

Midtvejseevaluering af forsøg med bæltefri afdelinger



DEFACTUM og COWI
på vegne af Sundhedsstyrelsen

Midtvejsevaluering af forsøg med bæltefrie afdelinger i psykiatrien

Sundhedsstyrelsen og ©DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2016

Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent
Pernille Bjørnholt Nielsen, faglig leder
Dorte Brandt Svendstrup, konsulent
Gry Trust Mertz, brugerkonsulent

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM
Olof Palmes Alle 15
8200 Aarhus N

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk under udgivelser

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	1
1 MIDTVEJSEVALUERINGENS FORMÅL, DESIGN OG METODER	4
LÆSEVEJLEDNING	5
2 PROJEKTHISTORIK OG ORGANISERING	5
2.1 Satspuljeprojektets overordnede organisering	6
2.2 Karakteristik af projektafsnit og organisationsændringer	6
2.3 Ændringer i projektkontekst på overordnet niveau	8
3 STATUS PÅ RESULTATMÅL	10
3.1 Statusoverblik	10
3.2 Anvendt tvang	11
3.2.1 Analysetilgang	11
3.2.2 Bæltefikseringer på projektafsnittene (inklusive følgeafsnit)	12
3.2.3 Status på antal bæltefrie dage og antal dage siden sidste bæltefiksering	14
3.2.4 Udviklingen i øvrige tvangsformer	15
3.2.5 Udvikling i anvendt tvang på overordnet projektafdeling	16
3.3 Medicinforbrug	17
3.4 Patienternes oplevelser	19
3.4.1 Telefoninterview med patienter	19
3.4.2 Datagrundlag for LUP-data	20
3.4.3 Patientoplevet kvalitet af det samlede forløb	21
3.4.4 Patientoplevet tvang	21
3.4.5 Patientoplevet forebyggelse af tvang	22
4 STATUS PÅ DE LOKALE PROJEKTERS INDSATSER	23
4.1 Organisatoriske personalerettede tiltag	24
4.2 Ledelse	25
4.3 Anvendelse af data	27
4.4 Kompetenceudvikling	28
4.5 Patientrettede tiltag, ny klinisk praksis	29
4.6 Forebyggelsesmetoder	31
4.7 Patientinddragelse	32
4.8 Debriefing af patienter	33
5 AKTUELLE UDFORDRINGER	35
5.1 Hvem er målgruppen for indsatsen?	35
5.2 Den tidlige indsats. De første 24 timer – og før indlæggelse	36
5.3 Risiko og sikkerhed: Patienter og situationer, som personalet vurderer som farlige	37
5.4 De fysiske rammer – mulighed for at patienterne kan trække sig, motionere, få frisk luft mv.	37
5.5 Personalets tilgængelighed, antal og kompetencer	38
5.6 Hensynet til medpatienterne	39
5.7 Kulturen og udviklingen af nye kompetencer	39
5.8 Dokumentation af indsatserne	40
6 KONKLUSION OG ANBEFALINGER	41
6.1 Er formålet med satspuljeprojektet – foreløbigt – opfyldt?	41
6.2 Hvad er de foreløbige erfaringer i forhold til implementering af indsatser?	42
6.3 Justering af indsatsteoriene - anbefalinger	43
7 LITTERATUR	45

Resumé

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, N-6 i Brønderslev, 809 og 811 på Psykiatrisk Center Glostrup, P-4 på Aarhus Universitetshospital i Risskov, SL-3 og SL-5 på Psykiatrisk Sygehus i Slagelse og 61/63 på Psykiatrisk Afdeling i Aabenraa. Det nationale projekt består således af seks regionale projekter.

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. Denne midtvejsevaluering har til formål at afdække, hvad status er i forhold til at blive bæltefri, om andre former for tvang er steget, hvad status er på implementering af de definerede indsatser, og om der er belæg for at justere de lokale indsats teorier for at nå målet i 2017.

Alle projektafsnit har haft bæltefrie perioder. I 2016 fra januar til april har der været følgende antal bæltefikseringer: Ballerup 8, Brønderslev 53, Glostrup 3, Risskov 7, Slagelse 3 og Aabenraa 1. Således er nogle projektafsnit tæt på at nå målet om at blive bæltefrie.

Der er sket et skift i antal bæltefikseringer på tre projektafsnit. I Glostrup og Slagelse er det et skift i retning af færre bæltefikseringer. I Brønderslev er det et skift i retning af flere bæltefikseringer. På tværs af projektafsnit ses der ved denne midtvejsevaluering ingen signifikant udvikling i samlet varighed og gennemsnitlig varighed af bæltefikseringer. Antallet af bæltefrie dage per måned er steget for Slagelse (positiv udvikling) og faldet for Brønderslev (negativ udvikling).

Resultaterne skal læses med forbehold for, at bæltefikseringerne ikke blot er flyttet til andre afdelinger. I slutevalueringen bør der tages højde for inklusion af alle relevante følgeafsnit i forhold til organisationsændringer omkring psykiatriske akutmodtagelser.

Der er ingen udvikling i antal tvangsepisoder med beroligende medicin, remme, fastholden eller tvangstilbageholdelse, og der er heller ikke en udvikling i antal tvangsindlæggelser. Ligeledes er der ikke en signifikant ændring i mængden af akut beroligende medicin, som er leveret på afsnittene.

På nogle afsnit ligger en eller flere patienter bæltefikseret i mange dage hver måned. Projektafsnittene har identificeret en række patienter og situationer, som er vanskelige at håndtere uden brug af bæltefiksering. Det drejer sig typisk om patienter, som tvangsindlægges med politiets hjælp ud fra et farlighedskriterium og som er så psykotiske ved ankomsten, at personalet ikke kan etablere en kontakt og god relation. Nogle af de interviewede fagpersoner og patienter oplyser, at de i visse konkrete situationer opfatter bæltefiksering som den bedste løsning på en opkørt situation, dvs. at de ikke kan se et bedre alternativ.

Alle projektafsnit har iværksat og er i gang med implementering af indsatser, inden for alle seks fokusområder for indsats teorien. Det varierer lidt inden for hvilke fokusområder, der på evalueringstidspunktet kan findes dokumentation for, at indsatser er implementeret.

Der er tre **personalerettede fokusområder**. For fokusområdet **ledelse** er der på alle afsnit defineret mål, rekrutteret nyt personale, og der bliver regelmæssigt afholdt møder, hvor bæltefiksering drøftes. Der har været perioder med vakante stillinger i både Ballerup, Brønderslev, Risskov, Slagelse og Aabenraa. Hvad angår patient- og pårørendeinddragelse, er der på tværs af de seks afsnit mangler eller først relativt for nyligt blevet igangsat tiltag. Aabenraa har igangsat ny praksis vedrørende tværsektorielt samarbejde. Ballerup, Glostrup og Risskov har planlagt ny praksis vedrørende tværsektorielt samarbejde, men ikke gennemført det på evalueringstidspunktet.

For fokusområdet **anvendelse af data** gælder, at det sker på alle afsnit via registrering og analyse af bæltefikseringsepisoder og ved, at tvangstal drøftes med personalet. Aabenraa og Glostrup gennemfører analyser af nærved-hændelser. Alle afsnit registrerer voldsepisoder.

Ballerup, Glostrup og Aabenraa har gennemført **kompetenceudvikling** som planlagt, mens nogle af de planlagte kompetenceudviklingstiltag i Brønderslev, Risskov og Slagelse er blevet forsinket eller ændret.

Der er tre **patientrettede fokusområder**. Vedrørende **forebyggelsesmetoder** gælder det, at alle projektafsnit bruger samtaler som en metode til at forebygge konflikter, vold og bæltefiksering. Evalueringen indeholder ikke kvantitative opgørelser af, om alle patienter deltager i indlæggelsessamtaler, men data fra LUP Psykiatri viser, at det ikke er alle patienter på projektafsnittene som svarer, at de har deltaget i en samtale med personalet om, hvad der kan virke beroligende.

Alle projektafsnit risikovurderer patienterne og gennemfører intensiv individuel personaletstøtte til akut dårlige patienter. Især er der fokus på den tidlige indsats og den særlige indsats, der ydes til patienter med kendt risiko for at blive bæltefikseret. Der udarbejdes en medicinplan for alle indlagte patienter som en del af behandlingsplanen. Alle afsnit anvender beroligende medicin, og i Aabenraa og Ballerup er man begyndt at udarbejde planer for, hvad den enkelte indlagte patient skal have af akut beroligende medicin, hvis behovet opstår. I Slagelse er der udarbejdet guidelines. Derudover er der etableret miljøterapeutiske forebyggelsesmetoder på alle afsnit samt sanserum i Ballerup, Brønderslev, Glostrup og Aabenraa. I Slagelse er der etableret et stillerum, dog uden for afsnittet, hvorfor anvendeligheden over for opkørte udadreagerende patienter er begrænset. Alle deltagende afsnit har relevante tilbud til voldelige og selvskadende patienter. Men de individuelt målrettede tilbud er stadig under udvikling og afprøvning.

For fokusområdet **patientinddragelse** gælder, at Aabenraa har implementeret det nye lovkrav om forhåndstilkendegivelse fra patienten i form af spørgsmål ved indlæggelsessamtalen. Det fremgår ikke klart af casestudierne, i hvor høj grad de andre deltagende afsnit har gjort dette. Aabenraa og Ballerup er i gang med at implementere SafeWard. Slagelse har planer om at implementere SafeWard, men er endnu ikke gået i gang.

Patientmøder er især implementeret i Ballerup, Brønderslev og Slagelse. I Risskov og Ballerup har de erfaring med ansættelse af en medarbejder med brugererfaring.

For det sidste fokusområde **debriefing**, som omhandler systematisk anvendelse af redskaber hertil, kan det på nuværende tidspunkt ikke dokumenteres, at der er indført ny praksis på de deltagende afsnit. Det kan heller ikke dokumenteres, at Huckshorns anbefaling af Trauma-informed care anvendes systematisk på projektafsnittene.

Midtvejsevalueringen kan samtidig konkludere, at der er en række udfordringer i tilknytning til gennemførelse af indsatserne. Udfordringerne omhandler definition af målgruppen, tidlig indsats (de første 24 timer og før indlæggelse), risiko og sikkerhed, de fysiske rammer (herunder muligheden for motion, frisk luft og at kunne trække sig), personalets tilgængelighed og kompetencer, hensyn til medpatienter, samt kulturen på afdelingen. Derudover er der en datamæssig udfordring i forhold til dokumentation af indsatserne.

Evaluator anbefaler, at justere de lokale indsatsteorier således, at de afspejler de tiltag, der rent faktisk er igangsat. Hermed skal der i det enkelte projekt tages stilling til, om et tiltag skal indgå i indsatsteorien og dermed implementeres eller alternativt fjernes fra indsatsteorien.

Det er en generel anbefaling, at målgruppen afspejler de patienter, der indlægges på de respektive afsnit, og at der er et særligt fokus på de patienter, der er i risikogruppen for at blive bæltefikseret. Samtidig er det anbefalingen, at indsatsteoriene medtager tiltag, indsatser og metoder, der kan bidrage til at styrke en tidligere indsats over for patienter med særlig risiko for bæltefiksering.

For Ballerup er det SafeWards, individuelle aktivitetstilbud og mere personale i fællesarealet på to afsnit tiltag, der især mangler implementering. I Brønderslev er alle tiltag i projektbeskrivelsen igangsat, dog er der i midtvejsevalueringen ikke dokumentation for håndtering af misbrugsproblematikker. I Glostrup er det medicinguidelines, kognitiv miljøterapi og Speakers Corner, som især mangler at blive implementeret. For Risskov er det især kompetenceudviklingstiltag og akut medicineringsplan, der ikke er blevet iværksat som planlagt. I Slagelse er det især implementering af guideline for akut medicineringsplan, analyser af bæltefikseringsepisoder, anvendelse af kognitive metoder, patientinddragelse, individuelle aktivitetstilbud, anvendelse af stillerum og SafeWards, der mangler at blive implementeret. I Aabenraa er det stafetmetoden, udskrivelsesaftaler/koordinerende individuelle indsatsplaner, samt fem af SafeWards-interventionerne, der mangler implementering.

1 Midtvejseevalueringens formål, design og metoder

Satspuljeprojektet Forsøg med bæltefri afdelinger afvikles i perioden oktober 2014 - december 2017. Projektet ledes af Sundhedsstyrelsen og evalueres af et konsortium bestående af DEFACTUM og COWI.

De seks projekter på henholdsvis Psykiatrisk Center Ballerup, 809 og 811 intensive døgnafsnit (Glostrup), Intensivt Sengeafsnit N6 (Brønderslev), Sengeafsnit P4 (Risskov), Voksenpsykiatrisk afsnit SL3, inklusiv følgeafsnit SL5 (Slagelse) og Sengeafsnit 61/63 (Aabenraa) har i alt fået tilsagn om 70 mio. kr. i forbindelse med projektdeltagelsen. I Ballerup deltager hele centret i projektet. Formålet med midtvejsevalueringen er at give en status på:

- om formålet med satspuljeprojektet om at blive bæltefri - foreløbigt - er opfyldt, herunder om det er realistisk/sandsynligt, at de deltagende afsnit er bæltefrie ved udgangen af 2017
- hvilke erfaringer der - indtil nu - er gjort i projektet i forhold til implementering af indsatser, herunder udfordringer i forhold til at nå målet
- om det er relevant at justere de indsatsteorier, som er grundlaget for slutevalueringen.

Evaluator har i samarbejde med repræsentanter for de seks regionale projekter udarbejdet seks lokale indsatsteorier. På baggrund af disse lokale indsatsteorier er der i det reviderede evalueringsdesign (januar 2016) opstillet en national indsatsteori, der skitserer antagelserne om sammenhængen mellem planlagte indsatser (forandringstiltag) og de opstillede mål (forventede effekter). Den nationale indsatsteori er teoretisk funderet i Kevin Ann Huckshorns forskning i, hvad der bidrager til reduktion af fysisk tvangsanvendelse¹, se tabel 1.1 nedenfor.

Tabel 1.1: National indsatsteori

MÅLGRUPPER	DE SEKS FOKUSOMRÅDER	EKSEMPLER PÅ LOKALE INDSATSONRÅDER	ANTAGELSER OM VIRKNINGSMEKANISMER	KORTSIGTEDE RESULTATER	LANGTSIGTEDE RESULTATER
Personalet Plejepersonale Læger Fysioterapeuter Andre	Ledelse Etablering af organisatoriske forhold og visioner	Mål og plan for at afskaffe bæltefiksering Drøfte tvang på møder Teamorganisering af tidlig og særlig indsats	Ledelsemæssig opmærksomhed giver organisationen og det kliniske personale fokus på at undgå bæltefiksering	Personalet afprøver nye metoder med henblik på at implementere ny praksis Personalet oplever metoderne som relevante	En kultur der understøtter et godt arbejds- og behandlingsmiljø uden vold og bæltefiksering og med Lavt/lavere sygefravær Få/færre arbejdsskader
	Anvendelse af data Brug registreringspraksis som ledelsesredskab	Tvangstal drøftes Analyse af bæltefikserings-episoder Identificere patienter med særlig risiko	Analyser af data bidrager til at personalet lærer af de konkrete episoder Relevant efteruddannelse giver personalet mulighed for at afprøve ny praksis Personalet træner nye handlemuligheder		
	Kompetenceudvikling Optimering af personalets faglige kompetencer	Efteruddannelse Vejledning Træning af metoder			
Patienter Potentielt farlige Voldelige Selvskadende	Forebyggelsesmetoder Brug af varierende og målrettede forebyggende redskaber	Tidlig og særlig individuel indsats Medicinplan og Miljøterapi Samtaler og Aktivitetstilbud	Personalets nye praksis hjælper patienterne med at mestre uro, angst og vrede Deeskalering af konflikter Hvis patienten involveres mere, indgår patienten lettere i en positiv relation med personalet Tvangsepisoders potentielt traumatiserende virkning kan modvirkes ved at følge op på episoden	Færre konflikter, opkørte situationer og voldsepisoder Færre bæltefikseringsepisoder Patienter føler sig mødt, anerkendt og godt behandlet	Et godt og sikkert behandlingsmiljø, hvor patienter får hjælp uden at blive bæltefikseret Få/ ngen patienter bæltefikseres Færre andre tvangsepisoder Høj patienttilfredshed Recovery
	Patientinddragelse Synlig øget inddragelse	Forhåndstilkendegivelse Samarbejdsaftaler SafeWard			
	Debriefing Systematisk anvendelse af debriefing redskaber	Eftersamtaler			

¹ 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.

Metodisk er tilgangen i indeværende **midtvejsevaluering** primært formativ og procesorienteret med fokus på, hvor langt de deltagende afsnit er med at iværksætte nye organisatoriske tiltag, samt afprøve og implementere ny patientrettet praksis, der lokalt vurderes at kunne afskaffe bæltefiksering. Midtvejsevalueringen har karakter af en statusopgørelse.

Slutevalueringen vil derimod være en summativ evaluering med fokus på resultater og effekter. Evalueringen er tilrettelagt som en virkningsevaluering, der efterprøver indsats-teorier og derved undersøger, dokumenterer og formidler forskellige indsatsers og meto- ders bidrag til at afskaffe bæltefiksering i de konkrete kontekster.

Selv om projektafsnittenes indsatser overordnet skal være i overensstemmelse med den nationale indsatsteori og projektbeskrivelsen, arbejder hvert projektafsnit ud fra deres egen lokale udmøntning heraf, jævnfør lokale indsatsteorier og projektbeskrivelser. Derfor er casestudier på hvert projektafsnit en vigtig del af evalueringsdesignet. De seks casestu- dier er vedlagt midtvejsevalueringen som bilag.

