt udadreagerende patienter. Afsnittene har en særlig tovholder, som følger udviklingen og er opmærksom på særlige mønstre. Resultater drøftes på personalemøde, hvis det er aktuelt. SOAS-R kan dermed være et hjælperedskab i forhold til at ændre medicin, planlægge kontakt med den enkelte patient mv. Med ansættelsen af aktivitetsmedarbejdere har man på de to afsnit øget fokus på fysisk aktivitet som en integreret del af behandlingsforløbet. Aktiviteterne foregår både i form af fælles aktiviteter og ud fra individuelle aktivitetsplaner. Hver enkelt bæltefikseringsepisode analyseres og gennemgås via review med deltagelse af de medarbejdere, der har været involveret. Der samles op på hændelserne via tværfaglige review, hvor der er fokus på at udtrække læring i forhold til fremtidig forebyggelse af bæltefiksering. Derudover har man på de to afsnit indført Kon-Tiki<sup>25</sup>, som er et koncept til at sikre flow og sammenhæng i det enkelte patientforløb både i forhold til interne og eksterne samarbejdspartner. Derudover har man indført onsdagscafé med deltagelse af en præst, hvor patienterne kan få en pause fra at være patient, og Cocoonstole som patienterne kan benytte til afskærmning. Endelig har det været hensigten at indføre stillerum med beroligende redskaber og musik. I forbindelse med flytningen til Slagelse har tekniske udfordringer betydet, at stillerum endnu ikke er taget i anvendelse.

## Patientinddragelse

Der er indført forskellige tiltag på afsnit SL3 og SL5 med henblik på at øge patientinddragelsen. Der er ansat en medarbejder med brugerbaggrund, som bl.a. deltager i projektets styregruppe. I styregruppen har man også inkluderet repræsentanter for pårørende. Derudover bliver patienterne i øget omfang inddraget i det daglige og i planlægningen af deres forløb via Patientens Team.

## Debriefing

Der arbejdes systematisk med både debriefing og eftersamtaler efter hver bæltefikseringsepisode.

- Projektafsnittet har arbejdet med alle seks kernestrategier
- Projektafsnittet har implementeret deres samlede indsats som beskrevet i deres implementeringsmodel

### 6.1.5 Glostrup

#### Ledelse med henblik på organisationsændringer

På afsnit 809/811 i Glostrup har man indført en række tiltag i forhold til den første kernestrategi. Der er først og fremmest tale om faste møderækker på forskelligt niveau, hvor projektet er på dagsordenen og dermed løbende drøftes. Der er nedsat en styregruppe, som holder møder hvert halve år, en arbejdsgruppe med månedlige møder og en projektgruppe, som holder ugentlige møder. Derover holder man ugentlige tavlemøder

<sup>24</sup> [https://www.researchgate.net/publication/242677728\\_The\\_staff\\_observation\\_aggression\\_scale-revised\\_SOAS-R](https://www.researchgate.net/publication/242677728_The_staff_observation_aggression_scale-revised_SOAS-R)

<sup>25</sup> <https://www.rm.dk/om-os/organisation/koncern-hr/uddannelse-udvikling-og-arbejdsmiljo/udvikling/konsulenttydelser/ledelsesudvikling/lederudviklingsprogram/kon-tiki/>



på afsnittene ud fra LEAN med fokus på forbedringskultur. Centerledelsen deltager ad hoc i alle disse mødefora. Derudover har man ansat recovery-mentorer og en musikterapeut.

### **Anvendelse af data**

Data om status på bæltefiksering er løbende tilgængeligt for personalet på de to projektafsnit. Hver uge sendes en mailopdatering vedrørende bæltefiksering og sygefravær til alle medarbejdere og ledelsen på afsnit 809 og 811. Der foretages registrering og audit af kriseplaner hver måned, og disse, samt behandlingsplaner, drøftes løbende på tavlemøder i afsnittene. Derudover monitoreres den indledende sygeplejevurdering af patienterne løbende i forbindelse med den daglige tavlegennemgang.

### **Kompetenceudvikling**

På afsnit 809 og 811 er der gennemført forskellige former for kompetenceudvikling af medarbejderne. Alle medarbejdere har gennemført et tredages kursus i fysisk intervention og deeskalering. Der er udpeget nøglemedarbejdere på afsnittene, som gennem uddannelse har opnået særlig viden om misbrug og dobbeltdiagnoser. Der er indført undervisning i Dialektisk Adfærds Terapi<sup>26</sup> for alle medarbejdere på de to projektafsnit i form af ugentlig undervisning samt en række temadage. Undervisningen har imidlertid ikke kunnet gennemføres tilstrækkeligt i 2017 pga. samtidig implementering af Sundhedsplatformen. Endelig pågår der løbende kompetenceudvikling af personalet via ugentlige kliniske konferencer og ugentlige møder i faglige fora.

### **Forebyggelsesværktøjer**

Der er indført en række konkrete forebyggelsesværktøjer på afsnit 809 og 811 med henblik på at blive bæltfri. Der er opnormeret med fysioterapeuter, ergoterapeuter og aktivitetsmedarbejdere i alle vagter, hvilket betyder, at man har kunnet indføre mere fysisk aktivitet for patienterne. Der er oprettet en åben samtalegruppe, som patienterne har mulighed for at benytte sig af på ugentlig basis. Der er indført et sanserum, som patienterne kan benytte med henblik på at opnå ro og mindske egen arousal. Der foretages analyse og struktureret gennemgang af hver enkelt bæltefikseringsepisode. Der arbejdes delvist med kriseplaner som redskab, implementeringen har dog på dette punkt været udfordret af fusionen mellem de to afdelinger i projektperioden.

### **Patientinddragelse**

Flere tiltag er indført med henblik på at øge patientinddragelsen på afsnit 809 og 811. Der er ansat en medarbejder med brugerbaggrund som recovery-mentor for patienterne. Derudover inddrages patienterne som en central part i forbindelse med deres egen behandlingsplan, kriseplan og udskrivningsaftale, ligesom der afholdes løbende patientmøder samt morgen- og aftenmøder med patienten. Endelig deltager patienter i second opinion møder.

### **Debriefing**

Der afholdes second opinion møder mellem plejepersonale, læger og patienter efter hver bæltefikseringsepisode med henblik på udvikling af den daglige praksis gennem fælles refleksion og inddragelse af patientperspektiv.

- Projektafsnittet har arbejdet med alle seks kernestrategier
- Projektafsnittet har implementeret deres samlede indsats som beskrevet i deres implementeringsmodel

## **6.1.6 Ballerup**

### **Ledelse med henblik på organisationsændringer**

I Ballerup har man i forhold til den første kernestrategi haft fokus på at nedsætte de rette organer og sikre den rette mødeaktivitet heri. Der er nedsat henholdsvis en styregrup-

<sup>26</sup> <https://vidensportal.dk/temaer/selvskadende-adfaerd/dialektisk-adfaerdsterapi>

pe og en arbejdsgruppe i forbindelse med projekt bæltefrit center. Styregruppen afholder kvartalsvise møder og projektgruppen afholder møder 15-18 gange årligt. Med disse mødefora er der fokus på at visionen om et bæltefrit center deles af alle ledere og medarbejdere.

### **Anvendelse af data**

Data anvendes på flere forskellige måder i Ballerup. Der sendes opdaterede oversigter over anvendt tvang hver måned til afdelingsledelserne. Der laves oversigter, som hele tiden er tilgængelige på centerledelsens målstyringstavler. Oversigterne anvendes desuden og drøftes løbende på de afholdte møder. Endelig anvendes data i forbindelse med strukturerede analyser af hver enkelt bæltefikseringsepisode.

### **Kompetenceudvikling**

Der har været fokus på at medarbejderne på PC Ballerup gennemfører en tværfaglig kognitiv uddannelse. Alle relevante medarbejdere har gennemført eller påbegyndt uddannelsen, som består af 8 moduler og supervision. Ved projektstart var målet at gennemføre 19 hold på tværfaglig kognitiv uddannelse. Der har i alt været gennemført 21 hold. PC Ballerup har også udvalgt aktivitetskonsulentuddannelsen som en central kompetenceudviklingsaktivitet. I alt har 12 medarbejdere gennemført uddannelsen.

### **Forebyggelsesværktøjer**

Der er indført flere konkrete forebyggelsesredskaber på PC Ballerup i projektperioden. Centret har etableret et interventionsteam, som kan tilkaldes i forbindelse med særligt opkørte situationer, der er vanskelige at deeskalere. Interventionsteamet yder faglig kollegial sparring, og hvis det vurderes formålstjenestelig, kan teamet overtage patientkontakten i det aktuelle tilfælde. Der er også indført differentieret visitation, hvor man forsøger at matche patienten med kompetencer på de forskellige afdelinger. Der ses på fysiske rammer, kompetencer og erfaringer med forskellige patientgrupper. Der udarbejdes i samarbejde med patienten individuelle samarbejdsaftaler, hvori der peges på, hvad der konkret kan hjælpe i forhold til at undgå opkørte situationer. Der er indført flere fysiske aktiviteter for patienterne i centret som følge af uddannede aktivitetskonsulenter. Der er etableret sanserum, som alle patienter introduceres til. Sanserummet kan indgå i den enkelte patients samarbejdsaftale, men det kan også anvendes ad hoc af patienter efter aftale med personale. Endelig foretages der strukturerede analyser af hver bæltefiksering med henblik på læring i forhold til fremtidig forebyggelse.

### **Patientinddragelse**

På PC Ballerup er der ansat medarbejdere med brugerbaggrund. Disse indgår i projektgruppen og har bl.a. også medvirket til udviklingen af Interventionsteamet. Derudover arbejder man løbende med patientinddragelse bl.a. i forbindelse med udarbejdelsen af samarbejdsaftaler.

### **Debriefing**

På PC Ballerup blev der inden projektstart arbejdet systematisk med debriefing efter tvangsepisoder. Dette arbejde er fortsat under projektperioden.