I forbindelse med midtvejsevalueringen indeholder casestudierne analyse af projektan- søgning, lokal indsatsteori og statusrapport 2015. Derudover bygger casestudierne på båd- e registerdata og kvalitative interviews. Hvert casestudie er drøftet med det pågældende projektafsnit ved en lokal workshop i maj 2016 og efterfølgende tilrettet af evaluator. De endelige casestudier er kvalitetssikret af de lokale projektledere.

Læsevejledning

Indeværende midtvejsevaluering er opbygget således, at afsnit 2 indledningsvist beskriver satspuljeprojektets overordnede organisering, projektafsnittenes organisation samt æn- dringer i projektkontekst. Dernæst bliver der præsenteret en status på anvendt tvang, me- dicinforbrug og patientoplevelser, der ved midtvejsevalueringen er mulig at opgøre på baggrund af henholdsvis Register over Tvang i Psykiatrien (TIP), hospitalsapotekernes database (Biweb) og LUP Psykiatri (afsnit 3). Datakvaliteten er varierende og antallet af registreringer ligeledes, hvorfor flere opgørelser er udarbejdet samlet på tværs af projektafsnit/-afdelinger. Resultaterne er opgjort på projektniveau, hvor det har været muligt på meningsfuld vis. Afsnit 4 beskriver status på de lokale projekters indsatser, og herefter beskrives i afsnit 5 projekternes aktuelle udfordringer. Afsnit 6 udgør konklusion og anbe- falinge i forhold til justering af indsatsteorierne.

2 Projekthistorik og organisering

Regeringens Psykiatriudvalg anbefalede i 2013 at gennemføre forsøg med tvangsfri eller bæltefri afdelinger. Det forslag kom året efter med i regeringens psykiatrihandleplan. I 2014 indgik et flertal blandt Folketingets partier en satspuljeaftale om psykiatrien, hvor forsøg med tvangsfri eller bæltefri afdelinger indgik, som et ud af flere projekter, med det formål at videreudvikle psykiatrien ud fra psykiatriudvalgets anbefalinger. Projektafsnitte- ne fik tildelt projektmidler i oktober 2014.

Satspuljeprojektet Forsøg med bæltefri afdelinger administreres af Sundhedsstyrelsen, og de seks overordnede fokusområder i satspuljeopslaget er:

- understøttende organisatoriske forhold og tydelig ledelse
- brug af registreringspraksis som styringsredskab

- høj kvalitet i den faglige indsats
- brug af varierende og målrettede forebyggende redskaber
- øget patientinddragelse og synlighed herom
- systematisk anvendelse af debriefingredskaber.

Det fremgår endvidere af satspuljeopslaget, at projektafsnittene skal etablere behandlingsmiljøer, der forebygger brugen af bæltefiksering, uden at det fører til øget anvendelse af beroligende medicin eller andre former for tvang. Der skal afprøves metoder, som giver de psykiatriske afdelinger brugbare erfaringer med vedvarende afskaffelse af fysisk tvang. Udgangspunktet er, at der skal arbejdes med de seks ovenstående indsatsområder, svarende til Kevin Ann Huckshorns seks kernestrategier.

2.1 Satspuljeprojektets overordnede organisering

Sundhedsstyrelsen har projektledelsen og har udmøntet den politiske satspuljeaftale i en projektbeskrivelse og et satspuljeopslag. Sundhedsstyrelsens projektleder har primært kontakt til projekterne via mail og deltager sammen med den nationale evaluator i halvårlige netværksmøder med repræsentanter for de lokale forsøg. Evaluator (COWI og DEFAC-TUM) mødes med Sundhedsstyrelsen efter behov.

Satspuljeprojektet indgår samtidig som en del af den partnerskabsaftale, den enkelte region har indgået med Sundheds- og Ældreministeriet om at halvere anvendelsen af bæltefikseringer inden 2020. Sideløbende med projektdeltagelsen drøftes regionernes arbejde med at nå målet i den nedsatte nationale task force, hvor Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og regionerne er repræsenteret.

Lokalt er der etableret en projektorganisation omkring hvert af de seks projektafsnit. Yderligere information herom findes i casestudierne, som er bilag til denne midtvejsevaluering.

2.2 Karakteristik af projektafsnit og organisationsændringer

Projektafsnittenes arbejde med implementering af de lokale indsats teorier påvirkes løbende af andre initiativer og organisatoriske ændringer. I det følgende beskrives de væsentligste på henholdsvis projektniveau og overordnet niveau, som evaluator er gjort bekendt med.

Projektafsnittene 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.

Døgnafsnit 1, 2 og 6, Psykiatrisk Center Ballerup 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. Centret har i 2014 haft 85 bæltefikseringer².

Intensivt Sengeafsnit N6, Brønderslev Psykiatriske Sygehus, Klinik Psykiatri Nord 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. N6 har haft 51 bæltefikseringer i 2014³.

809 og 811 intensive døgnafsnit, Psykiatrisk Center Glostrup. 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 Glostrup⁴. 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. Afsnit 809 havde i 2014 56 bæltefikseringer, imens afsnit 811 havde 25⁵.

Sengeafsnit P4, Afdeling for Psykoser, AUH Risskov er et skærmet sengeafsnit med 17 sengepladser. De fysiske rammer er af ældre dato, og der er ikke fælles akutmodtagelse med somatisk hospital. Organisatorisk er Afdeling M, AUH Risskov blevet nedlagt. Afdeling M varetog blandt andet psykiatrisk akutmodtagelse i Aarhus, og disse patienter skal fremover indlægges på en af de andre to almenpsykiatriske afdelinger i Risskov: P og Q. Afdeling P og afsnit P4 har i den sammenhæng fået nye patientgrupper. Patienter fra Silkeborg indlægges fremover i Viborg i stedet for i Risskov. Afsnittet har deltaget i gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015. I 2014 har P4 haft 83 bæltefikseringer⁶.

Voksenpsykiatrisk afsnit SL3 og SL5 – Slagelse, Psykiatrien Vest. 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 nedlagt 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

² Udtræk fra TIP bearbejdet af DEFACTUM

³ Bilag til Statusrapport 2015 for Intensivt sengeafsnit N6

⁴ Statusrapport 2015 for Psykiatrisk Center Glostrup

⁵ Udtræk fra TIP bearbejdet af DEFACTUM

⁶ Udtræk fra TIP bearbejdet af DEFACTUM

er ansat på SL3⁷. V1 deltog i gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015 og havde i 2014 229 bæltefikseringer. V4 havde i 2014 2 bæltefikseringer⁸.

Sengeafsnit 61/63, Psykiatrisk Afdeling Aabenraa 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 2015⁹. Regionen har desuden besluttet at opnormere de psykiatriske døgnafsnit. Afsnittet vurderer ikke, at der har været væsentlige ændringer i sammensætningen af patienter siden projektbeskrivelsen blev indsendt. Der pågår et arbejde med at få samlet personalegruppen og kompetenceudvikle, så alle har de fornødne kompetencer til at arbejde med forebyggelsen af tvang¹⁰. Der er fælles akutmodtagelse med Sygehus Sønderjylland (somatik). P2 har i 2014 haft 20 bæltefikseringer¹¹. P2/Sengeafsnit 61/63 har ikke deltaget i gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015.

2.3 Ændringer i projektkontekst på overordnet niveau

I relation til andre initiativer, som på overordnet niveau løbende påvirker projektafsnitte- nes arbejde med implementering af de lokale indsats teorier, kan nævnes følgende:

- På landsplan er der i løbet af projektperioden indgået partnerskabsaftaler mellem Sundheds- og Ældreministeriet og den enkelte regions psykiatrilæelse. Partnerskabsaftalerne indeholder en række regionale initiativer med henblik på nedbringelse af tvang, herunder en række kompetenceudviklingstiltag. Der pågår endvidere en national monitorering af anvendt tvang, som første gang blev offentliggjort i maj 2015.
- Projektet Sikker Psykiatri lancerede i efteråret 2015 sin tvangspakke med seks konkrete interventioner, der skal nedbringe antallet af bæltefikseringer og andelen af bæltefikserede patienter. Målet for pakken for tvang er at reducere antallet af bæltefikseringer med 50 procent. N6 i Brønderslev deltager i Sikker Psykiatri- projektet. (<http://www.sikkerpsykiatri.dk/indsatsomraader/tvang/>).
- Det britiske koncept SafeWards blev i marts 2015 lanceret på en stor konference i Nyborg og er i sommeren 2015 blevet oversat til dansk af fagfolk fra psykiatrien i Region Syddanmark, Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Midtjylland (<http://www.safewards.net/da/tak>). De 10 interventioner er i gang med at blive implementeret på mange danske psykiatriske afdelinger, herunder i hele Region Syddanmark (<http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm469681>).
- Der har været flere alvorlige arbejdsulykker på bosteder, hvor beboere har overfal- det personale. Det har ført til en offentlig debat om voldsrisiko og sikkerhed for personalet, samt om muligheden for anvendelse af tvang uden for behandlingspsy- kiatrien. Danske Regioner har blandt andet foreslået en ny institutionstype.
- Slutteligt har regionerne i budgetlægningen skullet finde besparelser i psykiatrien.

⁷ Statusrapport 2015 for Voksenpsykiatrisk afsnit SL3

⁸ Bilag til Statusrapport 2015 for Voksenpsykiatrisk afsnit SL3

⁹ Statusrapport 2015 for Sengeafsnit 61/63

¹⁰ Statusrapport 2015 for sengeafsnit 61/63

¹¹ Bilag til Statusrapport 2015 for Sengeafsnit 61/63

Lokalt er der også sket ændringer, som har betydning for konteksten og dermed indsatsstrukturerne. Tabel 2.1 sammenfatter de vigtigste ændringer og begivenheder.

Tabel 2.1: Vigtige ændringer i den lokale kontekst for forsøget med bæltefri afdelinger

Ballerup	Brønderslev	Glostrup	Risskov	Slagelse	Aabenraa
Midlertidig nedlæggelse af et sengeafsnit	Ny afdelingsleder Ny overlæge	Projektleder rejst	Ny afdelingsleder og projektleder	Ny projekt-kordinator	Flytning til nyt sygehus i anden by
Nye afdelingsledere for to af tre afsnit	Nedlæggelse af psykiatriske sengepladser på andre afsnit	Nedlæggelse af PAM i Hvidovre Fusion med PC Glostrup	Ny overlæge	Ny overlæge Flytning til nyt sygehus i ny by	Fysisk samling af afsnit på en matrikel
Nye lokaler		Nye lokaler		Fysisk samling af afsnit på en matrikel Omorganisering	Opnormering på alle psykiatriske sengeafsnit i Region Syddanmark

Kontekstændringerne beskrives i denne midtvejsevaluering, idet den udvikling, projektafsnittene gennemgår via projektindsatserne, løbende vil blive præget af den øvrige udvikling på området. Det ligger dog uden for rammen af indeværende evaluering at undersøge, hvordan de nævnte ændringer i projektets kontekst konkret berører vilkårene for projektafsnittene.

3 Status på resultatmål

I dette afsnit præsenteres de kvantitative data, der ved midtvejsevalueringen er mulige at opgøre på baggrund af henholdsvis Register over Tvang i Psykiatrien (TIP), hospitalsapotekernes database (Biweb) og LUP Psykiatri. Datakvaliteten er varierende, hvorfor flere opgørelser er udarbejdet samlet på tværs af projektafsnit/-afdelinger. Hvor det har været muligt, er data opgjort på projektniveau.

De enkelte projektafsnit har forskellige tidsplaner for, hvornår målet om bæltefrit afsnit forventes nået, hvilket er uddybet i de enkelte casestudier. Det er endnu for tidligt at konkludere på effekt af indsatser, men indeværende afsnit giver et indblik i status på resultatmål.

Med henblik på at give et overblik præsenteres status på resultatmål indledningsvist i tabelform. Dernæst uddybes status for anvendt tvang, beroligende medicin leveret til afsnittene og patientoplevelset kvalitet.

3.1 Statusoverblik

Nedenfor vises et statusoverblik for satspuljeprojektets overordnede resultatmål for anvendt tvang, medicinforbrug og patientoplevelser. Til venstre ses resultatmål, opstillet i evalueringsdesignet, og i højre side ses en statusopgørelse. Disse uddybes i afsnit 3.2 – 3.4.

Tabel 3.1: Statusoverblik

Resultatmål	Statusopgørelse
1.a Projektafsnittene er bæltefrie	Projektafsnittene har alle haft bæltefrie perioder. I perioden fra januar til april 2016 har der dog været følgende antal bæltefikseringer på projektafsnittene ¹² : <ul style="list-style-type: none">• PC Ballerup: 8• Afsnit 809 og 811, Glostrup: 3• Brønderslev: 53 (TIP-data kan ikke opgøres på afsnitsniveau for Brønderslev, se bilag 1)• P4, Risskov: 7• SL3 og SL5, Slagelse: 3• Afsnit 61 og 63, Aabenraa: 1
1.b Anvendelsen af tvang er nedbragt	Udvikling på projektafsnit: <ul style="list-style-type: none">• Antal bæltefikserede patienter er faldet på tværs af projektafsnit.• På tværs af projektafsnit ses ingen signifikant udvikling i samlet varighed og gennemsnitlig varighed af bæltefikseringer.• Der er sket et skift i antal bæltefikseringer på tre projektafsnit. I Glostrup og Slagelse er det et skift i retning af færre bæltefikseringer. I Brønderslev er det et skift i retning af flere bæltefikseringer.• Der er sket et skift i antal bæltefrie dage per måned for to projektafsnit, henholdsvis Slagelse (positiv udvikling) og Brønderslev (negativ udvikling). Udvikling på overordnet afdeling inklusiv ikke-deltagende afsnit: <ul style="list-style-type: none">• Der er sket et skift i antal bæltefikserede patienter på tre afdelinger. For både Ballerup, Glostrup og Risskov er det et skift i retning af færre bæltefikserede patienter.• På tværs af de overordnede afdelinger er der sket et skift i retning af færre bæltefikserede patienter og færre bæltefikseringer.• Der ses ingen signifikant udvikling i antal tvangsepisoder med beroligende medicin, remme, fastholden og tvangstilbageholdelse.• Der ses ingen signifikant udvikling i antal tvangsendlæggelser.

¹² Udtræk fra TIP bearbejdet af DEFACTUM. For sengeafsnit N6 er tallet dog hentet fra afsnittets "Månedssrapport for maj måned 2016 – Projekt Sikker Psykiatri"

1.c Brug af akut beroligende medicin må ikke stige	<ul style="list-style-type: none"> På tværs af projektafsnittene ses der ingen signifikant udvikling i mængden af akut beroligende medicin, som er leveret til afsnittene. Der er målt samlet på alle antipsykotika og benzodiazepiner (DDD).
1.d Patientoplevelser skal forbedres	<ul style="list-style-type: none"> Der ses ingen signifikant effekt af projektets indsatser på den patientoplevede kvalitet. Dette i forhold til patienters oplevelse af forebyggende tiltag og oplevet tvang. Måleperioden er 2013-2015. Det vil sige, at der er set på før og efter iværksættelse af projekternes tiltag.

3.2 Anvendt tvang

Afsnittet nedenfor er baseret på data fra Register over Tvang i Psykiatrien (TIP), bearbejdet af DEFACTUM. Formålet er dels at give en status på projektafsnittenes arbejde med at fjerne brugen af bæltefikseringer. Dels undersøges det, om der ses en stigning i andre tvangstyper, eller om bæltefikseringer ser ud til at blive flyttet til andre afsnit end projektafsnittene, hvorfor følgeafsnit inkluderes i graferne efterfølgende (se afsnit 2.2 for beskrivelse af projektafsnit og følgeafsnit). Resultaterne bør læses med visse forbehold. De væsentligste er beskrevet i bilag 1 sammen med principperne for datarens af TIP-data¹³.

Indledningsvist gives en introduktion til analysetilgang, og hvordan figurerne læses. Derefter beskrives udviklingen i brug af bæltefikseringer for de deltagende afsnit, efterfulgt af en beskrivelse af anvendt tvang på overordnet afdelingsniveau.

3.2.1 Analysetilgang

Statistisk proceskontrol (SPC) benyttes som metode til at analysere udviklingen i anvendt tvang. Det sker ved at organisere og præsentere data grafisk som tidsserier opdelt på måneder og studere variation. Som redskab til at vurdere om anvendelsen af tvang er blevet reduceret i perioden 2014-2016, er der valgt en statistisk test tilknyttet seriediagrammet. Seriediagrammet er et kurvediagram med en indikatorværdi på y-akse, tid på x-akse samt en vandret medianlinje. Der er flere statistiske test knyttet til seriediagrammet. I denne midtvejsevaluering er fokus på, om der er sket et "skift" ved at seks eller flere punkter i træk ligger under/over baseline-medianen. Sandsynligheden for at et sådan skift blot er tilfældig variation er meget lille. Et skift er derfor tegn på, at der med stor statistisk sikkerhed er sket en ændring på den valgte kvalitetsindikator. Den valgte test er således meget enkel, og kan foretages ved at se, om antallet af tvangsepisoder seks måneder i træk alle ligger under medianlinjen¹⁴.

Der er indsat baseline-median i SPC-diagrammerne. Baseline-medianen er beregnet på data fra kalenderåret 2014. 2014 er valgt som starttidspunkt, fordi det er året, der gik forud for, at projektafdelingerne for alvor gik i gang med projektindsatserne.

SPC-analyserne er i de tilfælde, hvor der er sket et skift i forhold til baseline-medianen, suppleret med en test af, hvorvidt forskelle på baseline-medianen og medianen for den efterfølgende periode er statistisk signifikant. Som statistisk beregningsmetode er der

¹³ Dataudtrækket fra TIP, som DEFACTUM har modtaget fra Sundhedsdatastyrelsen, indeholder data for perioden 2012 – april 2016.

¹⁴ Lauritsen, J. & Packness, Aa., "SPC – Statistisk Proces Kontrol, Introduktion og håndbog, SPC Diagrammer og analyse med brug af EpiData" www.epidata.dk/downloads/spcbrugerhaandbogs.pdf

anvendt Mann-Whitney test, og alle statistiske test er foretaget med et signifikansniveau på 5 % ($\alpha=0,05$). Er forskellen signifikant, er der indsat en ny median for den resterende projektperiode i SPC-diagrammerne.

3.2.2 Bæltefikseringer på projektafsnittene (inklusive følgeafsnit)

Flere af projektafsnittene har oplevet et fald i antal bæltefikseringer allerede inden projektstart. Dernæst varierer resultaterne alt efter hvilke afsnit, der er tale om. De fleste afsnit er tæt på at være bæltefrie, imens andre sandsynligvis ikke når målet i 2017 uden justeringer af indsatserne. Konkret er status for bæltefikseringer på afsnitsniveau som følger:

- I Ballerup anvendes bæltefiksering især på et af de tre projektafsnit. Der ses færre bæltefikseringer i 2015 (32) sammenlignet med 2014 (85). Faldet i antal bæltefikseringer er signifikant, målt på baselinemedianen sammenholdt med medianen efter baseline. I perioden fra januar til april 2016 har der været otte bæltefikseringer. Fortsætter denne tendens, er det sandsynligt, at Ballerup når sit projektmål med max 10 bæltefikseringer per år.
- I Brønderslev ses flere bæltefikseringer i 2015 end i 2014¹⁵. Stigningen i antal bæltefikseringer er signifikant, målt på baselinemedianen sammenholdt med medianen efter baseline. En stor del af bæltefikseringerne er sket på ret få patienter. Fra januar til april 2016 har sengeafsnit N6 haft 53 bæltefikseringer¹⁶. Afsnittet bør overveje tilretning af indsatsteori i forhold til at nå projektmålet om at blive bæltefrit.
- I Glostrup (afsnit 809 og 811) ses færre bæltefikseringer i 2015 (50) end i 2014 (81). Faldet i antal bæltefikseringer er signifikant, målt på baselinemedianen sammenholdt med medianen efter baseline. Der har i perioden fra januar til april 2016 været tre bæltefikseringer. Fortsætter denne udvikling, kan projektafsnittene i Glostrup nå deres projektmål om at blive bæltefrie. Jævnfør casebeskrivelsen for Glostrup er der sket organisatoriske ændringer der gør, at projektafsnittene ikke længere har egen akutmodtagelse.¹⁷
- I Risskov har der været færre bæltefikseringer i 2015 (65) end i 2014 (83). I perioden fra januar til april 2016 har der været syv bæltefikseringer. Ved denne midtvejsevaluering ses ingen signifikant udvikling i antal bæltefikseringer, målt på baselinemedianen sammenholdt med medianen efter baseline. Derfor kan afsnittet overveje, om tilretning af indsatsteori er nødvendig i forhold til at nå projektmålet om at blive bæltefrit. I denne sammenhæng kan det være nødvendigt at differentiere mellem forskellige typer af patientgrupper, især den del, der er i høj risiko for bæltefiksering.
- I Slagelse ses to bæltefikseringer på projektafsnittet SL3 i 2014 og en enkelt i 2015, imens der på følgeafsnittet SL5 er 229 bæltefikseringer i 2014 og 93 i 2015. Faldet i antal bæltefikseringer er signifikant, målt på baselinemedianen sammenholdt med medianen efter baseline. I perioden fra januar til april 2016 har der været i alt to bæltefikseringer på SL3 og SL5. Fortsætter denne udvikling, kan projektafsnittene i Slagelse nå projektmålet om at blive bæltefrie. Dog er der jævnfør casebeskrivelsen for Slagelse en del bæltefikseringer i afsnittet PAM. Det vil være relevant at aftale med Sundhedsstyrelsen om PAM skal indgå ved slutevalueringen.

¹⁵ Det har ikke været muligt at få afsnitsdata for N6 med i TIP-datatrækket fra Sundhedsdatastyrelsen

¹⁶ Måned rapport for maj måned 2016 – Projekt Sikker Psykiatri, sengeafsnit N6

¹⁷ I forhold til slutevalueringen bør det aftales nærmere med Sundhedsstyrelsen, hvorvidt der skal indgå andre afsnit i vurderingen af resultatopnåelse ved slutevalueringen.

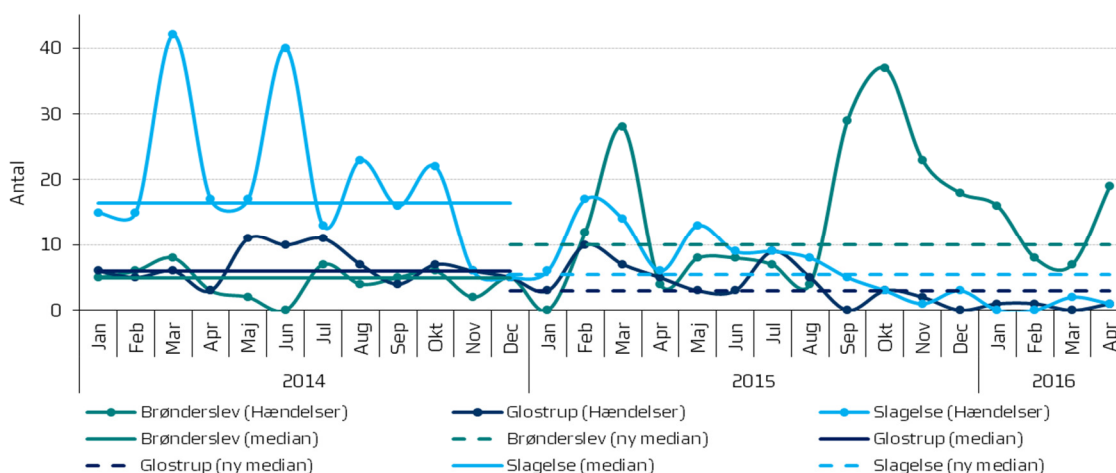
- På afsnittene i Aabenraa har der været 16 bæltefikseringer i 2015 og en i perioden fra januar til april 2016. Ved denne midtvejsevaluering ses ingen statistisk signifikant udvikling i antal bæltefikseringer, målt på baselinemedianen sammenholdt med medianen efter baseline. Fastholdes udviklingen, kan Aabenraa nå projektmålet om at blive bæltefri. På det oprindelige projektafsnit P2 i Haderslev var der 20 bæltefikseringer i 2014¹⁸.

I det følgende ses der på udviklingen i dels antal bæltefikseringer og dels antal bæltefikserede patienter samlet for projektafsnittene (inklusive følgeafsnit).

Der er sket en signifikant forbedring, altså et skift i antal **bæltefikserede patienter**, og medianen er faldet med 11 (fra 26 til 15) fra baseline til perioden efter baseline. Der skal dog tages forbehold for, at bæltefikseringerne ikke er flyttet til andre afdelinger. I slutevalueringen bør der tages højde for inklusion af alle relevante følgeafsnit i forhold til organisationsændringer omkring psykiatriske akutmodtagelser. Udviklingen i antal bæltefikserede patienter genfindes ikke, når opgørelsen laves projektopdelt.

Udviklingen i antal **bæltefikseringer** på tværs af projektafsnittene (inklusive følgeafsnit) varierer hen over perioden, men dog uden at være en signifikant udvikling. Opdelt på projektafsnit (inklusive følgeafsnit) er der dog i Glostrup og Slagelse sket et skift i retning af færre påbegyndte bæltefikseringer fra baseline til perioden efter baseline. I samme periode er der for Brønderslev sket et skift i retning af flere påbegyndte bæltefikseringer. I figur 3.1 vises udviklingen i antal bæltefikseringer for Brønderslev¹⁹, Glostrup og Slagelse. Disse resultater skal også tolkes med et forbehold for, at bæltefikseringerne ikke er flyttet til andre afdelinger.

Figur 3.1. Udvikling i antal bæltefikseringer 2014-2016 -projektafsnit (inklusive følgeafsnit) med udvikling

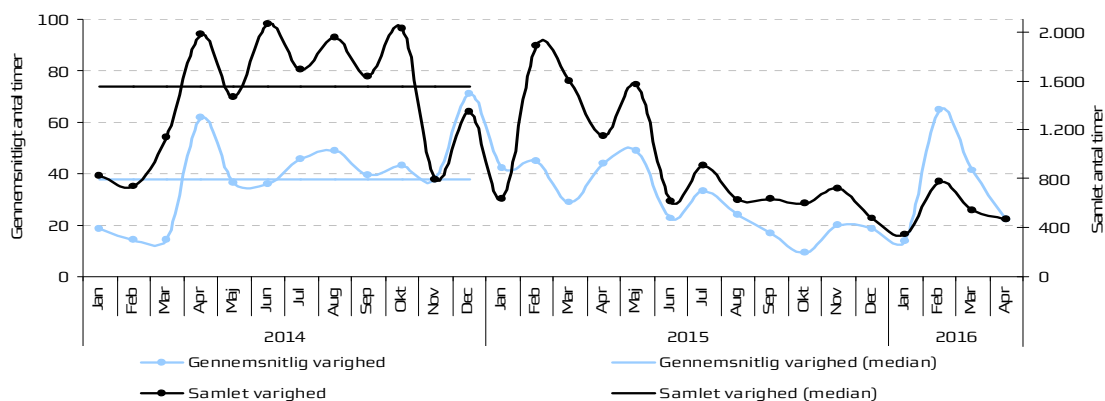


¹⁸ Det har ikke været muligt at få afsnitsdata for korrekte afsnitsdata for P2/Aabenraa med i TIP-datatrækket fra Sundhedsdatastyrelsen. Derfor baserer 2014 og 2015 tal sig på afsnittets egne data, jævnfør casebeskrivelsen.

¹⁹ Da det ikke har været muligt at få afsnitsdata for N6 med i TIP-datatrækket fra Sundhedsdatastyrelsen bygger data fra Brønderslev i figur 5.1 på afdelingsdata. Afdelingens tvang sker primært på N6.

I relation til varigheden af bæltefikseringer viser Figur 3.2 udviklingen i den samlede varighed i forhold til den gennemsnitlige varighed for projektafsnittene og følgeafsnittene. Der ses et fald i den samlede varighed, som dog ikke er signifikant, når der ses på baseline-median i forhold til medianen for perioden efter baseline (se afsnit 3.2.1 Analysetilgang). Figuren viser endvidere udviklingen i den gennemsnitlige varighed af bæltefikseringer, der varierer hen over projektperioden uden signifikant udvikling. Dette tyder på, at den samlede varighed er gået ned, fordi der er færre personer, som bæltefikseres, imens de patienter der fortsat bæltefikseres, generelt ligger i bælte lige så lang tid, som ved baseline.

Figur 3.2. Udvikling i samlet varighed vs. gennemsnitlig varighed per bæltefiksering (projektafsnit og følgeafsnit)



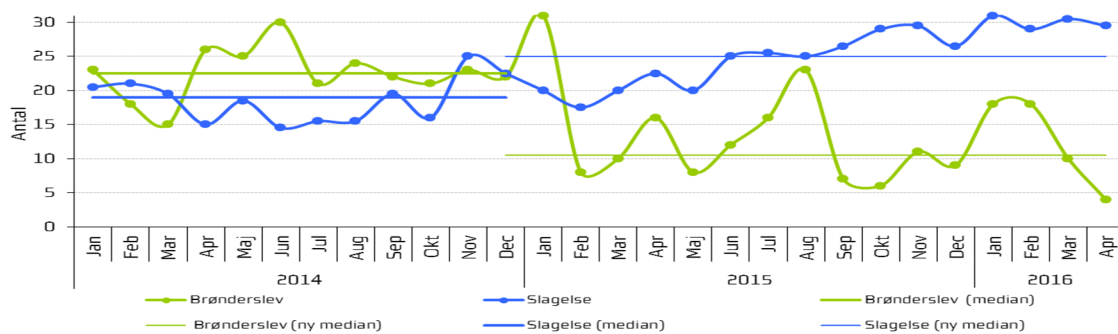
3.2.3 Status på antal bæltedage og antal dage siden sidste bæltefiksering

I tillæg til at måle udvikling i tvang med antal bæltefikseringer og antal bæltefikserede patienter, kan der alternativt ses på antal bæltedage per måned og hvor lang tid, der gået siden sidste bælte blev løsnet.

Udviklingen i antal bæltedage per måned er undersøgt for alle projektafsnittene (inklusive følgeafsnit), og der ses en udvikling for to afsnit. For Brønderslev er der sket en udvikling i retning af færre bæltedage, idet medianen er faldet fra 22 til 10 fra baseline til perioden efter baseline. I samme periode er der sket et positivt skift for Slagelse i retning af flere bæltedage, og medianen er steget fra 19 til 25. Begge udviklinger er statistisk signifikante. I figur 3.3 nedenfor vises udviklingen i antal bæltedage for Brønderslev²⁰ og Slagelse. Disse resultater skal også tolkes med et forbehold for, at bæltefikseringerne ikke er flyttet til andre afdelinger.

²⁰ Da det ikke har været muligt at få afsnitsdata for N6 med i TIP-datatrækket fra Sundhedsdatastyrelsen bygger data fra Brønderslev i figur 3.3 på afdelingsdata. Afdelingens tvang sker primært på N6.

Figur 3.3. Udvikling i antal bæltefrie dage per måned for afsnit (projektafsnit inklusiv følgeafsnit), hvor der er sket en udvikling



I Tabel 3.2 vises antal dage siden sidste bæltefiksering. Der er stor variation på tværs af projektafsnittene i forhold til, hvornår der sidst har ligget en eller flere patienter i bælte, målt på skæringsdatoen 30. april 2016. Et par afsnit har patienter i bælte på opgørelses-tidspunktet, imens det for andre afsnit er flere måneder siden, der er sket bæltefiksering.

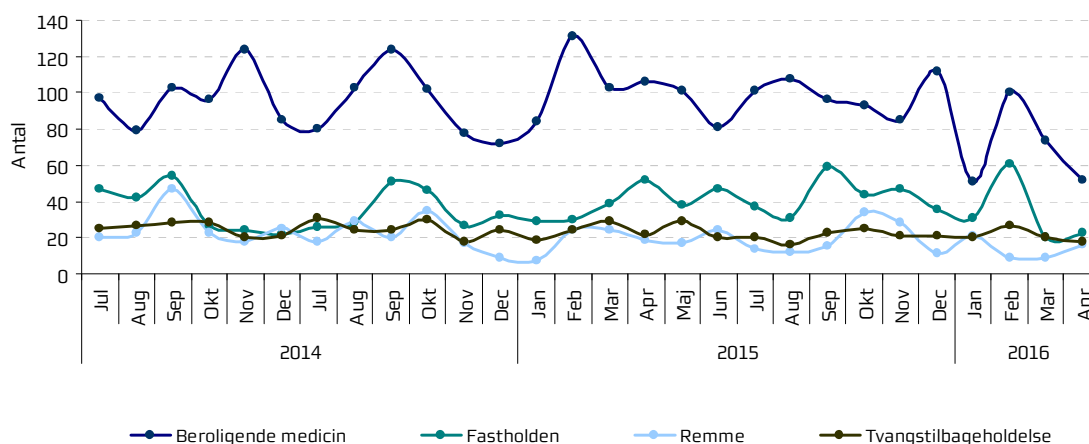
Tabel 3.2. Antal dage siden sidste bæltefiksering (per d. 30. april 2016)

Afsnit	Antal dage siden sidste bæltefiksering
Ballerup	82
Glostrup, afsnit 809	100
Glostrup, afsnit 811	27
Brønderslev, N6	0
Risskov, P4	43
Slagelse, SL3	0
Slagelse, SL5	37
Aabenraa, Afsnit 61/63	106

3.2.4 Udviklingen i øvrige tvangsformer

Ud over at beskrive status på udvikling i anvendelse af bæltefikseringer, er en del af evalueringens fokus at undersøge, hvorvidt anden tvang samtidig stiger. Det er især antallet af tvangsepisoder med akut beroligende medicin og fastholden, der fylder i tvangsstatistikken. I figur 3.4 ses udviklingen i anvendelse af beroligende medicin, fastholden, remme og tvangstilbageholdelse. Der er variation henover projektperioden, men der ses ingen signifikante udviklinger for de fire tvangsformer. Af hensyn til den visuelle fremstilling er medianlinjerne undtagelsesvist ikke indtegnet. Figur 3.4 viser udviklingen samlet for alle projektafsnit (inklusiv følgeafsnit).

Figur 3.4: Udvikling i øvrige tvangsformer på projektafsnittene 2014-2016

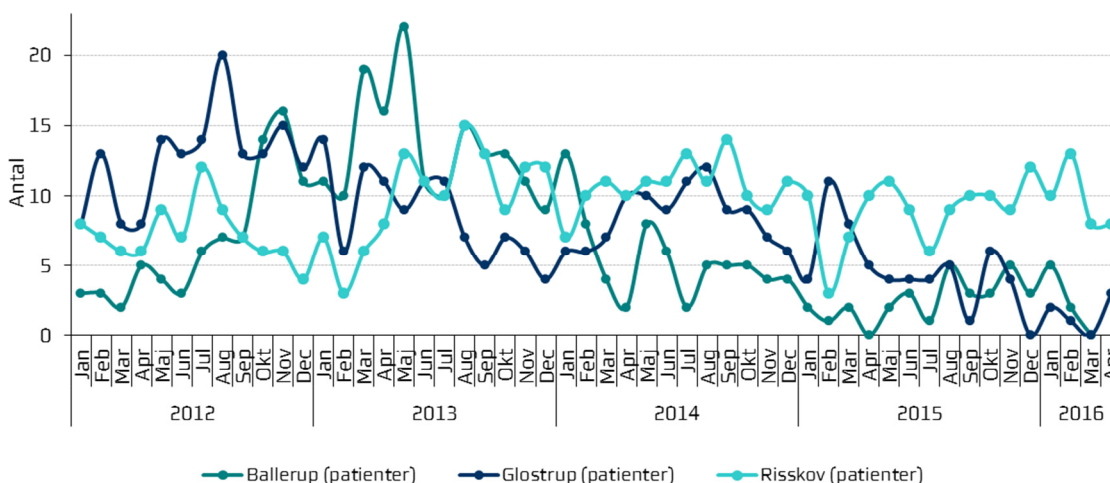


I tillæg til figur 3.4 er udviklingen i varighed af fastholden undersøgt. På tværs af projektafsnit (inklusive følgeafsnit) ses ingen signifikant udvikling i hverken den samlede eller den gennemsnitlige varighed af fastholden målt i udvikling i median fra baseline til perioden efter baseline. Slutteligt er udviklingen i tvangsendlæggelser hen over projektperioden undersøgt for projektafsnittene (inklusive følgeafsnit). Der er variation, men ingen signifikant udvikling, som potentielt ville kunne påvirke udviklingen i anvendt tvang. I denne henseende kan det nævnes, at der er stor variation mellem projektafsnittene og i hvor mange tvangsendlæggelser, de har.