- Projektafsnittet har arbejdet med alle seks kernestrategier
- Projektafsnittet har implementeret deres samlede indsats som beskrevet i deres implementeringsmodel

## **6.1.7 Sammenfatning af implementering**

Som nævnt indledningsvist er det en forudsætning for at kunne vurdere, hvorvidt indsatserne har haft den forventede virkning, at det i første omgang undersøges, i hvilket omfang de planlagte indsatser er implementeret.

Dette afsnit har vist, at den samlede indsats for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering overordnet set er implementeret i overensstemmelse med de respektive implementeringsmodeller hos de seks deltagende projektafsnit. Billedet bekræftes af de indleverede statusrapporter, hvori projektafsnittene, med enkelte specifikke undtagelser hos et enkelt afsnit, har angivet, at alle forebyggende tiltag fra den godkendte projektbeskrivelse er iværksat på afsnittet.

De seks projektafsnit har således arbejdet med målsætningen om at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering ved at implementere de tiltag, der er angivet i implementeringsmodellen i deres indsats teorier, dog med enkelte undtagelser. Samlet set har projektafsnittene i bred forstand haft målopnåelse, hvad angår implementeringen af de forventede virksomme indsats, og de implementerede indsats dækker hos alle projektafsnit de seks kernestrategier. Afsnit 5 viste, at ikke alle projektafsnit har haft en reduktion i anvendelsen af bæltefiksering. Ud fra ovenstående kan det konkluderes, at det ikke skyldes en manglende implementering af den planlagte indsats.

I de følgende afsnit vil der være fokus på, i hvilken grad projektafsnittene har fundet arbejdet med hver af de seks kernestrategier relevante, og hvilke elementer i de implementerede indsats, der især vurderes at have været virksomme i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

## 6.2 Afsnittenes vurderinger af indsatsernes relevans

Som nævnt i forrige afsnit har alle seks projektafsnit struktureret deres samlede indsats efter Huckshorns seks kernestrategier, ligesom det også fremgik, at alle projektafsnittene har opfyldt deres målsætninger i forhold til de indsats, de forventede at implementere inden for hver enkelt kernestrategi. Der er således arbejdet med alle kernestrategier på alle seks deltagende projektafsnit.

I dette afsnit vil fokus i stedet være på fordelingen af projektafsnittenes samlede indsats mellem de seks kernestrategier; dvs. på at undersøge, hvordan projektafsnittene har vægtet arbejdet mellem de seks kernestrategier. I forlængelse heraf ses på projektafsnittenes vurdering af, i hvilken grad arbejdet med den enkelte kernestrategi opleves som relevant og virksom i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Der er således fokus på at besvare evalueringsspørgsmål 4 og 5.

I den afsluttende fase af projektperioden er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse, hvor der bl.a. har været fokus på at undersøge i hvilken grad projektafsnittene har arbejdet konkret med de enkelte kernestrategier, samt på at indfange faglige vurderinger af, hvad der især har været virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer. Undersøgelsen er foretaget blandt alle medarbejdere, der har arbejdet på de deltagende projektafsnit i projektperioden. I det følgende opdeles svarene i to grupper; den gruppe af medarbejdere på afsnittene, som også har haft en tilknytning til projektarbejdet omkring forsøget på at blive bæltfri, og gruppen af øvrige medarbejdere.

Tabel 5 herunder viser resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen blandt de medarbejdere, der har haft tilknytning til projektet på de bæltfrie afsnit. I spørgeskemaundersøgelsen er medarbejderne bl.a. blevet spurgt til, i hvilken grad de har arbejdet med den enkelte kernestrategi med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Resultatet i tabel 4 viser, hvordan den samlede indsats for at blive bæltfri har fordelt sig på kernestrategierne på tværs af projektafsnittene. Det fremgår, at projektafsnittene især har arbejdet med konkrete forebyggelsesmetoder, understøttende ledelse og kompetenceudvikling. Der er også i vid udstrækning arbejdet med anvendelse af data og debriefing, mens patientinddragelse ser ud til at være den kernestrategi, der er blevet arbejdet mindst med i projektperioden. De fulde besvarelser på spørgsmålene fremgår af bilag 3. Her fremgår det også, at der kun i meget få tilfælde er svaret *i mindre grad* eller *slet ikke* til disse spørgsmål.

**Tabel 5: I hvilken grad har I arbejdet med det enkelte fokusområde med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering?**

Kernestrategi	I meget høj grad / i høj grad
1. Ledelse	95%
2. Anvendelse af data	90%
3. Kompetenceudvikling	95%
4. Forebyggelsesmetoder	100%
5. Patientinddragelse	63%
6. Debriefing	90%

\* Medarbejdere tilknyttet projekt bæltfri på tværs af alle projektafsnit. N = 19

Dette resultat siger imidlertid ikke i sig selv noget om, hvorvidt denne indsatsfordeling er et udtryk for en faglig prioritering, eller om den skyldes andre årsager som fx vanskeligheder med at fastholde implementerede tiltag vedrørende patientinddragelse. Derfor er det relevant i forlængelse heraf at gå nærmere ind i projektafsnittenes faglige vurderinger af, i hvilken grad de enkelte kernestrategier har været relevante og virksomme i arbejdet for at blive bæltefri.

Tabel 6 viser projektmedarbejdernes vurdering af, i hvilken grad deres konkrete arbejde med hver enkelt kernestrategi har været virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer.

**Tabel 6: I hvilken grad har jeres konkrete arbejde med hvert enkelt fokusområde været virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering?**

Kernestrategi	I meget høj grad / i høj grad
1. Ledelse	85%
2. Anvendelse af data	77%
3. Kompetenceudvikling	100%
4. Forebyggelsesmetoder	92%
5. Patientinddragelse	85%
6. Debriefing	85%

\* Medarbejdere tilknyttet projekt bæltefri på tværs af alle projektafsnit. N = 19

Inden for alle seks kernestrategier er der en høj andel, der har svaret *i høj grad* eller *i meget høj grad* til, at det konkrete arbejde med det pågældende fokusområde har været virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Det fremgår dog, at især arbejdet med kompetenceudvikling og konkrete forebyggelsesmetoder vurderes til at have været virksomt, mens det konkrete arbejde med anvendelse af data vurderes til at have været det mindst virksomme. Det fremgår også, at en forholdsvis stor andel svarer *i høj grad* eller *i meget høj grad* til, at det konkrete arbejde med patientinddragelse har været virksomt, på trods af, at tabel 5 viste, at netop patientinddragelse er den kernestrategi der er blevet arbejdet mindst med i de seks projektafsnit. Ud fra den betragtning er det således ikke udtryk for en faglig prioritering af indsatsen, at der på tværs af de seks projektafsnit er arbejdet mindre med patientinddragelse end med de øvrige fem kernestrategier. Af bilag 3 fremgår det, at der kun i meget få tilfælde er svaret *i mindre grad* eller *slet ikke* til disse spørgsmål.

Tabel 7 og 8 herunder viser resultatet for de samme spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen, men indeholder kun svar fra de medarbejdere på de seks projektafsnit, der ikke har været tilknyttet projektarbejdet. Dvs. at det er svar fra medarbejdere, som ikke har været med til at planlægge indsatserne og det konkrete arbejde med at blive bæltefri, men som alligevel har skullet arbejde efter kernestrategierne og med de konkrete indsatser. Derfor er det relevant også at se på, hvordan denne gruppe medarbejdere vurderer, i hvilken grad der er arbejdet med den enkelte kernestrategi, samt i hvilken grad de vurderer dette arbejde til at være virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

**Tabel 7: I hvilken grad har I arbejdet med det enkelte fokusområde med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering?**

Kernestrategi	I meget høj grad / i høj grad
1. Ledelse	55%
2. Anvendelse af data	63%
3. Kompetenceudvikling	54%
4. Forebyggelsesmetoder	71%
5. Patientinddragelse	49%
6. Debriefing	61%

\* Medarbejdere tilknyttet projekt bæltefri på tværs af alle projektafsnit. N = 103

Tabel 7 viser det samme mønster, som tabel 5; de øvrige medarbejdere angiver også de konkrete forebyggelsesmetoder som den kernestrategi, der er arbejdet mest med og patientinddragelse som den kernestrategi, der er arbejdet mindst med i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Det fremgår af tabellen, at gruppen af øvrige medarbejdere generelt i mindre grad angiver, at der er arbejdet med de seks kernestrategier med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, end tilfældet er for de medarbejdere, der har været tilknyttet projektarbejdet omkring bæltefrit afsnit. Der kan være flere forklaringer på, at denne gruppe medarbejdere ikke i samme omfang oplever at have arbejdet konkret med de enkelte kernestrategier. For det første er det forventeligt, at kernestrategierne og det konkrete daglige indhold heri ikke er lige så present for de øvrige medarbejdere, som for de medarbejdere, der ved siden af det daglige arbejde også står for at planlægge indsatsen for at blive bæltefri efter netop de seks kernestrategier. Derfor kan man forestille sig, at gruppen af øvrige medarbejdere i nogle tilfælde har arbejdet med kernestrategierne uden selv at være helt bevidste herom. Det vil tale for, at der reelt er arbejdet med kernestrategierne i højere grad, end denne gruppe medarbejdere vurderer. For det andet kan det være, at medarbejderne med tilknytning til det bæltefri projektarbejde helt reelt har arbejdet mere med det konkrete indhold i kernestrategierne, end den øvrige gruppe medarbejdere.