3.2.5 Udvikling i anvendt tvang på overordnet projektafdeling

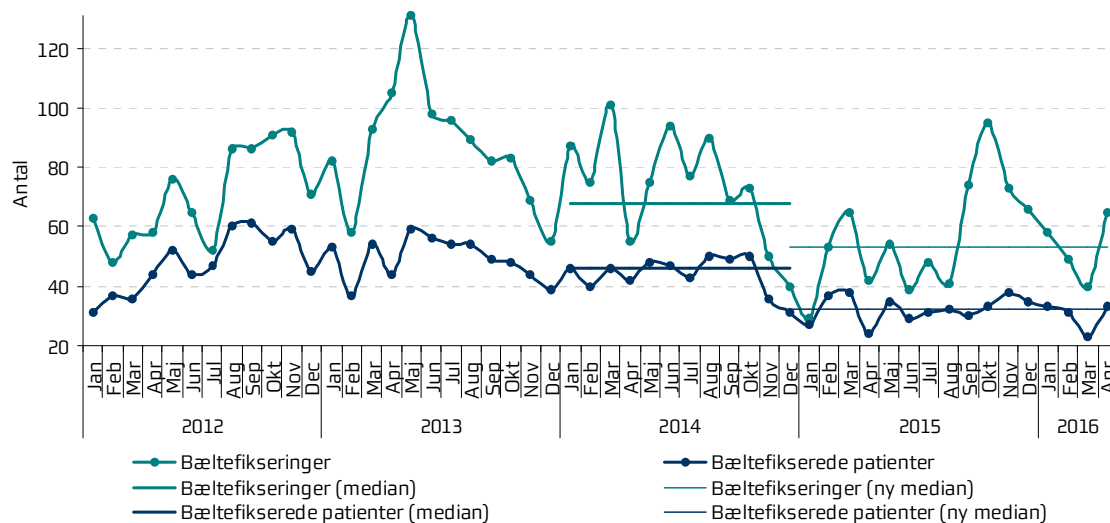
Det overordnede afdelingsniveau følges med henblik på at sikre, at reduktion i tvang på projektafsnittene ikke blot er et udtryk for, at tvangen overføres til andre afsnit på afdelingerne. Udviklingen i antal bæltefikserede patienter på de deltagende afdelinger er således undersøgt for både projektafsnit og øvrige afsnit på projektafdelingerne. For tre af de seks afdelinger er der sket et skift fra baseline til perioden efter baseline i retning af, at færre patienter bæltefikseres. Medianen er faldet 3 for Ballerup, 5 for Glostrup og 1 for Risskov. I figur 3.5 nedenfor ses udviklingen for Ballerup, Glostrup og Risskov. Af hensyn til den visuelle fremstilling er medianlinjerne undtagelsesvist ikke indtegnet.

Figur 3.5: Udvikling i antal bæltefikserede patienter 2012-2016, (overordnet afdeling), hvor der er sket en ændring



I figur 3.6 neden for vises udviklingen i antal bæltefikserede patienter sammenholdt med antal påbegyndte bæltefikseringer på tværs af projektafdelingerne. Fra baseline til perioden efter baseline ses et signifikant fald i antal hændelser, såvel som i antal personer, der bæltefikseres, målt på baselinemedian i forhold til median for perioden efter baseline. Medianen for antal bæltefikseringer er faldet med 15 fra baseline til perioden efter baseline (fra 68 til 53), og medianen for antal bæltefikserede patienter er faldet med 14 (fra 46 til 32). På overordnet afdelingsniveau er der dermed sket en positiv udvikling i projektførelsen, hvor antallet af fikseringer falder en smule mere end antal bæltefikserede personer. Det betyder, at patienterne generelt fikseres lidt færre gange end ved projektets baseline. Både udviklingen i antal påbegyndte bæltefikseringer og antal bæltefikserede patienter er statistisk signifikant. Resultatet er bemærkelsesværdigt, idet der som nævnt er tale om alle afsnit på projektafdelingerne, og ikke kun projektafsnittene. Sammenholdt med resultatet i delafsnit 3.2.2 ovenfor, hvor samme udvikling beskrives, men alene for projektafsnittene (inklusive følgeafsnit), giver figur 3.6 et tydeligere billede af den positive retning arbejdet med afskaffelse af bælte tilsyneladende bevæger sig i retning af. Denne konklusion bør dog læses med forbehold for, at projektafdelingerne ikke blot har flyttet bæltefikseringer til andre afdelinger. Her bør der i slutevalueringen tages højde for inklusion af alle relevante følgeafsnit i forhold til organisationsændringer omkring psykiatriske akutmodtagelser.

Figur 3.6: Udvikling i antal bæltefikseringer og antal bæltefikserede patienter 2012-2016, alle afdelinger inklusiv ikke-projektafsnit



3.3 Medicinforbrug

Det er forudsat i satspuljeaftalen, at bæltefrit afsnit ikke skal opnås ved at give patienterne mere beroligende medicin. Jævnfør satspuljeopslaget er opdraget således at etablere behandlingsmiljøer, der forebygger brugen af bæltefiksering, uden at det fører til øget anvendelse af beroligende medicin.

Flere projektafsnit har identificeret medicinsvigt, som en af årsagerne til, at nogle patienter bliver så psykotiske, at de bliver til fare for andre eller sig selv. En hurtigere stillingtagen til relevant medicinsk behandling er således en del af flere lokale indsats teorier²¹.

I forhold til udvikling i medicinforbrug ses der i indeværende evaluering dels på antallet af tvangsepisoder med akut beroligende medicin, hvor der fra baseline til perioden efter baseline ikke ses signifikant udvikling (se afsnit 3.2.4). Dels ses der på udviklingen i mængden af leveret medicin til projektafsnittene.

Der er derfor indhentet data fra sygehusapotekerne (Biweb) om leveret medicin. Dataindsamlingen og analyserne er afgrænset til antipsykotika og benzodiazepiner, da det primært er disse typer medicin, der anvendes som beroligende medicin. De tilgængelige data om medicinleverancer til projektafsnittene tyder på, at lægerne ordinerer en del forskellige antipsykotika og benzodiazepiner. De 12 indholdsstoffer, som siden januar 2014 er leveret i de største mængder og som til sammen udgør 90 % af den leverede medicin (målt som DDD²²), fremgår af tabel 3.3.

Tabel 3.3: Medicin leveret til projektafsnit 2014-februar 2016

Indholdsstof	Andel	Kort beskrivelse
N05AH03 Olanzapin	31 %	2.g. antipsykotikum med nogen sedativ effekt
N05AH04 Quetiapin	8 %	2.g. antipsykotikum med nogen sedativ effekt
N05AF05 Zuclopenthixol	7 %	1.g. middeldosis-antipsykotikum med nogen sedativ effekt
N05BA01 Diazepam	7 %	Benzodiazepin
N05AX12 Aripiprazol	7 %	2.g. antipsykotikum med ringe sedativ effekt
N05AX13 Paliperidon	6 %	2.g. antipsykotikum med ringe sedativ effekt
N05AD01 Haloperidol	6 %	1.g. lavdosis-antipsykotikum med ringe sedativ effekt
N05AX08 Risperidon	5 %	2.g. antipsykotikum med ringe sedativ effekt
N05BA04 Oxazepam	5 %	Benzodiazepin
N05AH02 Clozapin	4 %	2.g. antipsykotikum med sedativ effekt
N05BA02 Chlordiazepoxid	2 %	Benzodiazepin
N05AB03 Perphenazin	2 %	1.g. depotantipsykotikum

Kilde: Biweb

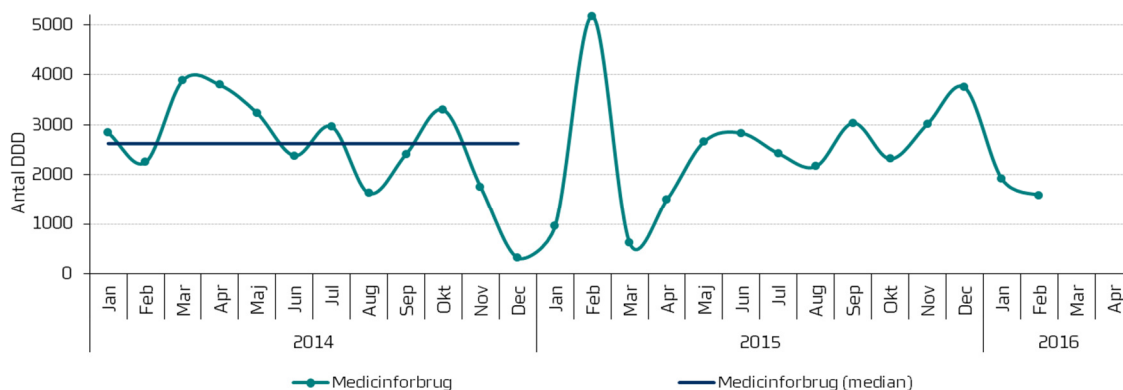
Medicinforbruget på præparatniveau og afsnitsniveau varierer meget, da det blandt andet afhænger af hvilke patienter, der er indlagt. Desuden kan der være forskelle og ændringer i lagerstyring og udlån til/fra andre medicindepoter. I denne evaluering er der derfor valgt et seriediagram på aggregeret niveau til beskrivelse af udvikling i leveret medicin. I figur 3.7 vises udviklingen i leveret antipsykotika og benzodiazepiner (målt i DDD) samlet for projektafsnittene (inklusive følgeafsnit). Der ses i figur 3.7 ingen skift fra baseline til perioden efter baseline²³.

²¹ Se casestudier og statusrapporter 2015 for uddybning.

²² DDD (defined daily dose) står for antaget gennemsnitlig vedligeholdelsesdosis per dag for et lægemiddel, der anvendes til dets vigtigste indikation hos voksne. DDD er en WHO-anbefalet statistisk måleenhed for medicinforbrug.

²³ SPC analysen er suppleret med test af, om baseline median er signifikant forskellig fra medianen for perioden efter baseline. Den statistiske beregningsmetode er Mann-Whitney test med et signifikansniveau på 5 % ($\alpha = 0,05$).

Figur 3.7. Definerede døgndoser



Kilde: Biweb

Analyserne af tvangsepisoder med akut beroligende medicin (se afsnit 4.2.4) og leveret medicin tyder ikke på, at der er sket en udvikling i mængden af akutberoligende medicin fra 2014 til 2015.²⁴

3.4 Patienternes oplevelser

Data for patientoplevelt kvalitet bygger dels på enkelte telefoninterviews med patienter, som har været indlagt på et projektafsnit, dels på data fra de Landsdækkende undersøgelser af patient- og pårørendeoplevelser (LUP Psykiatri 2015). Indledende beskrives den anvendte interviewmetode, hvorefter der oplystes en række udtalelser fra patientinterviewene om emner, der har betydning for interviewpersonerne i deres møde med projektafsnittet. Dernæst sættes der via LUP-data fokus dels på patienternes overordnede tilfredshed, dels på forebyggelse, og til sidst hvordan tvang opleves af patienterne.

3.4.1 Telefoninterview med patienter

Det har oprindeligt været planen, at evaluator skulle interviewe seks patienter i forbindelse med midtvejsevalueringen. Hvert projektafsnit har haft ansvar for at formidle kontaktoplysninger på en patient, der ønsker at medvirke. Ønsket fra evaluators side har været at interviewe patienter, der

- har været indlagt på et projektafsnit i projektperioden
- har været indlagt på samme afsnit før
- selv har oplevet tvang i psykiatrien (fx tvangsindlæggelse og om muligt bæltefiksering), men ikke nødvendigvis under den aktuelle indlæggelse.

Fire ud af seks projektafsnit har formidlet kontaktoplysninger til evaluator. Der er gennemført telefoninterview med to patienter. Yderligere to patienter er kontaktet af evaluator, men på interviewtidspunktet, har de ikke været i stand til at gennemføre interview på grund af sygdom. I tillæg til de to interview bygger nedenstående beskrivelse af patientop-

²⁴ Anvendelsen af dataudtræk om leveret medicin fra Biweb har været drøftet med fagpersoner på projektafdelingerne og eksperter i psykiatrien. Flere er kritiske over for, om disse data kan bruges til at undersøge udviklingen i medicinforbrug. Men alternativet var umiddelbart at bede projektafsnittene om at lave manuelle registreringer eller gennemføre journalaudit. Det er ikke alle regioner, som monitorerer medicinforbruget for indlagte psykiatriske patienter, og det er ikke lovligt at udtrække data fra FMK-databasen. Der er et forskningsprojekt på vej i Region Syddanmark, som sammen med regionale monitoreringsdata fra Nordjylland, Midtjylland og Hovedstaden formentlig kan give mere relevante medicindata i slutevalueringen.

levelser endvidere på udtalelser fra en patient, som deltog en del af tiden i en workshop om casestudiet i maj 2016.

Nogle af budskaberne fra de interviewede patienter er:

- Psykiatrisk behandling handler om at indgå i en tillidsfuld relation.
- Det er ikke alle fagpersoner, man som patient har det lige godt med.
- Der kan gå lang tid, før man tør betro sig til en professionel behandler.
- Når man efter lang tid har taget mod til sig og åbnet op for sin sårbarhed, risikerer man at miste kontakten med den fagperson, som man har opbygget en relation til, fx ved udskrivelse. Der kan mangle kontinuitet i psykiatrien.
- Fastholdelse kan opleves værre end bæltefiksering, specielt ved psykiske traumer grundet seksuel misbrug.
- Som patient kan man være optaget af helt andre problemer end personalet. Det er vigtigt at opleve sig hørt og forstået.
- Når patienter er vrede og frustrerede, retter de det typisk mod personalet – ikke medpatienter.
- Som patient kan det være stressende at være på et døgnafsnit, hvor der foregår stofmisbrug, voldsomme optrin og konflikter. Nogle medpatienter skaber utryghed med deres adfærd.
- Det er godt med faste aktivitetsprogrammer, så der kommer noget struktur, rytme og indhold i dagen. Så går man ikke og keder sig og venter på at komme til samtale.
- Musik kan være en god afledning, når man hører stemmer.

3.4.2 Datagrundlag for LUP-data

LUP-datasættet er udarbejdet på baggrund af svar fra indlagte patienter på projektafsnittene samt svar fra patienter på følgeafsnittene SL5 i Slagelse og afsnit 811 i Glostrup (i alt 11 afsnit). I det følgende omtales alle 11 som projektafsnit. Ved sammenligning tilbage i tid er der i LUP Psykiatri alene data på seks af de 11 afsnit (Risskov P4, Brønderslev N6, Glostrup afsnit 809 og 811 samt Ballerup afsnit 2 og 4).

For at se på, om der er sket udvikling i patientoplevelser fra perioden før projektstart til projektperiode, analyseres der på årene 2013-2015. Analyserne i denne midtvejsevaluering er baseret på følgende antal patienter 2015 (n=104), 2014 (n=60) og 2013 (n=66). Ved slutevalueringen vil det blive muligt at se på udviklingen fra år til år i selve projektperioden. En forudsætning for at kunne afsnitsopdele resultaterne i slutevalueringen er, at alle afsnit hver udleverer minimum 10 spørgeskemaer og opnår at modtage fem svar.²⁵

Svarprocenten i perioden er 63-66 % på landsplan. LUP Psykiatri gennemføres årligt i perioden september-oktober. Ved læsning af resultater er det vigtigt at holde sig for øje, at LUP-data er en punktmåling på patienters oplevelser på pågældende afsnit. LUP-data giver dermed svar på, om patientoplevelserne på de udvalgte spørgsmål er forbedret, men giver ikke svar på, om det er projektets indsatser, der er årsag til det givne resultat. LUP-resultaterne er interessante set i lyset af den nationale indsatsteoris mål om, at patienterne føler sig mødt, anerkendt og godt behandlet.

²⁵ Dette er en forudsætning for resultatopgørelse på afsnitsniveau, jævnfør konceptet for LUP Psykiatri, www.psykiatriundersogelser.dk

Overordnet tilfredshed er målt ved følgende spørgsmål:

- Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på dette sengeafsnit?

De spørgsmål som måler patientoplevelt tvang i LUP Psykiatri er:

- Har personalet anvendt tvang i forbindelse med din indlæggelse på dette sengeafsnit? (*fiksering, tilbageholdelse eller tvangsbehandling*)
- Synes du, at personalets brug af tvang foregik på en ordentlig måde?
- Fik du udbytte af den opfølgende samtale med personalet, efter at tvangen var ophørt?

En del af den tvangsforebyggende indsats handler om at etablere en god relation mellem patient og personale samt at tale med patienterne om deres angst, vrede og frustration. Derfor er nedenstående LUP Psykiatri spørgsmål udvalgt som mål for forebyggelse af tvang:

- Skabte personalet en situation, hvor du åbent kunne fortælle dem om dine vanskeligheder og problemer?
- Havde du en samtale med personalet om, hvad der kan virke beroligende på dig, da du blev indlagt? (*fx motion, musik eller kugledyne*)
- Har personalet talt med dig om, hvad du kan gøre for at få dine psykiske problemer under kontrol, hvis du har fx angst, uro eller søvnbesvær?

3.4.3 Patientoplevelt kvalitet af det samlede forløb

I 2015 svarer 82 %, at de har et "Virkelig godt" (30 %) eller "Godt" (52 %) indtryk af det samlede forløb, imens henholdsvis 16 % og 2 % har et "Mindre godt" eller "Dårligt" samlet indtryk. Den samlede patienttilfredshed er lavere på projektafsnittene end på de andre afsnit på landsplan. Resultatet for 2015 afviger ikke fra resultaterne i 2013 og 2014.

En statistisk test viser, at svarpersonernes samlede tilfredshed med projektafsnittene er signifikant lavere for dem, der har oplevet tvang end dem, der ikke har.

3.4.4 Patientoplevelt tvang

På projektafsnittene er der i 2015 en signifikant²⁶ højere andel af patienter, som svarer, at de har oplevet tvang (30 %) sammenlignet med alle andre afsnit på landsplan (13 %). Dette resultat afviger ikke fra resultaterne for 2013 og 2014. Dette er forventet, da satspuljen Forsøg med bæltefri afdelinger er målrettet lukkede voksenpsykiatriske afdelinger.

I relation til om den anvendte tvang er foregået på en ordentlig måde svarer 56 % "I høj grad" eller "I nogen grad". Samtidig er der dog 28 %, som svarer, at tvangen "slet ikke" foregik på en ordentlig måde, hvorved der er forbedringspotentiale. Resultatet er ikke signifikant forskelligt fra de andre afsnit på landsplan, og resultatet for 2015 afviger ikke fra resultaterne i 2013 og 2014.

I forhold til udbytte af den opfølgende samtale med personalet efter tvangens ophør svarer 33 % "Slet ikke" og 39 % "I mindre grad". Kun 28 % svarer, at de "I høj grad" eller "I nogen grad" har haft udbytte af eftersamtalen, som har været et lovpligtigt tilbud siden 2006.

²⁶ Der er i analyse af LUP-data anvendt bivariat logistisk regression til statistisk test af, om forskelle er signifikante. Analyseresultaterne skal læses med det forbehold, at der er relativt få svar fra projektafsnittene.

Sammenlignes der med resultatet for de andre afsnit på landsplan ses en lavere andel positive. Der er dog ganske få svar fra projektafsnittene på spørgsmålet (n=18). Resultatet peger på, at der er et forbedringspotentiale på området. Dette resultat afviger dog ikke fra resultaterne for 2013 og 2014.

3.4.5 Patientoplevelt forebyggelse af tvang

For de tre udvalgte spørgsmål om forebyggelse af tvang ses ingen udvikling på tværs af årene 2013, 2014 og 2015 samt i forhold til de andre afsnit på landsplan.

I forhold til spørgsmålet, om svarpersonerne kunne fortælle åbent om vanskeligheder og problemer, er denne andel signifikant højere blandt dem, der ikke har oplevet tvang, sammenholdt med dem, som har oplevet det. I 2015 har 82 % af alle svarpersonerne svaret, at de "I høj grad" eller "I nogen grad" har kunnet fortælle åbent, imens 7 % "Slet ikke" har kunnet fortælle åbent om vanskeligheder og problemer.

Indsatsernes beskrevne virkningsmekanismer handler om, at forebyggende samtaler skal forhindre tvang, og at der derved burde forekomme færre tvangsepisoder blandt dem, der får samtalerne. I forhold til, om svarpersonerne ved indlæggelsen har haft en samtale med personalet om, hvad der kan berolige, er der signifikant flere, som oplever at have haft en sådan samtale blandt patienter, der ikke har oplevet tvang end blandt patienter, der har oplevet tvang. 69 % af patienterne på projektafsnittene oplever, at de har fået samtalen.

For det sidste spørgsmål, vedrørende samtale med personalet om hvad patienten kan gøre for at få sine psykiske problemer under kontrol, ses der ingen signifikant forskel i forhold til, om svarpersonerne har oplevet tvang eller ej. 69 % af patienterne svarer i 2015, at de "I høj grad" eller "I nogen grad" oplever at have talt med personalet om emnet. Cirka en tredjedel har kun "I mindre grad" (21 %) eller "Slet ikke" (11 %) talt med personalet herom.

4 Status på de lokale projekters indsatser

Dette afsnit sammenfatter den indsats, som er sket for at blive bæltefri på de seks projektafsnit.²⁷

Tabel 4.1 er en oversigt, der viser de lokale projektafsnits deltagelse i tværgående projektaktiviteter og dokumenter i satspuljeprojektet. Tabel 4.2 sammenfatter de organisatoriske, personalerettede tiltag. Tabel 4.3 uddyber de lokale kompetenceudviklingstiltag, mens tabel 4.4 sætter fokus på de patientrettede tiltag og dermed ændringer i den kliniske praksis. Tilsammen gør tabel 4.2, 4.3 og 4.4 status på indsatseteorien seks fokusområder. Indholdet i tabellerne uddybes i den efterfølgende tekst.

Tabel 4.1 De vigtigste projektdokumenter og aktiviteter i det nationale projekt

	Ballerup	Brønderslev	Glostrup	Risskov	Slagelse	Aabenraa
Projektbeskrivelse fra august 2014 (revideret okt. 2014)	X	X	X	X	X	X
Indsats teori 2015	X	X	X	X	X	X
Statusrapport, oktober 2015	X	X	X	x	X	X
Sundhedsstyrelsens opstartsmøde med deltagerne november 2014	X	X	X	X	X	X
Nationalt netværksmøde maj 2015	X	X	X	X	X	X
Lokal indsats teoriworkshop, medio 2015	X	X	X	x	X	X
Nationalt netværksmøder i maj 2015 i Ballerup	X	X	X	X	X	X
Nationalt netværksmøde, november 2015 i Risskov	X	X	X	X	X	X
Nationalt netværksmøde i maj 2016 i Aabenraa	X	X	X	X	X	X
Telefoninterviews i foråret 2016	X	X	X	X	X	X
Lokal workshop om casebeskrivelse, medio 2016	X	X	X	x	X	X
Kvalitetssikring af tvangsdata i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen ²⁸ (cpr-liste m.m.)	X	X*	X	x	X	-
Er i gang med at dokumentere og monitorere den lokale indsats	X	X	X	X	X	X

* Udfordringer ved datakvalitet

Som tabel 4.1 viser, har alle seks projektafsnit fået udarbejdet projektbeskrivelser, indsats teorier og statusrapporter. Ledere og medarbejdere har deltaget i to lokale workshops og i telefoninterviews om satspuljeprojektet. De lokale projektafsnit har på skift været vært for foreløbigt tre halvårige netværksmøder. Alle seks lokale projektafsnit har deltaget hver gang med afsnitsledere og lokale projektledere og enkelte medarbejdere. Viceklinikchefen fra Brønderslev, den ledende overlæge fra Risskov og overlægen fra Aabenraa og Glostrup har deltaget i mindst to netværksmøder. Netværksmøderne har primært været et forum for de lokale projektledere, afsnitsledere og medarbejdere. Alle seks projektledere (hvoraf to er afsnitsledere), fire overlæger, syv yderligere ledere og seks medarbejdere har i maj 2016 deltaget i telefoninterviews i forbindelse med midtvejsevalueringen. Der har typisk

²⁷ En mere detaljeret gennemgang af de lokale projekters proces og status på indsatsen findes i casebeskrivelserne - og i de årlige statusrapporter.

²⁸ Læs mere i metodebeskrivelse i bilag om arbejdet med at sikre gode tvangsdata

deltaget 6-8 personer i hver af de lokale workshops og cirka fire fra hvert af de seks projektafsnit på hvert af de nationale netværksmøder. Hertil kommer de kontakter, som regionale stabsansatte har haft med evaluator om registerdata. I alt har evaluator haft kontakt med omkring 50 forskellige personer fra de fem regioner og seks lokale projektafsnit.

Hertil kommer de lokale styregruppemøder, projektgruppemøder, samtaler, ledelsesmøder, personalemøder, tavlemøder og møder om projektaktiviteter. Alle seks lokale projektafsnit er i gang med at dokumentere og monitorere på de lokale indsatser, men der resterer stadig et arbejde med at definere de mest relevante indikatorer i de lokale indsatsteori-er og sammenfatte samt formidle data om de indikatorer, der ikke handler om tvang.

4.1 Organisatoriske personalerettede tiltag

Tabel 4.2 handler om indsatsteoriernes tre første fokusområder, nemlig de organisatoriske tiltag, som primært retter sig mod personalet som målgruppe. Tiltagene er inspireret af satspuljeopslaget og Huckshorn kernestrategier; ledelse, anvendelse af data og kompetenceudvikling.

Tabel 4.2: Status på organisatoriske personalerettede tiltag

	Ballerup	Brønderslev	Glostrup	Risskov	Slagelse	Aabenraa
1. Ledelse						
Mål og plan for at afskaffe bæltefiksering	X	X	X	X	X	X
Mål om bæltefrihed ultimo 2017	Maks 10	X	X	X	X	X
Projektorganisering hvor overordnet leder er i styregruppe ²⁹ og med daglig projektleder	X #	X	X #	X	X #	X #
Patient/pårørende i projektorganisation	X	(X)	X	X	fra juni 2016	fra 2016
Rekruttering af nyt personale og organisering af det patientrettede kliniske arbejde, som skal forebygge bæltefiksering	X	X	X	X	X	X
Regelmæssige møder, hvor ledelse drøfter bæltefiksering med afdelingens personale	X	X	X	X	X	X
Samarbejde med andre sektorer	(X)	-	(X)	(X)	-	X
2. Anvendelse af data						
Tvangstal er tilgængelige for personalet og drøftes på møder	X	X	X	X	X	X
Registrering og analyse af den enkelte bæltefikseringsepisode	X	X	X	X	X	X
Analyse af nærvæd-hændelser	-	-	X	-	-	X
Registrering af voldsepisoder	X	X	X	X	SOAS R	X
3. Kompetenceudvikling						
Introducerede tilgange til patienten og det miljøterapeutiske arbejde, der forventes at kunne bidrage til at forebygge bæltefiksering	Kognitiv Safe-Wards	Mentalisering Sikker psykiatri Patientens Team	Kognitiv Ventet og velkommen See Think Act	Kognitiv Psyko-dynamisk forståelse	Kognitiv Patientens team (Safe-Wards)	SafeWards Relations-behandling
Efteruddannelse af personale igangsat og evt. gennemført som planlagt	X	Delvist	x	Delvist	Delvist	X

#: Udpeget en projektleder, som arbejder tæt sammen med afdelingslederen

(x): Planlagt men ikke udført

4.2 Ledelse

Ledelse handler bl.a. om at etablere organisatoriske forhold og visioner. En antagelse i indsats-teoriene er, at ledelsesmæssig opmærksomhed giver organisationen og personalet fokus på at undgå bæltefiksering. Alle projektafsnit har fastsat mål og har udarbejdet en plan for afskaffelse af bæltefikseringerne i projektbeskrivelsen for 2014. Den er bl.a. drøftet på indsats-teoriworkshop i 2015.

²⁹ Lederniveauet over afdelingsleder og overlæge, dvs. ledende overlæge og oversygeplejerske, (afdelingsledelse, klinikledelse) eller centerledelse. Regionernes direktions og psykiatrilæders roller i projektet er ikke undersøgt.

Arbejdet med at blive bæltefrit afsnit er projektor organiseret. Der er nedsat en styregruppe for hvert af de seks lokale projektafsnit, hvor lederniveauet over afsnittets ledelse (afdeling, klinik, center) er repræsenteret. Nogle deltagere har efterlyst, at den overordnede ledelse deltager i nationalt netværksmøde, og at der snarest lægges planer for, hvad der skal ske efter 2017, når Satspuljemidlerne ophører. Sundhedsstyrelsen har kontakten med de fem regioners psykiatrier. Ifølge statusrapporterne fra 2015, er den overordnede ledelse involveret i indsatsen. Casestudierne i 2016 tyder på, at der er forskel på hvordan lederniveauet over afsnitsledere og overlæge (afdelingsledelse, klinikledelse, centerledelse) deltager i bestræbelserne på, at et sengeafsnit bliver bæltefrit. Nogle styregrupper har kun haft enkelte møder i projektperioden. Det generelle billede er, at dialogen mellem ledelsesniveauer især foregår på andre måder end ved møder i den etablerede projektorganisation. Ballerup har et mål om maksimalt 10 bæltefikseringer i 2017, mens de resterende projektafsnit har et mål om nul bæltefikseringer ultimo december 2017.

Alle seks lokale projektafsnit har en lokal regional projektleder eller projektkoordinator. To steder er dette lederen af afsnittet. De andre steder (markeret med # i tabel 4.2) er der udpeget en projektleder, som arbejder tæt sammen med afsnitslederen.³⁰ Ballerup, Glostrup, Risskov, Slagelse og Aabenraa har patient- eller pårørenderepræsentanter i projekt- eller styregruppen. Patientperspektivet er også blevet inddraget ved at spørge de indlagte patienter på morgenmøder (fx Brønderslev), ved indlæggelsen (fx Aabenraa) og ved at ansætte medarbejdere med brugererfaringer (Risskov, Ballerup og Hvidovre).

Casestudierne tyder på, at lederne af projektafsnittene er personligt engagerede i arbejdet med at gøre afsnittet bæltefrit. Afsnittets leder (funktionsleder, afsnitsledende sygeplejerske, afdelingssygeplejerske) har en vigtig personaleledelsesopgave med at sikre balancen mellem tryghed/sikkerhed og mod/vilje til at afprøve ny praksis. Især i Hvidovre og Aabenraa er det tydeligt for evaluatoren, at afsnittets overlæge også har en aktiv rolle i arbejdet med at undgå bæltefiksering. Både Brønderslev, Slagelse og Risskov har i projektperioden skiftet overlæge.

Satspuljeprojektet om forsøg med bæltefri afdelinger finansierer en midlertidig opnormering på de fleste af projektafsnittene. Det har været en vigtig personaleledelsesopgave at anvende bevillingen til at ansætte nyt personale. Der har i projektperioden været vakante stillinger i både Ballerup, Brønderslev, Glostrup, Risskov, Slagelse og Aabenraa. Statusrapporterne fra oktober 2015 og andre datakilder viser, at der har været rekrutteringsproblemer. Typisk blev det satspuljefinansierede personale ansat i foråret 2015, men der er også vakante projektstillinger i 2016.

Alle steder holder ledelsen møder med afsnittets personale, hvor indsatsen for at blive bæltefri drøftes. Det sker fx i form af tavlemøder (Glostrup), forbedringsmøder (Ballerup), personalemøder og/eller projektmøder.

Projektafsnittene er endnu ikke så langt med at styrke samarbejdet med bosteder, misbrugscentre mv. Aabenraa har et samarbejde med de kommunale misbrugscentre, som tilbyder misbrugsbehandling (motivationsgrupper) for indlagte patienter, Generelt invites botilbud til møder om indlagte patienter på projektafsnittene og samarbejde om ud-

³⁰ Projektlederen i Glostrup-projektet fik nyt arbejde sommeren 2016. Overlægen er lige nu projektleder.

skrivningsaftaler og koordinationsplaner. Men ingen casestudier dokumenterer klare forbedringer på dette område.

4.3 Anvendelse af data

Det har i mange år været obligatorisk i Danmark at registrere tvangsepisoder i det nationale tvangsregister (TIP). Den obligatoriske registrering og indberetninger i tvangsskemaer suppleres på projektafsnittene af manuelle registreringer af andre relevante oplysninger om den enkelte episode.

Det har været et problem i tidligere projekter, at ikke alle projektafsnit havde adgang til deres egne tvangstal³¹. Alle deltagende sengeafsnit i dette satspuljeprojekt har tilgængelige og opdaterede tvangsdata på afsnitsniveau. Alle regioner har lanceret – eller er i gang med at udvikle – nye ledelsesinformationssystemer (BI-portaler), som gør aktuelle tvangsdata tilgængelige for den enkelte leder. Psykiatrien i Region Nordjylland er lige nu i en overgangsperiode mellem to ledelsesinformationssystemer. Den lokale leder modtager i stedet tvangstal fra en stabsmedarbejder. Alle projektafsnit får adgang til opdaterede tvangstal mindst en gang om måneden, men der er fortsat forbedringsmuligheder, når det handler om at gøre data om anvendelsen af tvang mere tilgængelige for klinikere og ledere. Der er fx meldinger om, at tallene i oversigterne (fra fx ledelsesinformationssystemer og Sundhedsdatastyrelsen) ikke altid stemmer overens med de lokale registreringer.

Samtlige projektafsnit drøfter tvangstallene, og analyserer bæltefikseringsepisoder. Case-studierne tyder på, at den lokale ledelse følger med i de statistiske opgørelser af anvendelse af tvang. Tvangstallene præsenteres typisk for personalet på tavlemøder eller personalemøder. I Ballerup, Brønderslev, Glostrup og Risskov har de synliggjort tallene ved at hænge dem op på væggen.

I Aabenraa deltager overlægen og lederen af afsnittet i analyser af alle bæltefikseringsepisoder. Afsnitslederen i Risskov har fra 2016 valgt at lade hele afsnittets personalegruppe deltage i analyserne hver uge. I Glostrup deltager ledere/fagpersoner, som ikke er ansat på afsnittet i "Second Opinion"-analyser af bæltefikseringsepisoderne.

Projektafsnittene registrerer også voldsepisoder i form af registreringer af vold, trusler og chikane, arbejdsskader og utilsigtede hændelser, hvor patienter kommer til skade – eller er i risiko for det. I Slagelse har man tilføjet et supplement til dette ved at indføre SOAS-R som redskab til at få data om aggression, konflikter og vold. I Glostrup og Aabenraa analyseres også nærved-hændelser, dvs. opkørte situationer, som ikke ender med en bæltefiksering.