Sammenligningen af tabel 5 og tabel 7 viser også, at forskellen mellem de to medarbejdergruppers angivelse af, i hvilken grad der er arbejdet med den enkelte kernestrategi, især er tydelig hvad angår kompetenceudvikling og ledelse. Her er der tale om en forholdsvis stor forskel på de to medarbejdergruppers oplevelse af, i hvilken grad der er arbejdet med de to områder med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer. Som det fremgik af afsnit 6.1 viser dokumentationen, at alle projektafsnit har implementeret de planlagte indsatser inden for både understøttende ledelse og kompetenceudvikling. Den store forskel på besvarelsene tyder imidlertid på, at de implementerede indsatser på disse to områder ikke er nået så langt ind i afsnittets medarbejdergruppe. De implementerede indsatser omkring understøttende ledelse har i høj grad været centreret omkring ledelsens deltagelse i styregrupper, projektarbejdsgrupper og i planlægning af den samlede indsats for at arbejde bæltefrit i det deltagende projektafsnit. Det kunne tyde på, at ledelsens opbakning og deltagelse især har været tydelig for de medarbejdere, der også har haft en direkte rolle i de planlæggende fora. Det er imidlertid væsentligt, at alle udførende medarbejdere er bevidste om ledelsens rolle og har en oplevelse af, at ledelsen prioriterer og bakker op om den bæltefri tilgang til det daglige arbejde med patienterne<sup>27</sup>. Som det også fremgik af afsnit 6.1 har alle projektafsnit gennemført en række kompetenceudviklingsaktiviteter for de relevante medarbejdere. Den ovennævnte forskel kunne indikere, at der i den øvrige medarbejdergruppe, på trods af de gennemførte aktiviteter, fortsat er et behov for yderligere kompetenceudvikling målrettet mod at arbejde efter en bæltefri tilgang.

**Tabel 8: I hvilken grad har jeres konkrete arbejde med hvert enkelt fokusområde været virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering?**

Kernestrategi	I meget høj grad / i høj grad
1. Ledelse	57%
2. Anvendelse af data	59%
3. Kompetenceudvikling	65%
4. Forebyggelsesmetoder	71%
5. Patientinddragelse	63%
6. Debriefing	60%

\*Øvrige medarbejdere på projektafsnit. N = 103

Det fremgår af tabel 8, at de øvrige medarbejdere generelt vurderer det konkrete arbejde inden for alle seks kernestrategier mindre virksomt, end tilfældet er for de medarbej-

<sup>27</sup> Huckshorn, Kevin Ann: "Et overblik over seks kernestrategier til reduktion af fysiske tvangsforanstaltninger" 2006, National Association of State Mental Health Program Directors. Oversat af oversygeplejerske Jesper Bak.

dere, der har været tilknyttet projektet. Det kan der være flere årsager til. Det kan skyldes, at de øvrige medarbejdere reelt ikke vurderer virkningen lige så stor. Det kan også skyldes, at den øvrige medarbejdergruppe, som nævnt oven for, ikke har helt samme billede af omfanget af arbejdet med hver enkelte kernestrategi som de medarbejdere, der har haft en stærkere tilknytning til projektet. Endelig kan det skyldes, at medarbejdere med tilknytning til projektet reelt har mere indsigt i, i hvilken grad arbejdet inden for hver enkelt kernestrategi har været virksomt, alene af den grund at de har haft et større fokus på at identificere det virksomme.

Tabel 8 viser derudover, at gruppen af øvrige medarbejdere, ligesom medarbejderne med projekttilknytning, vurderer arbejdet med kompetenceudvikling og konkrete forebyggelsesmetoder som det mest virksomme sammenlignet med arbejdet inden for de øvrige kernestrategier. De øvrige medarbejdere vurderer dog i modsætning til projektmedarbejderne arbejdet med forebyggelsesmetoder som det mest virksomme i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. De øvrige medarbejdere har kun i forholdsvis begrænset omfang svaret *i mindre grad* eller *slet ikke* til disse spørgsmål, som det fremgår af bilag 3.

Dette afsnit har vist, at både medarbejdere tilknyttet projekt bæltefrit afsnit og øvrige medarbejdere på de deltagende projektafsnit overordnet set angiver, at projektafsnittene i vid udstrækning har arbejdet med alle seks kernestrategier med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Begge grupper af medarbejdere angiver, at der har været arbejdet mest med konkrete forebyggelsesredskaber og mindst med patientinddragelse. Derudover er der som nævnt forholdsvis stor divergens mellem vurderingerne af, i hvilket omfang der er arbejdet med henholdsvis kompetenceudvikling og ledelse/organisering.

Afsnittet har også vist, at især de medarbejdere, der har været tilknyttet projektet overordnet set vurderer, at arbejdet inden for alle kernestrategier har været virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Dermed er den overordnede vurdering også, at indsatsens delelementer betragtes som relevante af projektafsnittenes medarbejdere i forhold til at medvirke til at nedbringe omfanget af bæltefikseringer. Der viste sig forskelle mellem de to medarbejdergruppers vurderinger, men der var dog enighed om, at arbejdet med konkrete forebyggelsesmetoder og kompetenceudvikling har vist sig at være det mest virksomme. Endelig fremgik det, at de to medarbejdergrupper ikke havde samme opfattelse af, i hvilken grad indsatserne for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering er blevet understøttet af organiseringen og ledelsen. De medarbejdere der har været tilknyttet projektet de enkelte steder vurderer i højere grad end de øvrige medarbejdere, at der er arbejdet med at få ledelse og organisering til at understøtte indsatsen for at nedbringe omfanget af bæltefiksering.

### 6.3 Virksomme elementer

I de foregående afsnit har der været fokus på de konkrete elementer, som de deltagende projektafsnit har implementeret inden for de seks kernestrategier, samt hvordan projektafsnittene har vægtet arbejdet inden for disse, og i hvilket omfang arbejdet er fundet relevant i forhold til at bidrage til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

Som det er fremgået i de foregående afsnit, har de seks projektafsnit samlet set arbejdet med mange forskellige indsatser i forsøget på at blive bæltefrit. I dette afsnit rettes fokus mod at identificere de mest virksomme elementer blandt de tilgange og konkrete redskaber, der er blevet afprøvet i løbet af projektperioden. Der er således fokus på at besvare evalueringsspørgsmål 6.

Afsnittet indeholder en række underafsnit, som hver især har sin vinkel på dette evalueringsspørgsmål. I de to første underafsnit er der fokus på, hvad centrale fagpersoner og medarbejdere på de seks projektafsnit fremhæver som det væsentligste i forhold til at bidrage til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering – først med et fokus på, hvad der overordnet set har været vigtigst og dernæst med fokus på, hvilke konkrete forebyggelsesredskaber, der fremhæves. I det efterfølgende underafsnit er der fokus på at identificere henholdsvis fremmende og hæmmende kontekstfaktorer, som har betydning for at nå en målsætning om at blive et bæltefrit afsnit. Derefter foretager vi en sammenfatning af de strukturerede analyser, der i projektperioden er foretaget af hver enkelt bæltefikse-



ring. Endelig inddrages patienternes perspektiv på den bæltefri tilgang i det sidste underafsnit.

### 6.3.1 Størst betydning ift. at nå målsætning

Som det fremgik i afsnit 3.1 er der samlet flere forskellige former for data ind til at belyse dette evalueringsspørgsmål. Spørgsmålet omkring hvad der helt overordnet har været det vigtigste for at lykkes med at arbejde bæltefrit på afsnittet har været centralt i flere af disse dataindsamlinger. Tabel 9 herunder indeholder en sammenfatning af de indsamlede faglige vurderinger af, hvad der overordnet set har haft størst betydning i forhold til at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer. Vurderingerne er givet af nøglepersoner, som har været centrale i projektafsnittenes daglige arbejde for at blive bæltefrie afsnit. De faglige vurderinger stammer således fra en blanding af overlæger, udviklings- sygeplejersker, afsnitsledende sygeplejersker, fysioterapeuter og kvalitetskonsulenter. Resultaterne i tabel 9 er sammenfattet af et åbent spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen og uddybende spørgsmål fra de gennemførte telefoninterview. Nøglepersonerne har i begge tilfælde haft mulighed for at angive flere elementer, som de ser som lige væsentlige i forhold til at løfte målsætningen om at blive bæltefri.

Tabel 9 viser, at der er tre elementer, som fem af de seks projektafsnit har angivet som de vigtigste elementer, når man som psykiatrisk sengeafsnit skal nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer. Det drejer sig om at skabe en **kulturændring** på afsnittet, om at **løfte kompetencerne** hos det involverede personale og om at have **ekstra ressourcer** til rådighed både i forbindelse med opstarten af dette projektarbejde og i driften med en bæltefri tilgang. Derudover har fire ud af de seks projektafsnit peget på, at ledelsesopbakning er afgørende for at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, og to ud af de seks peger yderligere på en øget inddragelse af patienterne som et vigtigt element.

Hensigten med de telefoniske interview med i alt syv nøglemedarbejdere fra de deltagende projektafsnit har været, at komme mere i dybden med de elementer, der anses for de mest væsentlige i forhold til at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Sagt anderledes har der heri været fokus på at komme nærmere en forståelse af de virksomme mekanismer i de fremhævede elementer – hvorfor er disse vigtige, og hvordan bidrager de hver især til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering? I det følgende gennemgås de fremhævede elementer derfor nærmere.

**Tabel 9: Det vigtigste for at kunne arbejde bæltefrit**

Vigtigste	Brønderslev	Risskov	Aabenraa	Slagelse	Glostrup	Ballerup
<b>Kulturændring</b>	X	X	X		X	X
<b>Kompetenceløft hos personale</b>		X	X	X	X	X
<b>Ekstra ressourcer til opstart</b>	X	X	X		X	X
<b>Ekstra ressourcer i fortsat drift</b>	X	X	X		X	X
<b>Ledelsesopbakning</b>			X	X	X	X
<b>Øget inddragelse af pt.</b>	X	X				

### Kulturændring

Begrebet *kulturændring* er forholdsvis bredt, og det kan indeholde forskellige konkrete elementer. Selve begrebet går som nævnt igen hos fem af de seks projektafsnit, når de skal beskrive de vigtigste elementer i den samlede indsats for at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer; begrebet bruges eksplicit af nøglepersonerne uafhængigt af hinanden. De uddybende spørgsmål i de syv kvalitative interview med nøglepersoner giver et billede af det konkrete indhold i begrebet. Kulturændringen dækker både over en **ændret faglig tilgang** til arbejdet og en **ændret tilgang til og omgang med patienterne** på afsnittet.