Alle seks steder er arbejdet med at dokumentere og monitorere på indsatsen gået i gang, og der er eksempler på, hvordan disse data anvendes i det løbende projektarbejde. Brønderslev laver fx grafer, der viser om de daglige sikkerhedsbriefinger gennemføres – som deltagere i Sikker Psykiatri. I Slagelse holdes tavlemøder om fx BVC og SOAS-R. Men som tidligere nævnt er der fortsat et arbejde med at definere de mest relevante indikatorer for indsatsen.

³¹ Fx havde N-6 ikke egne tvangstal i projekt "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015" og flere regioner havde ikke et ledelsesinformationssystem, der gjorde de aktuelle tvangstal tilgængelige på afsnitsniveau.

4.4 Kompetenceudvikling

Indsatssteoriens antagelse³² er, at relevant efteruddannelse af personalet giver mulighed for afprøvning af ny praksis og træning i nye handlemuligheder. Der er iværksat efteruddannelses tiltag i både Ballerup, Brønderslev, Glostrup, Risskov, Slagelse og Aabenraa.

Projektafsnittenes ledelse og medarbejdere har deltaget i en række nationale, regionale og lokale kompetenceudviklingsaktiviteter. Det drejer sig om temadage, konferencer, kurser, undervisning, træning og/eller supervision. Se en oversigt med hovedindholdet i de mange aktiviteter i tabel 4.3.

Tabel 4.3: Kompetenceudviklingsområder

	Ballerup	Brønderslev	Glostrup	Risskov	Slagelse	Aabenraa
Introduktion af nye medarbejdere	X	X	X	X	X	X
Akut beroligende medicin/psykofarmakologi	-	-	X	-	(X)	X
Akutmodtagelse – den akutte psykiatriske patient (undervise somatisk personale)	(X)	-	X	-	-	X
Aggression Profile Guidelines (APG)	-	-	-	X	-	X
Deeskalering (håndtering af optrappede konfliktsituationer)	-	-	X	X	X	X
Kognitiv tilgang	X	-	X	(X)	(X)	-
Mentalisering	-	X	-	-	-	-
Misbrug/dobbeltdiagnoser	-	-	X	-	-	-
NADA (øre-akupunktur)	-	-	-	X	-	-
Patientens team	-	(X)	-	-	X	-
Psykodynamisk forståelse	-	-	-	(X)	-	-
Relationsbehandling	-	-	-	-	-	X
Risikovurdering ved hjælp af Brøset Violence Checklist - BVC	-	-	-	-	(X)	X
SafeWards	X	-	-	-	-	X
Sanseprofil-analyse og sanseintegration	-	-	X	-	-	X
See Think Act-modellen	-	-	X	-	-	-
Sikker Psykiatri	-	X	-	-	-	-
SOAS-R	-	-	X	-	X	-
Specialuddannelse for psykiatri-sygeplejersker	-	-	-	-	-	X
Tvang i psykiatrien (deltagelse i national konference marts 2015)	X	X	X	X	X	X
Vold i psykiatrien (Europæisk konference)	-	-	-	-	-	X

(X): Planlagt men ikke udført

Som tabel 4.3 viser, er der gennemført mange forskellige kompetenceudviklingsaktiviteter, og nogle af dem er sammenlignelige på tværs af de seks matrikler. De fleste steder har der været forsinkelser i noget af den planlagte kompetenceudvikling. Fx er den store efteruddannelsessatsning i Risskov først gået i gang i sommeren 2016.

³² Optimering af personalets faglige kompetencer er en af Huckshorns seks kernestrategier. Kompetenceudvikling er nævnt i satspuljeopslaget, som noget af det regionerne kunne søge penge til. Og regionernes projektafsnit viser, at en del af bevillingen er budgetteret til kompetenceudvikling.

Ballerup har gennemført en evaluering af deres kognitive kompetenceudviklingsaktiviteter med positive tilbagemeldinger fra deltagerne. To af de steder, hvor der har været kompetenceudvikling i kognitive metoder (Glostrup og Slagelse) rapporteres om udfordringer med at implementere de kognitive metoder i det daglige kliniske arbejde.³³ Slagelse har fra 2016 valgt at gennemføre kompetenceudvikling som learning lab, hvor undervisning i kognitive metoder kombineres med sidemandsoplæring. I Brønderslev foregår en del af kompetenceudviklingen i mentalisering også i høj grad som et led i det daglige arbejde, hvor en specialpsykolog er den fagligt ansvarlige.

Flere interviewpersoner og workshopdeltagere oplyser, at kompetenceudviklingen ikke kun handler om at give personalet nye konkrete redskaber, men også at arbejde med personalets tilgang til patienterne. Kompetenceudviklingen handler således om menneskesyn, værdier, holdninger, kommunikation og kultur. Det kan betyde, at det ikke er så relevant, at måle effekten af kompetenceudviklingen ved at monitorere i hvor høj grad personalet har anvendt et bestemt skema eller en konkret metode.

4.5 Patientrettede tiltag, ny klinisk praksis

Den kliniske praksis som kan bidrage til at undgå bæltefiksering og anden tvang samt de negative konsekvenser af at anvende tvang, kan opdeles i forebyggelsesmetoder, patientinddragelse og debriefing³⁴, og udgør indsatssteoriens tre patientrettede fokusområder.

Projektafsnittene har iværksat de fleste af de patientrettede tiltag, som fremgår af deres projektbeskrivelser og indsats teorier. Det er dog ikke alle tiltag, som endnu kan karakteriseres som ny, fuldt implementeret klinisk praksis. Personalet afprøver en række konkrete metoder, men der arbejdes i lige så høj på at ændre personalets tilgang til patienten og opbygge bedre relationer. Tabel 4.4 giver overblik over de mange elementer af den nye kliniske praksis.

³³ Erfaringerne fra fx Sct. Hans, som bl.a. blev formidlet på et webinar i gennembrudsprojektet i 2014, er også, at det er en langvarig proces at implementere kognitiv miljøterapi i psykiatrien.

³⁴ Denne opdeling er anvendt i Kevin Huckshorns artikel om seks kernestrategier, i satspuljeopslaget og i de udarbejdede indsats teorier.

Tabel 4.4: Patientrettede tiltag – Ny klinisk praksis

	Ballerup	Brønderslev	Glostrup	Risskov	Slagelse	Aabenraa
4. Forebyggelsesmetoder						
Samtaler	X	X	X	X	X	X
Risikovurdering ud fra Brøset Violence Checklist	X	X	X	X	X	X
Andre metoder til risikovurdering	X	X	X	X	X	X
Intensiv individuel personalestøtte til akut dårlige patienter	Interventions-team	Særlig indsats de første 24 timer	Plan om 1:1 kontakt de første 24 timer	Tidlig indsats og Særlig indsats	Særlig og tidlig	Særlig indsats-
Foreløbig behandlingsplan inkl. akut medicineringsplan	X	(X)	(X)	(X)	(X)	X
Daglige aktivitetstilbud	X	X	X	X	X	X
Sanserum	X	X	X		(X)	X
Målrettede, individuelle tilbud til patienter i særlig risiko for bæltefiksering	X	X	X	X	X	X
Andre miljøterapeutiske tilbud, fx samvær	X	X	X	X	X	X
Beroligende medicin	X	X	X	X	X	X
5. Patientinddragelse						
Spørgsmål til patienten ved indlæggelse	X	X	X	X	X	X
Patientens Team	-	(X)	-	-	X	-
Kriseplan/samarbejds-aftale/Mestringsstrategi	X	X	X	X	X	X
SafeWards	X	-	-	-	(X)	X
Patientmøder	X	X	-	-	X	-
Medarbejder med bruger-erfaring	X	-	X	X	X	-
6. Debriefing af patienter						
Eftersamtaler	X	X	X	X	X	X
Dele af indsats-teorien som ikke er iværksat	X	X	X	X	X	-

(x): Planlagt men ikke udført

4.6 Forebyggelsesmetoder

Forebyggelsesmetoder handler om brugen af varierede målrettede forebyggende redskaber.

Alle projektafsnit bruger samtaler som en metode til at forebygge konflikter, vold og bæltefiksering. Ligeledes har alle projektafsnit modtagelsessamtaler med patienten ved indlæggelsen. Det er i interview oplyst, at varigheden af en sådan samtale kan være 30-45 minutter, og at der anvendes forskellige redskaber, fx spørgeskemaer og tjeklister. Der anvendes fx triggerskema og mestringskema,

Der foreligger ikke systematiske opgørelser af, om alle patienter får disse samtaler, men LUP Psykiatri-data (se afsnit 3.4) tyder på, at det ikke er alle patienter på projektafsnittene, som oplever, at de potentielt tvangsforebyggende samtaler gennemføres – med udbytte for patienten. Som det fremgik af afsnit 3.4.4 spørges patienten i LUP Psykiatri, om de har haft en samtale med personalet om, hvad der kan virke beroligende. Det er ikke alle patienter fra projektafsnittene, der svarer ja på dette spørgsmål. Der er i forbindelse med denne midtvejsevaluering ikke indsamlet anden dokumentation for, hvor godt denne praksis er implementeret herunder hvor mange patienter, det ikke er muligt for personalet at gennemføre en sådan samtale med.

Alle de deltagende psykiatriske døgnafsnit oplyser, at de risikovurderer den enkelte patient ud fra Brøset Violence Checklist (BVC). Evaluator har ikke set opgørelser, der dokumenterer, at denne risikovurderingspraksis er fuldt implementeret, men det er en udbredt praksis i psykiatrien og er typisk indført inden forsøget med Bæltefri afsnit. Nogle afsnit oplyser, at de har undervist personalet i BVC i projektperioden.

BVC suppleres typisk af andre oplysninger om patienten, fx om patienten er tvangsindlagt på fareindikation, har en behandlingsdom for vold, tidligere har været bæltefikseret, er påvirket af narkotika eller alkohol m.m. – for at identificere risikopatienter, der skal have en særlig indsats.

Nogle af projektafsnittene anvender også andre metoder til risikovurdering. Fx anvendes Aggression Profile Guidelines (APG) i Aabenraa, og APG er også afprøvet i Risskov.

Forebyggelsesmetoder kan også anvendes som et led i en intensiv individuel personalestøtte til akut dårlige patienter. Det foregår på alle projektafsnit. Der kan være tale om skærmning, individuelle aktivitetstilbud, ophold i stillerum, sansestimulation. Det drejer sig dels om den tidlige indsats, der gøres for at modtage nyindlagte patienter (typisk de første 24 timer), og dels om den særlige indsats, der ydes til patienter med kendt risiko for at blive bæltefikseret.

Der udarbejdes en medicinplan for alle indlagte patienter som en del af behandlingsplanen. Alle afsnit anvender beroligende medicin – både med og uden anvendelse af tvang. Som en del af forebyggelsen af bæltefiksering er overlægerne i Aabenraa og Ballerup begyndt at udarbejde planer for, hvad den enkelte indlagte patient skal have af akut beroligende medicin, hvis der opstår et behov. Det er ikke ordination, men en hjælp til den vagthavende læge og en mulighed for at inddrage patienten før behovet opstår. De øvrige afsnit har planer om at gøre det samme.

Casebeskrivelserne dokumenterer, at alle projektafsnit anvender miljøterapeutiske forebyggelsesmetoder. Det kan fx være samvær med patienterne, aktiviteter på afsnittet og gåture. Samtlige afsnit har aktivitetstilbud til patienterne.

Der er etableret sanserum på afsnit i både Brønderslev, Glostrup og Aabenraa, mens det er under etablering i Ballerup. I Slagelse er der indrettet et stillerum uden for afsnittet, hvilket har afholdt personalet fra at bruge det til opkørte, udadreagerende patienter.

Alle projektafsnit har relevante tilbud til voldelige og selvskadende patienter. Men de individuelt målrettede tilbud er stadig under udvikling og afprøvning. I Ballerup er det interventionsteamet, som kan hjælpe med at finde relevante metoder og tilbud. I Glostrup er der en række forskellige fagpersoner, som kan hjælpe (musikterapeut, fysioterapeut m.fl.).

Visuel Analog Score (VAS) bruges i Risskov og Glostrup som før-efter-evalueringsredskab til at få data om og fra patienten på hvordan metoderne virker. SafeWards-konceptet indbefatter en akutkasse med redskaber, der kan virke beroligende.

4.7 Patientinddragelse

Patientinddragelse handler om synlig og øget inddragelse. Antagelsen er, at hvis patienten involveres mere, indgår vedkommende lettere i en positiv relation til personalet.

Patientinddragelse i det enkelte patientforløb begynder ved patientens ankomst til afsnittet, hvor der er indlæggelsessamtale og forsøg på etablering af en god relation. Senest dagen efter om formiddagen er der typisk gennemgang og lægesamtale med patienten. Loven har en række krav til patientinddragelse. Fra 2015 er det et lovkrav at søge at få patientens forhåndstilkendegivelse. I august 2016 har Sundhedsstyrelsen udsendt en ny vejledning om dette.³⁵ Aabenraa har i 2015 implementeret det nye lovkrav om forhåndstilkendegivelse fra patienten i form af spørgsmål til patienten ved indlæggelsessamtale mv. Det fremgår ikke klart af casestudierne i hvor høj de andre projektafsnit har gjort dette, men det at spørge patienten om forventninger og ønsker er muligvis en del af indlæggelsessamtaler og lægesamtaler alle steder. Sundhedsstyrelsen har beskrevet det i deres vejledning i flere år.

På alle afsnit søger personalet at samarbejde med patienten om, hvad der er hjælpsomt, og hvad der kan "trigge" patienten. Der anvendes standardiserede skemaer til denne dialog. Det kan fx have form af triggerskema, kriseplan, samarbejdsaftale og mestringsstrategi. Evaluator har ikke set opgørelser, der dokumenterer, i hvor høj grad denne praksis er fuldt implementeret.

SafeWards³⁶ handler i høj grad om at involvere de indlagte patienter i at etablere et sikkert og trygt psykiatrisk afsnit. Det er planen at implementere SafeWard på flere af projektafsnittene. Aabenraa havde inden sommerferien implementeret cirka halvdelen af de 10 interventioner, som er en del af konceptet. Ballerup er i gang med at implementere på tre afsnit. Slagelse har også planer om at implementere SafeWards, men er ikke gået i gang.

³⁵ Sundhedsstyrelsen har dog haft en vejledning om forhåndstilkendegivelse i flere år.

³⁶ Læs mere på safewards.net, hvor der er en dansk oversættelse af konceptet.

De indlagte patienter inddrages også på morgenmøder med personalet. Særligt Brønderslev har i projektperioden afprøvet, hvordan de indlagte patienter kan få mere indflydelse ved at tage emner op på morgenmødet.

Specielt Risskov fremhæver deres positive erfaringer med at ansætte en medarbejder med brugererfaring.

4.8 Debriefing af patienter

Debriefing omhandler systematisk anvendelse af redskaber til debriefing. Udover debriefing af patienter anbefaler Huckshorn også debriefing af personale og analyser af tvangsepisder for at forebygge nye episoder. Det betragtes i denne evaluering som et organisatorisk tiltag.

Deltagerne er i januar 2016 blevet opfordret til at registrere om bæltefikserede patienter, andre berørte patienter og berørt personale deltager i debriefing (eftersamtale) efter en bæltefikseringsepisode, men det er ikke en obligatorisk monitorering i den nationale evaluering.

De indsamlede og analyserede evalueringsdata tyder ikke på, at afsnittene har indført nye procedurer i forhold til debriefing af bæltefikserede patienter. Nogle interviewpersoner forklarer, at dette klares via lægesamtaler, daglig dialog med plejepersonale og eftersamtaler.

Der er ikke evalueringsdata, der tyder på, at Huckshorns anbefaling af Trauma-informed care anvendes systematisk på projektafsnittene. Interview med patienter tyder på, at ikke alle afsnit systematisk får afdækket, om patienten har haft traumatiske oplevelser, som fx seksuelle overgreb, som kan betyde, at anvendelse af tvang virker re-traumatiserende. Set i det lys kan intensjonen med forhåndstilkendegivelser heller ikke siges at være fuldt implementeret.

Implementering af SafeWards vil indebære, at der sættes fokus på debriefing, i det en af interventionerne hedder "genskab tryghed".

Efterfølgende tabel 4.5 viser projektafsnittenes vigtigste erfaringer, og hvad de mangler at få implementeret i forhold til projektbeskrivelserne, mens ovenstående afsnit har beskrevet status i forhold til indsatssteoriene.

Table 4.5: Overview of most important experiences

Afsnit	Hvad er de vigtigste positive erfaringer indtil nu?	Hvad mangler at blive iværksat/implementeret Fra projektbeskrivelserne?
Ballerup	Ledelsen, interventionsteamet, kompetenceudvikling i kognitive metoder, akut medicineringsplan, patientinddragelse og fysiske ændringer (front office/ sanserum) har bidraget til, at personalet på alle tre intensive sengeafsnit har en bælteforebyggende tilgang til patienterne. Indsatsen betragtes som i en gangværende kulturændring, der understøtter visionen om et bæltefrit center	SafeWards Flere individuelle aktivitetstilbud Personalets tilstedeværelse i fællesarealet (front office - på to afsnit)
Brønderslev	Det tilgængelige personale (miljøpersonen), morgenmøderne, sikkerhedsbriefingen (Sikker Psykiatri) og mentalisering som tilgang har bidraget til at videreudvikle personalets tilgang til patienterne og gøre behandlingskulturen mindre restriktiv	Alle tiltag i projektbeskrivelsen er i gangsat (Håndtering af misbrugsproblematikker?)
Glostrup	Forbedringsmøderne, analyser af bæltefikseringsepisoder (Second Opinion), aktivitetstilbud til patienterne, den tværfaglige personalegruppe og sanserummet har bidraget til at etablere et behandlingsmiljø og igangsætte en kulturændring, der forebygger bæltefiksering.	Medicin-guidelines Kognitiv miljøterapi Speakers Corner
Risskov	Den ledelsesmæssige organisering af den tidlige indsats, den særlige indsats, medarbejder med brugerbaggrund, aktivitetsmedarbejdere og personalets analyse af bæltefikseringsepisoder har bidraget til at ændre personalets tilgang til patienterne og give nye handlemuligheder i forhold til patienter i risiko for at blive bæltefikseret.	Kompetenceudvikling (efteruddannelse) i kognitive metoder og psykodynamisk forståelse. Akutmedicineringsplan
Slagelse	De nye fysiske rammer i Slagelse og de mange tilbud om fysisk aktivitet bidrager til at forbedre behandlingsmiljøet. Teamorganisering af indsatsen (Patientens team) bidrager til at tage bedre hånd om den enkelte patients ønsker og behov. Tavlemøder bidrager til at holde fokus på anvendelsen af tvang og den forebyggende indsats.	Plan for akut medicinerings Analyser af bf-episoder (review) Anvendelse af kognitive metoder Patientinddragelse Individuelle aktivitetstilbud målrettet pt med risiko Anvendelse af stillerum SafeWards
Aabenraa	Ledelsen og de nye fysiske rammer har bidraget til at skabe et imødekomende behandlingsmiljø Helhedsorienteret indsats i første indlæggelsesdøgn (særlig indsatsplan) har bidraget til at tilrettelægge en målrettet individuel indsats overfor patienterne i risiko for bæltefiksering	Stafetmetoden Udskrivelsesaftaler / koordinerende individuelle indsatsplaner for patienter med særlig risiko for bæltefiksering Fem SafeWards-interventioner

5 Aktuelle udfordringer

Baseret på de seks casestudier og de tværgående analyser har evaluatoren identificeret nedenstående aktuelle udfordringer, der alle vurderes at have betydning for projekternes evne til at nå målet om bæltefrihed i 2018. Punkt 8 har metodemæssig karakter, men er relevant for at sikre data til slutevalueringen, og derved evnen til at gennemføre en effektevaluering af indsatserne.

Afsnittet giver efterfølgende nogle foreløbige bud på, hvordan disse udfordringer kan forstås og håndteres. Afsnittet er samtidig inspireret af erfaringer fra gennembrudsprojekterne og af faglitteraturen.³⁷

1. Hvem er målgruppen for indsatsen?
2. Den tidlige indsats. De første 24 timer – og før indlæggelse
3. Risiko og sikkerhed: Patienter, som personalet vurderer som farlige
4. De fysiske rammer – mulighed for at patienterne kan trække sig, motionere, få frisk luft mv.
5. Personalets tilgængelighed og kompetencer
6. Hensynet til medpatienterne
7. Kulturen på afdelingen
8. Dokumentation af indsatserne

5.1 Hvem er målgruppen for indsatsen?

I flere ansøgninger og indsats teorier er målgruppen for indsatsen defineret som alle indlagte patienter på afsnittet. Det er godt i den forstand, at det kan udvikle hele afsnittet og behandlingsmiljøet generelt til glæde for alle patienter. Ulempen er, at indsatsen risikerer at blive for bredspektret og ikke tilstrækkeligt målrettet de patienter, som har størst risiko for at blive bæltefikseret. Selv i de mest travle måneder er det kun en lille del af patienterne, som bæltefikseres. Ikke alle patienter scorer mere end 2 på BVC. Ikke alle patienter tvangsindlægges på farlighedsindikation. Ikke alle patienter har voldsdomme og udadreagerende adfærd. En af erfaringerne er, at der er brug for individuelle aktivitetstilbud, fordi mange psykotiske patienter ikke kan, vil eller må deltage i fællesaktiviteter.

Omvendt er der i statusrapporterne og midtvejsevalueringen identificeret patienter, som ikke er eksplicit inkluderet i projektafsnittets målgruppe, fordi de ikke "hører til" på afsnittet:

1. Patienter, som fysisk ligger på et andet afsnit, men som er eller bliver projektafsnittets og/eller overlægens ansvar, fx
 - dobbeltindlagte med somatisk behandlingsbehov, som fysisk befinder sig på en fælles akutafdeling, og hvor bæltefiksering kun kan ske, fordi patienten er dobbeltindlagt og dermed formelt også indlagt i psykiatrien
 - patienter, som fortsat opholder sig – og bæltefikseres – i den psykiatriske akutmodtagelse, men som efterfølgende bliver overflyttet til projektafsnittet.
2. Patienter, som befinder sig fysisk på projektafsnittet, men som personalet ikke opfatter som "deres" patienter". Det kan fx være
 - retspsykiatriske patienter med behandlingsdom, som til dagligt behandles ambulant
 - surrogatfængslede, der afventer et grundlovsforhør eller en retssag

³⁷ Der er i dette afsnit ikke henvisninger til konkret litteratur, men en del litteratur om emnet er samlet her: <http://psykiatri.pbworks.com> Se også evalueringsrapport fra gennembrudsprojektet "Nedbringelse af Tvang i Psykiatrien 2012-2015", som findes her: <http://tvangipsykiatrien.DEFACTUM.dk>.

- aktive misbrugere med abstinenser eller stofpsykose, hvor ansvaret for misbrugsbehandling ikke ligger entydigt på projektafsnittet
- mentalt retarderede, som til dagligt bor på et socialpædagogisk bosted
- patienter med andet stamafsnit, som indlægges på grund pladsproblemer på andet afsnit osv.
- patienter, der diagnosemæssigt hører til på en anden specialafdeling. Patienten kan fx ankomme til afsnittet med en behandlingsplan, hvoraf det fremgår at patienten skal tvangsbehandles, fx på grund af livstruende underernæring.

Et vigtigt resultat af midtvejsevalueringen³⁸ er, at en del af de bæltefikseringsepisoder, der er analyseret, er af patienter, som personalet vurderer, er farlige. Det er en relativt lille gruppe personer, som fylder meget i tvangsstatistikken. Det ser ud til at, at projektafsnittene er i gang med at gøre sig flere erfaringer med, hvordan denne type patienter bedst håndteres, fx ved at identificere patienterne inden ankomsten til afsnittet og fra starten tilrettelægge en særlig indsats, der ikke kun omfatter skærmning til stuen.

5.2 Den tidlige indsats. De første 24 timer – og før indlæggelse

Projektafsnittene har stor fokus på den tidlige indsats. Mange bæltefikseringer iværksættes kort efter patientens ankomst til afsnittet. Udfordringen søges håndteret med flere forskellige tiltag og metoder, såsom

- Risikovurdering
- Tidlig indsats
- Særlig indsats
- Interventionsteam

Et problem er imidlertid, at situationen kan være meget opkørt allerede ved modtagelsen af patienten på afsnittet. Derfor er det relevant at overveje, om forudsætningen for at opnå bæltefrie afsnit er, at der sker en tidligere indsats for nogle patienter – endnu før indlæggelsen er en realitet.

En hypotese kunne fx være, at en effektiv forebyggende indsats er en medvirkende årsag til, at der er relativt få tvangsindlæggelser på afsnit 61/63 i Aabenraa.

Et stort problem er, at nogle patienter er påvirket af alkohol og/eller narkotika, når de ankommer – eller at de har voldsomme abstinenser. Det kan gøre det vanskeligt for personalet at etablere kontakt og kommunikere med patienten. En effektiv abstinensbehandling er derfor en forudsætning for at etablere en relation til patienten. Denne abstinensbehandling kan dog påvirke statistikkerne over medicinanvendelse på afsnittet, da den bl.a. foregår ved hjælp af benzodiazepiner. Det er vanskeligt at forhindre stofmisbrug på afdelingerne.

Et andet problem af relationel karakter er, når manglende kendskab mellem patient og personale fører til optrapning af konflikter. Til flere af projektafsnittene visiteres ud fra kapacitet (hvor der er plads). Det kan betyde, at patienten indlægges på en ukendt afdeling, hvor patient og personale ikke kender hinanden i forvejen. Nogle af disse overflyttes senere til en "kendt" afdeling, og dermed oplever patienten et kontinuitetsbrud i forløbet til følge. Dette kan øge patientens og personalets stressniveau og føre til konflikter, udadreagerende adfærd og måske i sidste ende bæltefiksering.

³⁸ Det er dog ikke ny viden. Det er fx også nævnt i evalueringen af gennembrudsprojektet "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015". Der arbejdes med problematikken i regionerne. Senest har regeringen spillet ud med et forslag til en ny institutions-type, så de mest voldelige borgere ikke længere skal være på almindelige socialpsykiatriske bosteder.

Dette problem forstærkes, når der opstår en farlig situation på et bosted og en beboer tvangsindlægges på fareindikation. Når beboere, der i forvejen er stressede, vrede og udadreagerende bliver afhentet af politiet og tvangsindlagt på et afsnit, hvor de måske ikke kender personalet, kan det være svært for personalet at undgå en bæltefiksering. Derfor er et bedre og tættere samarbejde med bosteder om personer, som har en kendt risiko for voldelig adfærd og bæltefiksering, formentlig også en del af løsningen på at undgå bæltefiksering. Interviewudsagn tyder på at der allerede er indgået udskrivningsaftaler og udarbejdet koordinationsplaner, hvor der fx er aftalt, at beboeren skal indlægges, når der er tidlige tegn på medicinsvigt, i stedet for at vente til en opkørt situation.³⁹

Det hænger sammen med den næste udfordring, nemlig at kunne vurdere risiko for vold af hensyn til høj patientsikkerhed og personalesikkerhed.

5.3 Risiko og sikkerhed: Patienter og situationer, som personalet vurderer som farlige

Lovhjemmelen til bæltefiksering i psykiatriloven er givet for at kunne beskytte patienten selv samt medpatienter og personale mod skader, når alle andre handlemuligheder er opbrugt.

Det kan være meget vanskeligt at vurdere i situationen om der er en risiko for at nogle kommer til skade. Specielt fordi personalet også kan være utrygt. De anvendte risikovurderingsredskaber tager ikke højde for alle situationer.

Når konkrete bæltefikseringsepisoder analyseres, er konklusionen nogle gange, at situationen ikke var farlig, og at bæltefiksering derfor set i bakspejlet kunne have været undgået. Andre gange er det sværere at se, hvad der i optakten og situationen kunne have været gjort anderledes.

En overlæge på et af projektafsnittene formulerer det på den måde, at personalet i psykiatrien har brug for en "faglighed om farlighed".

Implementeringen af tidlig og særlig indsats, interventionsteam, nye tilgange til patienten (fx, mentalisering), kognitive metoder, og de mange forebyggende metoder, triggerskemaer, SafeWards 10 interventioner, Sikker Psykiatri risikobriefinger, Aggressionsprofiler og/eller deeskaleringsmetoder kan muligvis forebygge en del af de farlige situationer, som har ført til bæltefiksering i 2015 og 2016. Denne midtvejsevaluering kan ikke give svar på det, men det er et oplagt fokus i det videre lokale analysearbejde og det nationale evalueringsarbejde.

5.4 De fysiske rammer – mulighed for at patienterne kan trække sig, motionere, få frisk luft mv.

Midtvejsevalueringen har samtidig haft fokus på de fysiske rammers betydning. Frihedsberøvelse, låste døre og begrænset plads kan i sig selv skabe aggression. Når der opstår en opkørt situation, er det sværere at trække sig. Patienter skærmes til stuen af hensyn til medpatienter og personale i stedet for at komme ud og afreagere. Både i Brønderslev og Risskov opfattes det som et problem, at de fysiske rammer ikke i tilstrækkelig grad understøtter målet om bæltetfrihed. Risiko for absentering gør fx, at potentielt farlige patienters mulighed for at komme ud og røre sig begrænses. I Brønderslev anvendes den opførte multibane ikke til de frihedsberøvede patienter, som personalet ikke kan lave aftaler med,

³⁹ Lige præcis denne udfordring er der en national og politisk drøftelse af i øjeblikket, hvor særlige institutionstyper overvejes. Omvendt advares der fra flere sider om at anvende mere tvang over for denne målgruppe.

på grund af risikoen for at patienten flygter fra den psykiatriske afdeling. I Risskov vurderes det, at afsnittets fysiske rammer begrænser personalets og patienternes handlemuligheder i opkørte situationer pga. de smalle gange og mange blinde vinkler. I Slagelse er etableret et stillerum, men ikke på selve sengeafsnittet, hvilket giver nogle begrænsninger ift. anvendeligheden af rummet i de akutte situationer. Et enkelt sanserum per afsnit kan også give praktiske begrænsninger, når personalet har fået erfaringer med at bruge rummet til opkørte patienter, og flere patienter har et samtidigt behov. De mange gode handlemuligheder for at tilbyde patienter fysisk aktivitet og sanseintegration kan således også blive begrænset af de fysiske rammer.

En god erfaring i projektet – og fra gennembrudsprojektet – er, at lade patienten komme ud og gå, løbe, cykle eller motionere på anden vis. Derfor er en handlemulighed, hvis der er dårlige fysiske rammer, at der afsættes to eller tre medarbejdere til at følge patienten udenfor. Denne handlemulighed indebærer en risiko, som skal vurderes, og det kræver, at personalet har tid og kompetencer til at benytte denne mulighed. I Brønderslev har de fx haft held til helt at undgå bæltefikseringer af en patient, der ellers ofte havnede i bælte, ved at lade vedkommende rase ud i skoven, under ledsagelse af i starten to, men nu blot én medarbejder, hvor patienten råber og slår på træer med en kæp.

5.5 Personalets tilgængelighed, antal og kompetencer

En vigtig del af forsøget er at opnormere og kompetenceudvikle personalet. Der er i kompetenceudviklingen blandt andet fokus på kommunikation, deeskalering, risikovurdering mv. Hvis farlige situationer skal afværges, kræver det, at personalet er til stede og kan gribe ind på en deeskalerende måde. Og det kræver, at nogle medarbejdere kan fokusere på denne opgave i længere tid,

Der er blandt projektdeltagerne en erkendelse af, at det ikke er alle medarbejdere, der er lige gode til at forebygge og håndtere konflikter, og at længerevarende konflikter kan være opslidende for personalet, at der kan være brug for friske øjne, og at der meget hurtigt kan være brug for flere medarbejdere på afsnittet i akutte situationer. Interventionsteamet i Ballerup er derfor et muligt svar på denne udfordring.

Kompetenceudvikling foregår som en del af det daglige arbejde ved at afprøve nye idéer og metoder i dagligdagen i samarbejde med patienter og kolleger, som dialoger i personalegruppen, ved at analysere bæltefikseringsepisoder og gennem anvendelse af supervision. Noget af kompetenceudviklingen foregår som kurser, temadage, netværksmøder og læringsseminarer. Kompetenceudvikling er en investering i fremtidens opgaveløsning. På kort sigt kan den dog betyde, at der er færre medarbejdere på arbejde, at der er færre blandt dem, der er på arbejde, som kender patienterne, og at afsnittet får ekstraordinære personaleudgifter. Nogle kompetenceudviklingsaktiviteter indebærer, at afsnittets faste personale ikke er sammen med patienterne. Konsekvensen er, at afsnittet skal indkalde afløsere, vikarer eller fast personale til ekstra vagter. Det kan derfor være relevant at være opmærksom på, om der opstår utilsigtede effekter af den måde kompetenceudviklingen foregår på. I Slagelse er valget af Learning Lab som kompetenceudviklingsmodel et muligt svar på den udfordring.

Et andet spørgsmål er, hvorvidt personalets køn, fysik og selvforsvarskompetencer også påvirker mulighederne for, at afsnittet bliver bæltefrit. Hvis personalet oplever sig utrygge ved en patient, kan det

føre til en optrapning af konflikten med patienten. På netværksmødet i maj 2015 blev det kort drøftet om professionelt vagtpersonale også kunne være en del af løsningen.⁴⁰

5.6 Hensynet til medpatienterne

Et vigtigt hensyn i psykiatrien er, at medpatienter ikke skal generes eller forulempes. Patienter med støjende og/eller truende adfærd skærmes derfor ofte til egen stue. Det kan resultere i en konfliktoptrapning at begrænse en vred patients fysiske rammer. En aktuell udfordring på flere af projektafsnittene er derfor at hjælpe patienter med en for andre belastende adfærd, uden at dette går ud over medpatienterne, og uden at situationen eskalerer og fører til anvendelse af fysisk magt.

En af de interviewede patienter har oplevet at det, at andre patienter tydeligt kunne høre hendes selvskadende adfærd, var medvirkende til, at hun blev fastholdt og kom i bælte.

En anden patient har over for evaluator fortalt, at han ikke personligt har følt sig truet af de medpatienter, som er endt med at blive bæltefikseret. Han oplever heller ikke, at bestræbelserne på at undgå bæltefiksering har gjort det mere utrygt at være patient. Samtidig opleves det dog som en stressfaktor at være indlagt på samme afsnit som meget psykotiske, voldsomme, stofpåvirkede patienter.

SafeWards-konceptet indeholder interventioner, der tager hånd om medpatienterne. Personale, der opholder sig i miljøet sammen med de andre patienter er formentlig en del af løsningen. En anden løsning er skærmede enheder (mulighed for at lukke en del af afsnittet af), som de fx har det i Aabenraa. En tredje mulighed er at give patienter mulighed for at komme fysisk væk fra afsnittets fællesarealer, fx i motionsrum eller sanserum, som fx Aabenraa, Ballerup og Glostrup anvender. Skærmning til stue er formentlig en nødløsning for de fleste patienter, jf. afsnittet om fysiske rammer.

5.7 Kulturen og udviklingen af nye kompetencer

Der er både blandt deltagerne, i litteraturen og i offentligheden en opmærksomhed på bæltefiksering som et kulturelt fænomen. I indsats teorierne anvendes kulturbegrebet også.