Nøglepersonerne fremhæver, at det handler om øget åbenhed mellem patienter og personale, hvor døre mellem kontorer og afsnittet i højere grad end tidligere er åbne. Det gør, at personalet er mere tilgængeligt for patienterne. Personalet søger også selv i højere grad samvær med patienterne frem for at trække sig til kontorer. Personalet tilbringer således mere tid sammen med patienterne. Dette følges af en mindre restriktiv tilgang,

hvor der er færre regler for patienterne på afsnittet, samtidig med at der er mere elastik i reglerne, hvor der er plads til individuelle hensyn i en vis udstrækning. Derudover peger flere nøglepersoner på, at kulturændringen også handler om en ændret faglig tilgang, hvor personalet skal tro på andre redskaber, end man tidligere har anvendt. Det fremhæves som afgørende, at man blandt personalet opnår en faglig accept af, at man ikke nødvendigvis lægger patienter i bælte på trods af grænseoverskridende adfærd. Det påpeges af flere, at der tidligere har været en tilgang, hvor man brugte bæltefiksering opdragende til at afhjælpe dårlig adfærd. Kulturændringen indebærer, at man i stedet forsøger at hjælpe den rette adfærd på vej. Man handler som personale ikke længere alene på baggrund af konkret adfærd, man forsøger derimod at se igennem adfærden og forstå patienternes vrede og angst, og så derfra finde konkrete løsninger, som kan hjælpe patienten til en anden adfærd i den konkrete situation. Den faglige tilgang er således ændret fra et fokus på træning i at lægge bælte til et fokus på træning i at forebygge bæltefiksering. Både kompetenceudvikling og flere personaleressourcer er afgørende for at kunne skabe en kulturændring, som beskrevet herover. Det uddybes i de næste afsnit.

Det centrale spørgsmål i forlængelse af ovenstående begrebslige afklaring er: hvorfor og hvordan virker denne ændrede faglige tilgang og tilgang til patienterne? Interviewene med nøglepersoner giver den forståelse, at disse ændringer bl.a. virker, fordi patienterne i højere grad føler sig forstået og set af personalet, og at det generelt reducerer patienternes frustrationer og dermed antallet af situationer, der er i risiko for at eskalere. Nøglepersonernes oplevelse understøttes af flere af de gennemførte patientinterview. Heri påpeger patienterne også, at den øgede oplevelse af medbestemmelse og af at føle sig forstået i sig selv virker deeskalerende.

Som nævnt er et øget samvær mellem personale og patienter også en del af kulturændringen, og det påpeges, at det giver personalet bedre relationer til patienterne og dermed bedre forudsætninger for at forstå den enkelte patients vrede og angst. Det gør personalet bedre i stand til at finde løsninger for den enkelte patient, som kan berolige vedkommende inden en situation eskaleres. En af de interviewede patienter fremhæver da også, at det i sådanne situationer hjælper meget at kunne snakke med personale, som man har det godt med. Samme patient påpeger, at han tidligere ville være blevet lagt i bælte i situationer, som nu løses uden, fordi personalet udviser mere forståelse for, hvordan han har det.

### **Kompetenceløft af personale**

Som det fremgik af tabel 9, har fem af de seks projektafsnit fremhævet kompetenceudvikling af personalet på afsnittet som et af de vigtigste elementer i forhold til at lykkes med at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Kompetenceudvikling af personalet på projektafsnittet understøtter og muliggør de ændrede tilgange til arbejdet og patienterne, som er beskrevet i foregående afsnit. En anden tilgang kræver viden til at kunne forstå patienterne bedre og konkrete kompetencer til at arbejde med andre redskaber.

Som det fremgik af afsnit 6.1, har alle deltagende projektafsnit gennemført en række kompetenceudviklingstiltag for personalet på afsnittet. Der er lagt stor vægt på kompetenceudvikling inden for deeskalering, konflikthåndtering, opsporing af triggerfaktorer, risikovurderinger mv.; dvs. elementer, der har et åbenlyst sigte mod at forbedre kompetencerne inden for forebyggelse og håndtering af konflikter. Derudover har der været stor fokus på at gennemføre kompetenceudvikling inden for områder, som mere handler om at opnå en større viden om patienterne og de særlige udfordringer, der er i spil i forhold til forståelse af patienternes kognitive udfordringer, dobbeltdiagnoseproblematikker mv. I interviewene bliver det fremhævet, at denne type kompetenceudvikling i højere grad er rettet mod at understøtte, at personalet på afsnittet kan se bag patienternes adfærd og handle på baggrund af en forståelse af deres udfordringer, vrede og angst i den enkelte situation frem for alene på baggrund af deres grænseoverskridende adfærd. Den øgede viden inden for disse områder gør med andre ord personalet bedre i stand til at finde konstruktive løsninger sammen med den enkelte patient, hvilket øger chancerne for at undgå bæltefiksering i det enkelte tilfælde.

Kompetenceudviklingen giver personalet på afsnittet en faglig udvikling, men derudover fremhæver flere interviewpersoner, at den fælles kompetenceudvikling også giver personalet et fælles sprog og en bedre indbyrdes forståelse mellem de forskellige faggrupper på afsnittet. Det er i sig selv også medvirkende til at skabe en ændret tilgang til arbejdet



med patienterne på afsnittet. I forlængelse heraf påpeges det i flere interview også, at det er afgørende, at der fra ledelsens side tages klart stilling til, hvad man vil opnå med kompetenceudviklingsaktiviteterne på det konkrete afsnit, og at der herefter lægges en plan for, hvilken form for kompetenceudvikling, der konkret er behov for, og hvordan den afvikles under hensyntagen til den daglige drift.

### Ekstra ressourcer

Resultaterne i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering på de seks projekt-afsnit skal ses i lyset af, at arbejdet er foretaget i et treårigt projektforløb, hvor afsnitte- ne har haft midler til at ansætte ekstra ressourcer. Derfor har det også været centralt for evalueringen at forholde sig til, hvilken betydning de ekstra ressourcer i sig selv har haft for muligheden for at arbejde på denne måde og opnå de viste resultater.

Der skelnes i den forbindelse mellem at have ekstra ressourcer til at starte et projekt, der skal løfte et afsnit til en anden tilgang og arbejdsform, og så behovet for ekstra res- sourcer i forhold til at videreføre den arbejdsform i drift efterfølgende. Af tabel 9 fremgik det, at fem ud af de seks projektafsnit angiver **ekstra ressourcer i opstarten** som et af de vigtigste elementer i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Alle fem peger også på **ekstra ressourcer i den fortsatte drift** som et af de afgørende elemen- ter for at arbejde bæltfrit.

I forhold til opstartsperioden, peger interviewmaterialet på, at det kræver ekstra ressour- cer at igangsætte og fastholde den forandring, det er for et psykiatrisk sengeafsnit at arbejde bæltfrit. Nøgelpersonerne påpeger, at det at skabe udvikling og kulturændring kræver, at der kan trækkes ressourcer ud af den daglige drift. Det giver mulighed for at danne tværfaglige arbejdsgrupper, som har tid til at prioritere arbejdet med at planlægge og gennemføre projektarbejdet omkring den bæltfri tilgang. Det påpeges også, at de mange kompetenceudviklingsaktiviteter, som den nye tilgang kræver, også nødvendiggør ekstra ressourcer, så den daglige drift af afsnittet kan opretholdes. Hvis det skal lykkes at få alle medarbejdere i afsnittet til at bidrage til og få ejerskab til en ny tilgang til det daglige arbejde, kræver det også i en periode en del ekstra mødeaktivitet og udviklings- aktiviteter.

Som nævnt har det også været en gennemgående pointe i de fleste interview med nøg- lepersonerne, at arbejdet efter en bæltfri tilgang kræver flere ressourcer i den daglige drift også efter opstartsperioden. Begrundelserne for det virksomme i at have flere res- sourcer på afsnittet går i to retninger. For det første peger flere på, at mere personale på afsnittet i sig selv har en tvangsforebyggende effekt. Det skyldes, at det giver mere ro for patienterne, at der er mere tilgængeligt personale. Dermed understøtter de ekstra ressourcer også den tidligere nævnte pointe om det virksomme i at personalet i højere grad kan være tilgængelige i afsnittet sammen med patienterne. Flere afsnit har bl.a. brugt de ekstra ressourcer på at ansætte flere aktivitetsmedarbejdere, så patienterne kan tilbydes flere aktiviteter i dagligdagen, end der tidligere har været mulighed for, hvil- ket også har en forebyggende effekt.

For det andet peger flere interviewpersoner på, at ekstra ressourcer har givet dem mu- lighed for at håndtere akutte situationer på en bedre måde. Oplevelsen er, at det deeska- lerende arbejde lettes af, at 1-2 medarbejdere kan gå fra sammen med en patient, der er på vej til at blive opkørt. Tidligere ville patienten ofte være overladt til sig selv i en op- kørt fase, hvorimod personalet med ekstra hænder bedre kan støtte patienten i denne fase og dermed bedre kan deeskalere situationen, så den ikke ender i en bæltefiksering. Det fremhæves, at det er mere ressourcekrævende at arbejde med at deeskalere en kon- flikt, end det er at lægge patienten i bælte. Det gælder især for de sværeste patienter, som man også skal forsøge at undgå bæltefiksering af.

Flere interviewpersoner påpeger, at man godt kan videreføre en del af det igangsatte arbejde og en del af den nye bæltfri tilgang uden de ekstra ressourcer, men siger sam- tidig direkte, at det ikke er muligt at arbejde som et bæltfrit afsnit med det antal res- sourcer, de havde til rådighed før projektperioden. Dog fremhæves det også, at det ikke kun handler om mængden af ressourcer; det er afgørende at forholde sig til, hvordan man bruger ekstra ressourcer bedst muligt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bælt- fiksering.

## Ledelsesopbakning

Tabel 9 viser, at fire ud af de seks projektafsnit fremhæver ledelsesopbakning som et af de vigtigste elementer i arbejdet for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Det daglige arbejde med pleje af patienterne udføres af medarbejderne på afsnittet. Det er i høj grad disse medarbejderes måde at arbejde med patienterne på, som projektafsnittene har haft fokus på at forandre. Det er disse medarbejdere, der ofte står i optrappede situationer og skal forsøge at håndtere dem uden at lægge patienten i bælte. Flere af nøglepersonerne fremhæver pointen om, at det er afgørende for at få personalet med på den nye arbejdsform, at de oplever, at der er opbakning til og en tro på denne tilgang fra ledelsen. I den sammenhæng nævnes det, at en løbende dialog mellem ledelse og medarbejdergruppen om, hvorfor og hvordan der arbejdes efter denne tilgang, samt om hvor grænsen går til alligevel at bæltefikserer, er vigtig.

I forhold til den lokale ledelse, dvs. bl.a. afdelingssygeplejersker, fremhæves det i interviewmaterialet, at det ikke alene er vigtigt med opbakning til og dialog med medarbejdergruppen. Her er det desuden væsentligt, at de også involverer sig og også selv står i de optrappede situationer og gør sig erfaringer med at arbejde med en anden tilgang end bæltefiksering.

Flere steder har ledelse på forskelligt niveau deltaget i de løbende analyser af bæltefikseringsepisoder og nærvedshændelser sammen med medarbejdergruppen. Dette fremhæves som positivt, fordi ledelsen her tvinges til at tage stilling til og kommunikere, hvad de mener, personalet bør gøre i konkrete optrappede situationer.

## Øget patientinddragelse

To af de seks projektafsnit fremhæver en øget patientinddragelse blandt de elementer med størst betydning i forhold til at lykkes med at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

Som det fremgik af afsnit 6.1 har alle projektafsnit arbejdet specifikt med indsatser, der har patientinddragelse for øje. Mange af projektafsnittene har ansat medarbejdere med brugerbaggrund, som både har deltaget i projektarbejdet omkring, hvordan man kan nedbringe anvendelsen af bæltefiksering og også har været en del af den daglige kontakt med patienterne. Derudover har mange projektafsnit arbejdet med patientinddragelse ved hjælp af forhåndstilkendegivelser, samarbejdsaftaler mv.

Flere har fremhævet, at de har haft gode erfaringer med ansættelsen af medarbejdere med brugerbaggrund. Det har været værdifuldt i planlægningen af arbejdet og i udarbejdelsen af konkrete aktiviteter, hvor patientens perspektiv på nye tiltag er væsentligt.

Flere projektafsnit har arbejdet specifikt med de(t) første døgn efter indlæggelsen, hvor der har været stor fokus på at lave forhåndstilkendegivelser og samarbejdsaftaler. Disse tilgange bevirker, sammen med den generelt mere åbne tilgang til og omgang med patienterne, at patienterne i højere grad bliver inddraget i eget forløb.

En øget patientinddragelse virker således ad to veje. På den ene side bidrager den til i højere grad at tage højde for patientperspektivet i den daglige indretning og udformning af konkrete indsatser, og på den anden side virker patienternes øgede oplevelse af at blive mødt og hørt i forhold til sin egen hverdag og sit forløb i sig selv konfliktnedtrappende.

### 6.3.2 Konkrete forebyggelsesredskaber

I det foregående delafsnit har der været fokus på at kortlægge, hvad der ud fra faglige vurderinger og erfaringer anses for de vigtigste elementer overordnet set i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, samt forklare hvori de virksomme mekanismer i disse elementer består. I dette delafsnit snævres fokus ind til mere specifikt at forholde sig til de konkrete forebyggelsesredskaber, der er arbejdet med og fremhæves af de seks projektafsnit.

Tabel 10 herunder viser en sammenfatning af de konkrete forebyggelsesredskaber, som nøglepersonerne fra de seks deltagende projektafsnit selv fremhæver som de mest virkningsfulde i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Sammenfatningen bygger på svar på et åbent spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen, hvor de deltagende medarbejdere kunne angive de tre mest virksomme konkrete redskaber, fremhævede

konkrete redskaber i forbindelse med de kvalitative interview samt statusrapporten, hvor hvert projekt også har fremhævet de konkrete tiltag og metoder, der opleves som særligt relevante i forhold til målsætningen om at blive et bæltefrit afsnit.

Sammenfatningen i tabel 10 viser tre konkrete redskaber, som tre af de seks projektafsnit fremhæver, seks konkrete redskaber som to af de seks projektafsnit fremhæver og 21 konkrete redskaber, som et af de seks projektafsnit fremhæver. I alt bliver 30 konkrete forebyggelsesredskaber fremhævet som de vigtigste på tværs af de seks projektafsnit. Tabellen tegner således et billede af, at det i forhold til konkrete forebyggelsesredskaber, er meget forskelligt hvad de seks projektafsnit fremhæver som de mest virksomme.

De seks projektafsnit har altså fundet mange forskellige veje til at arbejde for at blive bæltefri, når det kommer til de konkrete forebyggelsesredskaber. Der kan ikke fremhæves enkelte redskaber, som ser ud til at have været særligt virksomme; derimod fremhæver projektafsnittene mange forskellige redskaber. Ud fra den betragtning kan det således konkluderes, at der, i forhold til arbejdet med konkrete forebyggelsesredskaber, er flere forskellige veje til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

**Tabel 10: De vigtigste konkrete forebyggelsesredskaber**

Vigtigste	Brønderslev	Risskov	Aabenraa	Slagelse	Glostrup	Ballerup
<b>Tidlig indsats</b>	X	X	X			
<b>Aktiviteter</b>		X		X	X	
<b>Miljøperson</b>	X	X	X			
<b>Særlig indsats</b>		X	X			
<b>Kompetenceudviklingsplan</b>			X		X	
<b>Patientens team</b>	X			X		
<b>Kognitiv metode</b>				X		X
<b>Safewards</b>	X		X			
<b>Analyse af hændelser</b>	X		X			
<b>Debriefing</b>	X					
<b>Deeskaleringsprincipper</b>	X					
<b>Guidet egenbeslutning</b>	X					
<b>Sikkerhedsbriefing</b>	X					
<b>Triggerskema</b>	X					
<b>Mentaliseringsbaseret tilgang</b>	X					
<b>Brugermedarbejder</b>		X				
<b>Risikovurdering</b>			X			
<b>Rationel behandling</b>		X				
<b>AGP</b>			X			
<b>Systematiske modtage og udskrivelsesprocedurer</b>			X			
<b>Tværasektorielt samarbejde</b>			X			
<b>Fysisk træning</b>				X		
<b>Undervisning i selvskadende adfærd</b>				X		
<b>Terapeutisk behandling</b>					X	
<b>Second opinion</b>					X	
<b>Kriseplaner/samarbejdsaftaler</b>					X	
<b>Akut medicin plan</b>					X	
<b>Sanserum</b>					X	
<b>Differentieret visitering</b>						X
<b>Interventionsteam</b>						X

Karakteren af denne evaluering gør, at det ikke er muligt at måle enkelte tiltags bidrag til den effekt, der er fundet i form af statistisk sikre udviklinger i anvendelsen af bæltefikseringer. Derfor er det ikke muligt på et statistisk grundlag at fremhæve nogle af de konkrete forebyggelsesredskaber frem for andre. Ovenstående bygger i stedet på faglige vurderinger fra medarbejderne på tværs af de seks projektafsnit.

I tabellen er projektafsnit med en statistisk sikker reduktion i anvendelsen af bæltefiksering fremhævet. Det fremgår dog, at flere af de konkrete forebyggelsesværktøjer, der er anvendt her også er anvendt på de projektafsnit, hvor der ikke ses en nedbringelse i anvendelsen af bæltefiksering. Det kan skyldes, at der er forskel på, hvordan konkrete redskaber er blevet anvendt, men også at redskabet indgår i forskellige samlede indsatspakker, og at det virksomme måske nærmere skal findes i de elementer, der er udpeget i det forrige afsnit. Det kunne således tyde på, at organisatoriske tiltag (kulturændring, flere ressourcer, kompetenceudvikling mv.) er mere afgørende, end hvilke konkrete redskaber, man vælger at understøtte tilgangen med.

### 6.3.3 Rammebetingelser og kontekstfaktorer

I forbindelse med både kvalitative interview, spørgeskemaundersøgelse og statusrapport har der også været fokus på rammebetingelser og kontekstfaktorer med betydning for arbejdet med at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Med rammebetingelser menes de givne rammer, som projektafsnittene i projektperioden har skullet arbejde inden for. Med kontekstfaktorer menes faktorer, som ikke er en del af projektarbejdet for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering på de seks deltagende afsnit, men som alligevel har en betydning for projektafsnittenes mulighed for at nå målsætningen. Både rammebetingelser og kontekstfaktorer kan inddeles i faktorer, der er fremmende for indsatsen for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, og faktorer der er hæmmende.

På spørgsmålet om, hvilke faktorer der har været **fremmende** for den samlede indsats for at blive bæltefri i projektperioden peger alle projektafsnit på de ekstra ressourcer og muligheden for at arbejde med en højere personalenormering, samt tilføje andre faggrupper, som det giver. Der peges også på, at det har været fremmende at den samlede indsats har været organiseret som et projekt med en projektleder og en gruppestruktur, der sikrer vedvarende fokus og fora til planlægning og sammenhængende organisering af indsatsen. I forlængelse heraf peges der også på, at det i sig selv er fremmende at tilknytte en administrativ projektleder, der ikke er en del af den daglige drift, fordi risikoen for at projektarbejdet nedprioriteres til fordel for umiddelbart patientrettede opgaver derved mindskes. Derudover nævnes samtidig deltagelse i *Sikker Psykiatri*<sup>28</sup>, bedre central kapacitetsstyring, og et stærkt politisk fokus i regionen som faktorer, der er oplevet som fremmende i forhold til projektets målsætninger.

Blandt de faktorer der fremhæves som **hæmmende** i forhold til arbejdet for at blive bæltefri nævnes blandt andet, at der opleves ændringer i patientmålgruppen, som gør det mere udfordrende at arbejde i en bæltefri retning. Flere giver udtryk for en oplevelse af, at patienterne i målgruppen bliver gradvist dårligere i form af øget misbrug, mere voldsom selvskade, flere med dobbeltdiagnose, samt flere retslige patienter. En ændring af den samlede målgruppes tyngde vil alt andet lige gøre det mere vanskeligt at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. I forlængelse heraf nævnes det også, at man på projektafsnittet kan modtage patienter, som allerede er i bælte ved indlæggelsen, samt at patienter nogle gang ordineres bæltefiksering i forbindelse med somatisk behandling af fx selvskade. Flere nævner også hæmmende faktorer, som har et mere organisatorisk ud-spring såsom skiftende overlæger, ledelseskifte, mangel på specialuddannede læger inden for psykiatrien samt stor personaleomsætning. I forlængelse heraf peges der også på sammenlægninger af afsnit og flytning til andre lokaler som hæmmende faktorer, fordi det giver uro og tager fokus fra projektarbejdet. Det fremhæves også, at det opleves som hæmmende i forhold til arbejdet med målsætningen, at man som deltagende afsnit er alene om denne målsætning i egen organisation, og at der mangler en overordnet fælles strategi for nedbringelse af tvang for hele klinikken. Derudover nævnes det, at der har været ganske omfattende kompetenceudviklingsaktiviteter i starten af projektperio-

---

<sup>28</sup> <http://www.sikkerpsykiatri.dk/>

den for medarbejderne på projektafsnittet. Det presser den daglige drift og kan i sig selv være hæmmende for arbejdet med at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Det påpeges som væsentligt, at deltagelsen på kurser og uddannelse planlægges grundigt for afsnittet, samt at der tages højde herfor via vikardækning. Endelig nævner flere, at en samtidig implementering af Sundhedsplatformen i denne periode har været hæmmende for projektarbejdet.

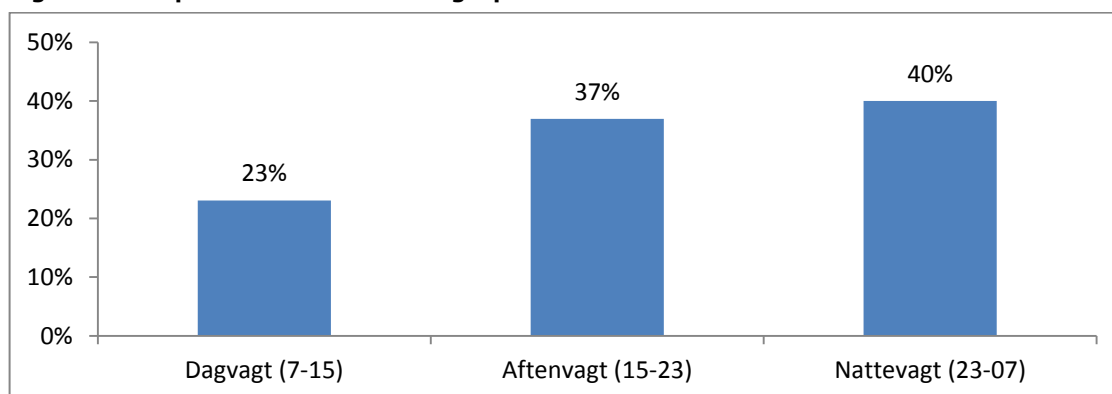
### 6.3.4 Analyse af bæltefikseringsepisoder

Alle seks projektafsnit har som en del af projektarbejdet indført analyser af hver enkelt bæltefikseringsepisode. Grundlaget for analyserne er, at der er foretaget en registrering af nogle centrale oplysninger for hver enkelt bæltefikseringsepisode. Disse oplysninger omfatter bl.a. registrering af tidspunktet for bæltefiksering, antallet af personaler til stede forud for bæltefikseringen, samt hvilke faggrupper, der var repræsenteret ved det tilstedeværende personale.

Projektafsnittene har brugt disse registreringer til i forskellige tværfaglige fora at foretage analyser af episoderne med henblik på fremadrettet læring og på at kunne undgå lignende tilfælde af bæltefikseringer. Som det fremgik af afsnit 6.3.2 er netop disse analyser et af de konkrete forebyggelsesredskaber, der fremhæves som virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering.

Registreringer af de enkelte bæltefikseringsepisoder på de seks projektafsnit er samlet og kan i denne sammenhæng anvendes til at se på, om der optræder mønstre på tværs i forhold til nogle af de oven for nævnte faktorer. Der er i alt tilsendt 92 skemaer med registreringer af bæltefikseringsepisoder.

**Figur 13: Tidspunkt for bæltefikseringsepisode**



Figur 13 herover viser fordelingen af de indsendte registreringer af bæltefikseringsepisoder på henholdsvis dagvagt, aftenvagt og nattevagt. Det fremgår af figuren, at når bæltefikseringsepisoderne opgøres på tværs af de seks projektafsnit, tegner der sig et tydeligt mønster, som viser, at bæltefikseringsepisoder forekommer oftere i både aftenvagt og nattevagt end de gør i dagvagter. Det kan der være flere mulige forklaringer på, såsom forskelle i personalenormering, fordeling af aktivitetstilbud og øvrige forebyggende indsatser mellem de forskellige typer af vagter, patienternes eventuelle variation i sindstemning hen over døgnet eller andet. Registreringer muliggør ikke analyser, der i sig selv kan forklare forskellen. Det kan blot konstateres, at der kan være en fordel i at fokusere på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering specifikt i aften og nattetimerne.

Sammenfatningen af registreringerne viser desuden, at 71% af bæltefikseringsepisoderne er forekommet med fem eller færre personaler til stede forud for episoden, mens 29% er forekommet med seks eller flere personaler til stede forud for episoden. Den umiddelbare fortolkning heraf er, at bæltefikseringsepisoder bedre forebygges med en højere personalenormering, hvilket understøtter fagpersonernes vurdering af, hvor stor betydning ekstra personaleressourcer har for at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, jf. afsnit 6.3.1. En klar fortolkning kræver imidlertid yderligere oplysninger om personalenormering og antal patienter.

### 6.3.5 Patientoplevelser

Patienternes perspektiv på arbejdet for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering er væsentligt. Der er indsamlet oplevelser fra patienterne via de syv gennemførte kvalitative patientinterview og via data fra de Landsdækkende undersøgelser af patient- og pårørendeoplevelser (LUP Psykiatri 2017<sup>29</sup>).

I de **kvalitative interview** med indlagte patienter har der været fokus på at få patienternes oplevelse af indlæggelsen, dagligdagen på afsnittet samt deres perspektiv på, hvordan man bedst undgår tilspidsede situationer. Flere af de interviewede patienter giver udtryk for en oplevelse af, at der er sket en udvikling på afsnittet i forhold til tidligere erfaringer. En af patienterne har en oplevelse af, at situationer oftere end tidligere klares uden bæltefiksering, og en anden udtrykker en oplevelse af, at der er skruet ned for tvang generelt i forhold til tidligere. Derudover udtrykker nogle af patienterne en oplevelse af, at have fået øget medbestemmelse, fx i forhold til at kunne være med til at vælge kontaktperson. En af patienterne bruger betegnelsen kulturændring om den udvikling på det pågældende afsnit, der opleves.

I flere af interviewene lægger patienterne vægt på, at gode relationer til personalet er vigtigt i forhold til at undgå og håndtere tilspidsede situationer. Patienterne vægter højt, at de kan tale med kendt personale, og at der er tid og ro til at tale sammen. I forlængelse heraf nævner en af patienterne, at han/hun gerne vil have indflydelse på, hvem der bliver kontaktperson, og en anden nævner, at man med fordel kan tage hensyn til, hvem der tilkaldes i konfliktsituationer. Disse ting kan ifølge flere af patienterne være afgørende for, om en situation kan nedtrappes, så den ikke ender i en bæltefiksering.

Nogle af de interviewede patienter giver udtryk for en oplevelse af en forholdsvis stor udskiftning i personalet, hvilket ifølge dem gør det sværere at nedtrappe konfliktsituationer. En anden patient giver udtryk for en oplevelse af, at de aftalte intervaller for tilsyn ikke overholdes, hvilket virker optrappende. Derudover gives der udtryk for et ønske om, at konfliktsituationer og magtanvendelse over for andre patienter i højere grad foregår skærmet, så man ikke i samme grad oplever andre blive udsat for tvang.

Besvarelsene fra **LUP Psykiatri 2017** giver mulighed for at lave analyser, der yderligere kaster lys på, hvad der betyder noget for patienterne i forhold deres oplevelse af tvang. Der er gennemført statistiske analyser af sammenhængen mellem forebyggende samtaler og selvoplevet tvang<sup>30</sup>, og sammenhængen mellem selvoplevet tvang og samlet tilfredshed med sygehuskontakt<sup>31</sup>.

Analyserne viser en klar sammenhæng mellem oplevelsen af at være udsat for tvang under indlæggelsen og den samlede tilfredshed med indlæggelsen. Således er de patienter der angiver, at de har været udsat for tvang under indlæggelsen mindre tilfredse med deres indlæggelse, end tilfældet er for patienter, der ikke angiver at have været udsat for tvang. Sammenhængen er statistisk signifikant. Samtidig er der forskel i den samlede tilfredshed med indlæggelsen blandt de patienter, der selv angiver at have været udsat for tvang. De patienter der ikke synes, at tvangen foregik på en ordentlig måde er mindre tilfredse med deres indlæggelse, end de patienter, der synes, at tvangen foregik på en ordentlig måde. Også her er forskellen statistisk signifikant.

I forlængelse af ovenstående viser yderligere analyser en klar sammenhæng mellem forebyggende samtaler og patienternes angivelse af, om de har været udsat for tvang under indlæggelsen. Således er de patienter, der angiver at de i forbindelse med indlæggelsen har talt med personalet om, hvad der kan berolige dem, i mindre grad oplevet at være udsat for tvang, end tilfældet er for de patienter, der ikke har haft denne forebyggende samtale med personalet ved indlæggelsen. Forskellen er statistisk signifikant. Derudover har de patienter, der angiver, at de har talt med personalet om, hvad de kan gøre for at få det bedre, hvis de fx bliver bange, urolige eller har svært ved at sove i mindre grad oplevet at være udsat for tvang under indlæggelsen, end de patienter, der

---

<sup>29</sup> <https://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup/lup-psykiatri>

<sup>30</sup> *Selvoplevet tvang* udgør patientens oplevelse af, at have været udsat for tvang.

<sup>31</sup> De statistiske analyser er foretaget på et samlet datasæt for LUP Psykiatri 2014-2017 på landsplan. Der er gennemført odds ratio analyser af sammenhængen mellem de angivne spørgsmål fra undersøgelsen.

ikke angiver at have talt med personalet om dette. Også denne forskel er statistisk signifikant.

Disse resultater fortæller, at patienternes tilfredshed med den samlede indlæggelse bl.a. afhænger af deres oplevelse af, om de har været udsat for tvang, og om tvangen foregik på en ordentlig måde. Yderligere viser resultaterne, at risikoen for, at patienterne oplever tvang kan reduceres via forebyggende samtaler ved indlæggelsen og løbende under indlæggelsen. Forebyggende samtaler med patienterne kan således være et virkningsfuldt middel til at nedbringe anvendelsen af tvang.

### 6.3.6 Sammenfatning virksomme elementer

I dette afsnit har der været fokus på at fremhæve, hvilke dele af den omfattende samlede indsats for at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, der har været mest virksomme.

De overordnede faglige vurderinger pegede på, at især en ændret kultur i forhold til den faglige tilgang til arbejdet og i tilgangen til patienterne, de ekstra ressourcer der har været til rådighed i projektperioden både til opstart og i drift samt et kompetenceløft af personalet på afsnittene har haft betydning i forhold til at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering i projektperioden.

Kulturændringen omfatter både en ændret tilgang til det faglige arbejde og valg af forebyggende redskaber og en ændret tilgang til patienterne. Mere samvær med og en mere åben og imødekommende tilgang til patienterne fremhæves som deeskalerende i sig selv, fordi patienterne i højere grad føler sig forstået. Derudover giver det bedre relationer mellem personale og patienter, hvilket gør personalet bedre i stand til at forstå den enkelte patient og finde løsninger, der virker deeskalerende.

Det fremhæves, at ekstra ressourcer er afgørende i opstartsfasen med henblik på at frigøre tid til arbejdsgrupperes planlægning og fastholdelse af udvikling. Derudover påpeges det, at ekstra ressourcer i det daglige giver bedre forudsætninger for at håndtere akutte situationer. Det er mere ressourcekrævende at arbejde med at deeskalere en konflikt, end det er at lægge patienten i bælte, især hvad angår de sværeste patienter. Flere interviewpersoner påpeger, at det ikke er muligt at arbejde som et bæltefrit afsnit med den personalenormering, der var før projektperioden.

De seks deltagende projektafsnit har fremhævet i alt 30 forskellige konkrete forebyggelsesredskaber som særligt virksomme. I forhold til arbejdet med konkrete forebyggelsesredskaber til denne målgruppe er der således fundet flere forskellige veje til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering. Det tyder på, at de oven for nævnte organisatoriske tiltag (primært kulturændring, flere ressourcer og kompetenceudvikling) har større betydning i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, end hvilke konkrete forebyggelsesredskaber, man vælger at arbejde med.

En række rammebetingelser og kontekstfaktorer fremhæves som henholdsvis fremmende og hæmmende for arbejdet med at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering på afsnittene. Blandt de fremmende faktorer nævnes især en højere personalenormering, projektorganiseringen af indsatsen, det at ansætte en administrativ projektleder i projektperioden, samtidig deltagelse i *Sikker Psykiatri*, en forbedret central kapacitetsstyring samt et politisk fokus på målsætningen i egen region. Blandt de hæmmende faktorer nævnes især, at målgruppen for nogle afsnit er blevet tungere på en række parametre i perioden, organisatoriske forandringer, såsom skiftende overlæger, ledelsesskifte, høj personaleomsætning, fusion og flytning, en manglende overordnet strategi for nedbringelse af anvendelsen af bæltefikseringer for hele klinikken, presset på dagligdagen fra omfattende kompetenceudviklingsaktiviteter og en samtidig implementering af sundhedsplatformen.

En sammenfatning af de foreliggende registreringer af hver enkelt bæltefikseringsepisode på tværs af de seks projektafsnit viser, at bæltefikseringer forekommer oftest i aften- og nattevagter, samt med fem eller færre medarbejdere på afsnittet.

Patienternes perspektiv på indlæggelsen, og hvad der betyder noget i forhold til at kunne undgå optrappede situationer, der ender i bæltefiksering, peger på, at især gode relationer, det at kunne tale med kendt personale, at der er ro til at tale med personalet og at man kan få indflydelse på, hvem der bliver kontaktperson er medvirkende til at nedtrappe situationer. Derudover viser analyser af data fra LUP Psykiatri, at det at have oplevet

tvang i sin indlæggelse påvirker den samlede tilfredshed med indlæggelsen negativt, samt at forebyggende samtaler ved indlæggelse og løbende mellem personale og patienter reducerer risikoen for, at patienterne oplever tvang i løbet af indlæggelsen.

Formålet med dette sidste afsnit har været at finde frem til de elementer i den samlede indsats på tværs af de seks projektafsnit, der fremhæves som særligt virksomme i forhold til at kunne nedbringe anvendelsen af bæltefiksering, jf. evalueringens andet overordnede formål. Afsnittet, og evalueringen i det hele taget, kan ikke fastslå, hvorfor det lykkes bedre for nogle projektafsnit end andre at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering på trods af, at afsnit 6.1 viste, at alle projektafsnit har implementeret de planlagte indsatser i henhold til deres implementeringsplan. Det vil kræve en effektevaluering med et mere stringent design, hvor øvrige mulige forklarende faktorer, herunder præcis kortlægning af patientmålgruppen og udvikling heri, kan tages i betragtning.



## 7 Bilagsfortegnelse

### Bilag 1: Projektafsnittenes planlagte indsatser og målopnåelse for implementering

Brønderslev	Planlagte aktiviteter	Målopnåelse
<b>1. Ledelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervision og kompetenceudvikling varetages af ledende psykolog i Klinik Psykiatri Nord</li> <li>Udvikling af ledelsesinformation og kvalitetsdokumentation</li> <li>Løbende samarb. ml. ledelse og personale om tilrettelæggelse af indsats via styregruppemøder, projektgruppemøder og personalemøder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> </ul>
<b>2. Anvendelse af data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tvangsdataopgøres i månedsrapporter og drøftes på personalemøder</li> <li>Analyser af bæltefikseringsepisoder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>OK</li> </ul>
<b>3. Kompetenceudvikling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle medarbejdere har gennemført kompetenceudvikling i: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mentaliseringsbaseret miljøterapi</li> <li>Konflikthåndtering og deeskalering</li> <li>Kommunikation og medarbejderkultur</li> </ul> </li> <li>Derudover gennem sidemandsoplæring kompetenceudvikling i: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tidlig opsporing af triggerfaktorer</li> <li>Psykopatologi</li> <li>Dynamisk skærmmning</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> </ul>
<b>4. Forebyggelsesmetoder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sikkerhedsbriefing i hver vagt</li> <li>Risikovurdering af patienter</li> <li>"Første 24 timer"-tjekliste</li> <li>Analyse af episoder v. eksternt tværfagligt team</li> <li>Øget omfang af miljøperson i afsnit</li> <li>Fast ugeplan for aktiviteter</li> <li>Morgenmøder i afsnit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>Delvis</li> <li>Delvis</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> </ul>
<b>5. Patientinddragelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Åben pårørendegruppe for pårørende i akut fase</li> <li>Strategi for mestring samt forhåndstilkendegivelse drøftes ved indlæggelse</li> <li>Eftersamtaler til patienter udsat for tvang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>Delvis</li> <li>Delvis</li> </ul>
<b>6. Debriefing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opkvalificering af tilbud om debriefing ved alvorlige traumatiske hændelser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ok</li> </ul>

Risskov	Planlagte aktiviteter	Målopnåelse
<b>1. Ledelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Drøftelse af projekt på månedlige møder</li> <li>Oprettelse af team med fokus på Særlig Indsats</li> <li>Tværfaglig supervision hver anden uge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> </ul>
<b>2. Anvendelse af data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indsatser monitoreres og resultater hænges op i konferencerum på P4</li> <li>Markering af bæltefikseringer og bæltedage på synlig årskalender og tavle</li> <li>Analyser af bæltefikseringsepisoder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> </ul>
<b>3. Kompetenceudvikling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relevante medarbejdere har gennemført kompetenceudvikling i: <ul style="list-style-type: none"> <li>Deeskalering</li> <li>Nada</li> <li>Safewards</li> <li>Dobbeltdiagnose</li> <li>Kognitiv terapi</li> <li>APG-kursus</li> <li>Sensory Profile kursus</li> <li>Konflikthåndtering</li> </ul> </li> <li>Derudover på ugentlig basis fælles drøftelser: <ul style="list-style-type: none"> <li>Refleksionsforum</li> <li>Fagligt forum</li> <li>Review</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> </ul>
<b>4. Forebyggelsesmetoder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidlig indsats – første 24 timer</li> <li>Særlig Indsats</li> <li>Forhåndstilkendegivelser</li> <li>Behandlingsplan</li> <li>Mestringskema</li> <li>Aktivitetsmedarbejder</li> <li>Aktivitetsplan</li> <li>NADA-behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> <li>OK</li> </ul>



<b>5. Patientinddragelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientrepræsentant i styregruppe</li> <li>• Pårørende repræsentant i styregruppe</li> <li>• Medarbejder med brugerbaggrund</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>6. Debriefing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eftersamtaler efter tvangsepisoder</li> <li>• Debriefing efter hver hændelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>

<b>Glostrup</b>	<b>Planlagte aktiviteter</b>	<b>Målopnåelse</b>
<b>1. Ledelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ugentlige møder i projektgruppen</li> <li>• Arbejdsgrupper</li> <li>• Halvårige møder i styregruppen</li> <li>• Tavlemøder om forbedringskultur</li> <li>• Ansættelse af recovery-mentor og musikterapeut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>2. Anvendelse af data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ugentlige mailopdateringer med status på bæltefikseringer og sygefravær</li> <li>• Tavlemøder ang. kriseplan og behandlingsplaner</li> <li>• Monitorering af indledende sygeplejevurdering</li> <li>• Evaluering af undervisning via sp-skema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• Uvist</li> </ul>
<b>3. Kompetenceudvikling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevante medarbejdere har gennemført kompetenceudvikling i: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kursus i fysisk intervention og deeskalering</li> <li>○ Ugentlig undervisning i DAT</li> <li>○ Uddannelse af nøglepersoner inden for misbrug/dobbeltdiagnoseri</li> <li>○ Kliniks konference</li> <li>○ Fagligt forum</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• Delvist</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>4. Forebyggelsesmetoder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitetsmedarbejder</li> <li>• Åben samtalegruppe</li> <li>• Fysiske rammer – sanserum</li> <li>• Analyse af bæltefikseringsepisoder</li> <li>• Kriseplaner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• Delvist</li> </ul>
<b>5. Patientinddragelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter inddrages ifm behandlingsplaner, kriseplan og udskrivningsaftaler</li> <li>• Patientmøder samt morgen- og aftenmøder med patient</li> <li>• Patientdeltagelse i second opinion</li> <li>• Medarbejder med brugerbaggrund (recovery-mentor)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>6. Debriefing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Second opinion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> </ul>

<b>Ballerup</b>	<b>Planlagte aktiviteter</b>	<b>Målopnåelse</b>
<b>1. Ledelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedsættelse af styregruppe</li> <li>• Nedsættelse af projektgruppe</li> <li>• Fælles månedlig status og opfølgning i mødefora på flere niveauer</li> <li>• Afholdelse af styregruppemøder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>2. Anvendelse af data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Månedlig oversigt over anvendelse af tvang</li> <li>• Oversigter på centerledelsens målstyringstavle</li> <li>• Data anvendes i drøftelser på møder</li> <li>• Analyse af bæltefikseringsepisoder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>3. Kompetenceudvikling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevante medarbejdere har gennemført kompetenceudvikling i: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tværfaglig kognitiv uddannelse</li> <li>○ Efteruddannelse af fysiske aktivitetskonsulenter</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>4. Forebyggelsesmetoder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionsteam</li> <li>• Differentieret visitering</li> <li>• Samarbejdsaftaler</li> <li>• Fysisk aktivitet</li> <li>• Sansintegration og sanserum</li> <li>• Analyse af bæltefikseringsepisoder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>5. Patientinddragelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejdere med brugerbaggrund</li> <li>• Patienter inddrages i udarbejdelse af individuel samarbejdsaftale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> <li>• OK</li> </ul>
<b>6. Debriefing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematisk debriefing efter bæltefikseringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OK</li> </ul>

## Bilag 2: Beskrivelse af procedure for datarens af TIP-data

Data fra Register over Tvang i Psykiatrien er rensat og anvendt med Sundhedsdatastyrelsens anbefalinger for øje<sup>32</sup>. Der er foretaget en række konkrete skridt i proceduren for datarens af data, som anvendes i denne evaluering. Disse skridt fremgår herunder:

Antal observationer	-> 314.471 obs
1) Tvangsforanstaltninger for 2018 frasorteret (D_Start)	
Ekskluderet -> 5900 obs	
Antal observationer	-> 308.571 obs
2) Frasorterer ikke-deltagende afdelinger	
Ekskluderet -> 242.708 obs	
Antal observationer	-> 65.863 obs
Antal missing for 'afsnit': 3923 obs	
3) Frasorterer ikke-inkluderede tvangsforanstaltninger	
Ekskluderet -> 12.826 obs	
Antal observationer	-> 53.037 obs
4) Fjerne dubletter, med dublet for alle original variable	
Ekskluderet -> 5.561 obs	
Antal observationer	-> 47.476 obs
5) Start/slut-dato for tvangsforanstaltning sættes lig med hinanden ved 'beroligende medicin'	
Ændringer -> 12.350 obs	
Antal observationer	-> 47.476 obs
6) Dato og tidspunkt for start/slut for tvangsforanstaltning slås sammen, hvis missing for tidspunkt sættes denne = 00:00:00 (midnat)	
Ændringer -> 4.702 obs	
33 obs havde '00:00:00' inden ændring, total: 4.735 obs	
Antal observationer	-> 47.476 obs
7) Fjerner dubletter for beroligende medicin, hvis varighed=0	
Ekskluderet -> 80 obs	

---

<sup>32</sup> [http://psykiatri.pbworks.com/w/file/fetch/96666354/Registerdeklaration\\_Tvang\\_20i\\_20\\_20Psykiatrien.pdf](http://psykiatri.pbworks.com/w/file/fetch/96666354/Registerdeklaration_Tvang_20i_20_20Psykiatrien.pdf)

Antal observationer -> 47.396 obs

8) Hvis der er forskel på varighed for dubletter  
(variablene: CPR, afd, afsnit, start\_tvang, type af tvang)

Ekskluderet -> 0 obs

Antal observationer -> 47.396 obs

9) Fjerne dubletter med dublet for udvalgte variable  
(CPR, afd, afsnit, start\_tvang, type af tvang)  
(Dubletterne varierer kun på 'v\_vurdering' og 'd\_vurdering'  
(dato og tidspunkt for vurdering af fortsat tvangsforanstaltning)  
og ekskludering af disse fjerner ikke nogen 'episoder'  
af tvangsforanstaltninger)

Ekskluderet -> 16.909 obs

Antal observationer -> 30.487 obs

10) Fjerne 'Fastholden', hvis der er angivet anden  
tvangsform på samme tidspunkt

Ekskluderet -> 318 obs

Antal observationer -> 30.169 obs

11) Fjerne 'remme', hvis disse er samtidig med 'bælte'

Ekskluderet -> 1796 obs

Antal observationer -> 28.373 obs

NB:

Der forekommer følgende i det rensede datasæt:

1) Bælte og remme angivet for samme cpr, samme afdeling, samme afsnit, samme start  
for tvangsforanstaltning -> Dette tæller som 1 tvangsforanstaltning (registreret som  
'bælte')

(obs nr 7 og 8; test\_4)

2) Fastholden 14AUG12;17:45 og beroligende medicin 14AUG12;17:50 for samme cpr,  
samme afdeling, samme afsnit -> Dette tæller som 2 forskellige tvangsforanstaltninger

(obs nr 13 og 14; test\_4)

3) Beroligende medicin 14AUG12;17:50 og beroligende medicin 14AUG12;17:51 for  
samme cpr, samme afdeling, samme afsnit -> Dette tæller som 2 forskellige tvangsfor-  
anstaltninger

(obs nr 14 og 15; test\_4)

(obs nr 20 og 21; test\_4) kl '09:00' og kl '09:48'

4) Beroligende medicin og bæltefiksering for samme tidspunkt, samme cpr, samme afdeling, samme afsnit -> Dette tæller som 2 forskellige tvangsforanstaltninger  
(obs nr 64 og 65; test\_4)

5) Beroligende medicin, bælte, fastholden og remme for samme tidspunkt, samme cpr, samme afdeling, samme afsnit -> Dette tæller som 3 forskellige tvangsforanstaltninger, da fastholden udtages, når andre tvangsforanstaltninger forekommer samtidigt  
(obs nr 69, 70, 71, 72 ; test\_4)

6) Der er ikke tjekket, om der er remme registreret, som ligger efter starttidspunkt for anden tvangsforanstaltning og indenfor afslutningstidspunktet for samme registrering.

7) For SPC analyserne af varighed (beregnet i timer) er varighed = 0, hvis der ikke forekommer bæltefiksering for en given afdeling i et givet kvartal. Der indgår ikke varighed = 0 i beregning af baseline median, dannet ud fra tallene for 2014.

## Bilag 3: Uddybede resultater fra spørgeskemaundersøgelse

**Tabel 11: I hvilken grad har I arbejdet med det enkelte fokusområde med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering?**

Kernestrategi	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
1. Ledelse	58%	37%	0%	0%	5%	0%
2. Anvendelse af data	47%	42%	11%	0%	0%	0%
3. Kompetenceudvikling	63%	32%	5%	0%	0%	0%
4. Forebyggelsesmetoder	68%	32%	0%	0%	0%	0%
5. Patientinddragelse	32%	32%	32%	5%	0%	0%
6. Debriefing	53%	37%	11%	0%	0%	0%

\* Medarbejdere tilknyttet projekt bæltefri på tværs af alle projektafsnit. N = 19

**Tabel 12: I hvilken grad har jeres konkrete arbejde med hvert enkelt fokusområde været virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering?**

Kernestrategi	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
1. Ledelse	46%	39%	8%	0%	7%	0%
2. Anvendelse af data	31%	46%	23%	0%	0%	0%
3. Kompetenceudvikling	62%	39%	0%	0%	0%	0%
4. Forebyggelsesmetoder	69%	23%	8%	0%	0%	0%
5. Patientinddragelse	46%	39%	8%	8%	0%	0%
6. Debriefing	62%	23%	8%	0%	0%	8%

\* Medarbejdere tilknyttet projekt bæltefri på tværs af alle projektafsnit. N = 19

**Tabel 13: I hvilken grad har I arbejdet med det enkelte fokusområde med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering?**

Kernestrategi	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
1. Ledelse	17%	39%	21%	10%	6%	8%
2. Anvendelse af data	21%	42%	20%	12%	4%	2%
3. Kompetenceudvikling	19%	35%	32%	11%	3%	0%
4. Forebyggelsesmetoder	35%	35%	20%	7%	3%	0%
5. Patientinddragelse	17%	32%	31%	17%	2%	1%
6. Debriefing	28%	32%	28%	11%	0%	1%

\*Øvrige medarbejdere på projektafsnit. N = 103

**Tabel 14: I hvilken grad har jeres konkrete arbejde med hvert enkelt fokusområde været virksomt i forhold til at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering?**

Kernestrategi	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
1. Ledelse	17%	40%	14%	11%	11%	8%
2. Anvendelse af data	20%	39%	19%	8%	9%	6%
3. Kompetenceudvikling	23%	42%	17%	5%	12%	2%
4. Forebyggelsesmetoder	34%	37%	14%	9%	5%	2%
5. Patientinddragelse	22%	42%	15%	11%	8%	3%
6. Debriefing	22%	39%	23%	8%	8%	2%

\*Øvrige medarbejdere på projektafsnit. N = 103