I dokumenter, på netværksmøder, i interviews og på workshops anvendes også begreberne "tilgang", "holdning til patienterne", "forforståelser" m.m. Antagelsen er med andre ord, at bæltefiksering også er et resultat af traditioner, vaner, hvordan personale på psykiatriske afdelinger tænker og agerer, hvad der tages for givet, hvordan man opfatter bæltefiksering og patienterne osv.

Flere af lederne og medarbejderne på afsnittene fortæller, at de oplever, at der er sket en holdningsændring, som indebærer, at personalet har fået en anden tilgang til patienterne, og at bæltefiksering kun ses som den absolutte nødløsning.

Det der af deltagerne omtales som kultur, ny tilgang til patienterne og holdningsændringer, spiller formentlig sammen med andre fænomener, som fx medarbejdernes personlighed, værdier, erfaringer, kompetencer og tavse viden, personalegruppens indbyrdes relationer, dynamik og ledelse, organisatorisk læring og sikkerhed. Noget af det, der ifølge interviewpersoner har bidraget til at skabe en holdningsændring eller ny tilgang til patienterne og en ny afsnitskultur, er organisationsændringer, lede-

⁴⁰ I sommeren 2016 har det været fremme i medierne, at Psykiatrisk afdeling i Randers har valgt at bruge et privat vagtfirma på et sengeafsnit.

rens adfærd, ændringer i personalegruppens sammensætning, kompetenceudvikling, temadage og analyser af konkrete episoder.

Der har været organisationsændringer inden for de seneste 2-3 år på alle de deltagende matrikler. To afsnit er flyttet til en anden by, og flere enheder er fusioneret. Flere afsnit er nedlagt. Mange medarbejdere på projektafsnittene har fået ny leder. Organisationsændringerne og lederskiftene har både bidraget til ønsket kulturændring og – i perioder – taget fokus fra arbejdet med at blive bæltefri.

Set med kulturbriller er det måske i lige så høj grad måden, personalet anvender de forskellige forebyggende, patientinvolverende og deeskalerende metoder, der resulterer i færre bæltefikseringer, som det er metoderne og tilbuddene i sig selv. Det er muligvis relationen mellem patient og personale, der er afgørende. Det betyder, at det formentlig ikke er tilstrækkeligt at 'tælle' i hvor høj grad metoderne er implementeret. Det kan ikke på nuværende tidspunkt afgøres, hvad der egentlig er virkningsmekanismen. Det er relevant i forhold til slutevalueringen at have en opmærksomhed på dette.

5.8 Dokumentation af indsatserne

Midtvejsevalueringen giver anledning til at vurdere, om datakvaliteten er tilstrækkelig til at gennemføre en effektevaluering af de afprøvede indsatser og metoder, som er slutevalueringens formål. Det er vigtigt, at der i slutevalueringen er gode data om kvaliteten, relevansen og effekten af indsatserne, bæltefikseringerne, anden tvang, medicinanvendelse og konteksten.

Flere af projektafsnittene har meget få besvarede LUP-spørgeskemaer i 2015. LUP-data vil blive mere anvendelige og kunne sige mere om udviklingen, hvis der indgår flere besvarede spørgeskemaer (respondenter) i datagrundlaget. Det er stadig muligt for projektafsnittene at få flere svar i næste runde af LUP, som indsamles i efteråret 2016. LUP Psykiatri er baseret på personlig udlevering af spørgeskemaet, hvilket giver personalet mulighed for at gøre en aktiv indsats for at få udleveret flere spørgeskemaer og fortælle patienterne, hvorfor det er vigtigt at besvare spørgeskemaet.

Herudover vil der i slutevalueringen kunne indgå data fra lokale patientundersøgelser, fx iPad-baserede spørgeskemaundersøgelser og lignende. Resultater herfra kan formidles via selvevalueringen.

Tvangstallene fra det nationale register mangler i nogle tilfælde afsnitskoder, hvilket er nødvendigt for at kunne indgå i datagrundlaget. Hertil kommer udfordringerne med at identificere dobbeltlindlagte og overflyttede patienter. Midtvejsevalueringen har givet nye erfaringer med, hvordan dette kan håndteres.

6 Konklusion og anbefalinger

Denne midtvejsevaluering undersøger og vurderer satspuljeprojektet om forsøg med bæltefrie afdelinger, som gennemføres i perioden oktober 2014–december 2017, for at give en status på:

1. om formålet med satspuljeprojektet om at blive bæltefri – foreløbigt – er opfyldt, herunder om det er realistisk/sandsynligt, at de deltagende afsnit er bæltefrie ved udgangen af 2017
2. hvilke erfaringer der – indtil nu – er gjort i projektet i forhold til implementering af indsatser, herunder udfordringer i forhold til at nå målet
3. om det er relevant at justere de indsatsteorier, som er grundlaget for slutevalueringen.

Konklusioner i forhold til punkt et er baseret på analyser af data fra TIP, mens punkt to og tre er baseret på primært casestudierne, og derudover statusrapporter, referater og korrespondance med projekterne.

6.1 Er formålet med satspuljeprojektet – foreløbigt – opfyldt?

Satspuljeprojektet om forsøg med bæltefrie afdelinger i psykiatrien er langt med at opnå sit formål med at udvikle et behandlingsmiljø, hvor der ikke anvendes bæltefiksering.

Alle projektafsnit har haft bæltefrie perioder. Fra januar til april 2016 har der været følgende antal bæltefikseringer/antal dage siden sidste bæltefiksering per 30. april 2016: Ballerup 8/75, Brønderslev 53/0, Glostrup 3/27, Risskov 7/43, Slagelse 3/0 og Aabenraa 1/106.

Således er nogle projektafsnit tæt på at nå målet om at blive bæltefrie, mens andre ligger længere fra.

Det er blevet drøftet på netværksmøder, interviews og workshop hvad "bæltefri afdeling" konkret betyder. Ballerups mål er eksempelvis maksimalt 10 bæltefikseringer i 2017. Ingen af projektafsnittene er på nuværende tidspunkt klar til helt at afskaffe bæltefikseringerne. Der kan opstå konkrete situationer, hvor overlægen og personalet vurderer, at bæltefiksering af en indlagt patient er nødvendig.

Evaluator vurderer, at det er realistisk, at flere af de deltagende afsnit, så som Aabenraa, Ballerup, Glostrup og Slagelse – stort set - er bæltefrie i 2017, hvis der ikke ændres ved kontekst/vilkår.

En forudsætning for at nedbringe bæltefikseringerne er, at målet om bæltefrie afdelinger ikke opnås på bekostning af en stigning i medicinforbruget. Omvendt vurderer overlæger fra flere af projektafsnittene, at en del farlig patientadfærd kan skyldes psykoser, som skyldes medicinsvigt eller abstinenser, som kan behandles medicinsk – og at akut beroligende medicin kan være nødvendigt. Her kan problemet være, at behandlingen igangsættes for sent.

En anden præmis i forsøget er, at bæltefiksering skal ske uden at anden anvendelse af tvang stiger. Mindste-middel-princippet gør, at anden tvang ofte er at foretrække fremfor bæltefiksering. Der ses ingen signifikant udvikling i forhold til andre former for tvang eller antallet af tvangsepisoder med beroligende medicin. Det er derfor ikke på nuværende tidspunkt er belæg for at konkludere, at anden tvang stiger i takt med, at bæltefikseringerne reduceres.

6.2 Hvad er de foreløbige erfaringer i forhold til implementering af indsatser?

De foreløbige erfaringer knytter sig bl.a. til de indsatsområder, der er afprøvet og implementeret. Men de knytter sig også til konteksten og målgruppen for indsatsen. Der er afprøvet mange relevante indsatser og metoder. Nogle af dem er implementeret som ny praksis. Andre afprøves og tilpasses fortsat den lokale kontekst.

På alle seks indsatsområder har afsnittene implementeret nye tiltag. Det varierer fra sted til sted, hvor langt de er med tiltagene, og hvilke udfordringer de har haft i processen, samt om der på evaluerings-tidspunktet har været dokumentation for, at indsatsen er implementeret.

Der er tre personalerettede fokusområder. For fokusområdet **ledelse** er der på alle afsnit defineret mål, rekrutteret nyt personale, og der bliver regelmæssigt afholdt møder, hvor bæltefiksering drøftes. Der har været perioder med vakante stillinger i både Ballerup, Brønderslev, Risskov, Slagelse og Aabenraa.

Hvad angår patient- og pårørendeinddragelse på organisatorisk niveau er dette typisk sket ved at have patient- eller pårørenderepræsentanter i styregruppen, dog mødes styregruppen typisk ikke så ofte. Slagelse og Aabenraa har først involveret brugere i 2016. Samarbejde med andre sektorer er et andet område, hvor flere afsnit ikke har igangsat ny praksis.

For fokusområdet **anvendelse af data** gælder, at det sker på alle afsnit via registrering og analyse af bæltefikseringsepisoder og ved, at tvangstal drøftes med personalet. Aabenraa og Glostrup gennemfører analyser af nærved-hændelser, Alle afsnit registrerer voldsepisoder.

Ballerup, Glostrup og Aabenraa har gennemført **kompetenceudvikling** som planlagt, mens nogle af de planlagte kompetenceudviklingstiltag i Brønderslev, Risskov og Slagelse er blevet forsinket eller ændret. Indholdsmæssigt er det mange forskellige uddannelsestiltag afsnittene har igangsat. Introduktion af nye medarbejdere er et gennemgående tema på alle projektafsnit. Deeskalering er et tema, der går igen på fire ud af seks afsnit, men ellers er det meget varierende tiltag.

Der er tre patientrettede fokusområder. Vedrørende **forebyggelsesmetoder** gælder det, at alle projektafsnit bruger samtaler som en metode til at forebygge konflikter, vold og bæltefiksering. Evalueringen indeholder ikke kvantitative opgørelser af, om alle patienter deltager i indlæggessamtaler, men data fra LUP Psykiatri viser, at det ikke er alle patienter på projektafsnittene, som svarer, at de har deltaget i en samtale med personalet om, hvad der kan virke beroligende.

Alle projektafsnit risikovurderer patienterne og gennemfører intensiv individuel personalestøtte til akut dårlige patienter. Især er der fokus på den tidlige indsats og den særlige indsats, der ydes til patienter med kendt risiko for at blive bæltefikseret. Selvom tidlig indsats generelt er implementeret, er der udfordringer i forhold til eksempelvis særlige grupper af patienter, som tvangsindlægges eller overflyttes fra andre afsnit på et tidspunkt, hvor forebyggelsestiltag er for sent. Koordinering af tværsektorielt samarbejde er relevant i denne sammenhæng.

Der udarbejdes en medicinplan for alle indlagte patienter, som en del af behandlingsplanen. Alle afsnit anvender beroligende medicin, og i Aabenraa og Ballerup er de begyndt at udarbejde planer for, hvad den enkelte indlagte patient skal have af akut beroligende medicin, hvis behovet opstår. I Slagelse er der udarbejdet guidelines. Derudover er der etableret miljøterapeutisk forebyggelsesmetoder på alle afsnit samt sanserum i Ballerup, Brønderslev, Glostrup og Aabenraa.

Aktivitetstilbud som metode til at forebygge tvang er et fokuspunkt, og midtvejsevalueringen finder en række implementeringsudfordringer, når det handler om tilbud til de patienter, som er i størst risiko for at blive bæltefikseret. Brønderslev har fx ikke mulighed for at udnytte en multibane for alle patienter pga. risiko for, at nogle patienter flygter, og i Slagelse er et stillerum placeret for langt væk fra afsnittet i akutte situationer, hvorved potentialet ikke udnyttes fuldt ud. Også i Risskov giver de fysiske rammer nogle begrænsninger, når det gælder aktivitetstilbud. Generelt handler det om at have og prioritere personaleressourcer for at kunne give særlige og individuelle aktivitetstilbud til de patienter, der er i størst risiko for at blive bæltefikseret. Alle deltagende afsnit oplyser, at de har relevante tilbud til voldelige og selvskadende patienter. Men de individuelt målrettede aktivitetstilbud er stadig under udvikling og afprøvning.

For fokusområdet **patientinddragelse** gælder, at Aabenraa har implementeret det nye lovkrav om forhåndstilkendegivelse fra patienten i form af spørgsmål ved indlæggessamtale m.v. Casestudierne kan ikke dokumentere, at de andre projektafsnit har implementeret dette. Det er planen, at implementere SafeWard på flere af de deltagende afsnit. Det ser ud til, at Aabenraa er det afsnit, der er kommet længst med dette.

Patientmøder er især implementeret i Ballerup, Brønderslev og Slagelse. I Risskov er der positive erfaringer med ansættelse af en medarbejder med brugererfaring.

For det sidste fokusområde **debriefing**, som omhandler systematisk anvendelse af redskaber hertil, kan det på nuværende tidspunkt ikke dokumenteres, at der er indført ny praksis på de deltagende afsnit. Det kan heller ikke dokumenteres, at Huckshorns anbefaling af Trauma-informed care anvendes systematisk på projektafsnittene.

6.3 Justering af indsats teorierne - anbefalinger

På baggrund af midtvejsevalueringen anbefaler evaluatoren, at indsats teorierne justeres. De lokale indsats teorier er generelt i god overensstemmelse med anbefalingerne i litteraturen og med de lokale data. De valgte indsats områder og metoder opleves som relevante og tilstrækkelige af de fleste interviewede. Dog kan de lokale indsats teorier med fordel revurderes og eventuelt skærpes yderligere, hvad angår indsats områder, forandringstiltag, antagelserne om virkningsmekanismer, kontekstfaktorer og procesindikatorer.

Tabel 4.2, 4.4 og 4.5 i afsnittet om status på implementering kan bruges til inspiration til projekterne til at revurdere de indsats, der ikke er implementeret og herunder tage stilling til, om de skal iværksættes eller alternativt fjernes fra indsats teorien.

Målgrupperne i de lokale indsats teorier skal afspejle de patienter, der indlægges på afsnittet med særligt fokus på dem, der er i forudsigelig risiko for at blive bæltefikseret.

Evaluatoren anbefaler at præcisere målgruppebeskrivelserne i de lokale indsats teorier ud fra hvilke patienter, der er blevet bæltefikseret i 2015/2016 og specificere, hvordan sådanne bæltefikseringer kan undgås fremadrettet.

Evaluatoren anbefaler, at der i indsats teorierne medtages tiltag, indsats og metoder, der kan bidrage til at styrke en tidligere indsats overfor patienter/borgere med særlig risiko for bæltefiksering. Det kunne fx omfatte udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner udarbejdet i samarbejde med patienten, pårø-

rende, den regionale ambulante psykiatri, kommunale socialarbejdere, misbrugscentre og ledere eller kontaktpædagoger på socialpsykiatriske bosteder.

Evaluator vurderer, at nogle afsnit skal have forbedret de fysiske rammer eller tænke alternative løsninger ind, hvis de skal nå målet om bæltefrihed i 2017.

Det er til denne midtvejsevaluering ikke lykkedes at identificere indikatorer for medicinanvendelse, der er generel opbakning til, og hvor der samtidig er tilgængelige data fra alle projektafsnit (alle fem regioner). Det anbefales, at regionerne og/eller Sundhedsstyrelsen – i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab, fx i regi af den nationale task force, drøfter status på regionernes medicinmonitorering og om muligt bliver enige om velegnede kvalitetsindikatorer og dataindsamlingsmetoder til at monitorere og vurdere medicinanvendelsen i den akutte fase, så projektafsnittene i 2017 kan blive vurderet ud fra samme kvalitetskriterier som resten af akutpsykiatrien.

7 Litteratur

Kevin A. Huckshorn:

"Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention"

Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services 2004 Sep;42(9):22-33.

Jesper Bak, Mette Brandt-Christensen, Dorte Maria Sestoft og Vibeke Zoffmann:

Mechanical Restraint – Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – A Systematic Review, *Perspectives in Psychiatric Care*, Volume 48, Issue 2, pages 83–94, April 2012

Regeringens psykiatriudvalg:

"En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser"

Oktober2013

Satspuljeaftale for psykiatri 2014-2017

Bilag 1-3

Skrevet af DEFACTUM og COWI
på vegne af Sundhedsstyrelsen



Midtvejsevaluering af Forsøg med bæltefri afdelinger

Bilag 1: Metodekommentarer

Databeskrivelse og metode

DEFACTUM har analyseret TIP-data udtrukket af Sundhedsdatastyrelsen. For de deltagende afsnit er der data for perioden januar 2014 – april 2016. Med hensyn til afdelingsdata ses der på januar 2012 – april 2016. Begrundelsen for på afdelingsniveau at kigge længere tilbage i tid end projektperioden er, at der allerede med ”Satspuljeprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015” blev sat stort fokus på nedbringelse af tvang. Flere deltagende afdelinger i projekt bæltefrit afsnit deltog ligeledes i dette projekt.

Med henblik på at forbedre datakompletheden for TIP-data, har regionerne haft mulighed for at sende cpr-liste til Sundhedsdatastyrelsen, som har koblet afsnit på data, hvor det har været muligt. Fire ud af fem regioner har sendt cpr-liste til Sundhedsdatastyrelsen. Proceduren har dog ikke løst alle udfordringer. Det har fx fortsat ikke været muligt at koble afsnit på registreringer med kobling til to afsnit. En udfordring der for en enkel projektafdeling er gældende for cirka 20 % af tvangsregistreringerne¹.

Anvendelse af afsnitskoder i indberetningen til det nationale tvangsregister (TiP)volder stadig problemer i nogle regioner. Det er bl.a. overflytninger af patienter mellem afsnit, der giver problemer. Det gør det stadig vanskeligt at følge udviklingen i anvendelsen af tvang på afsnitsniveau ved hjælp af det nationale tvangsregister². Men de regioner, som ikke systematisk bruger afsnitskoder i TiP, vælger selv at koble tvangsdata til afsnitsdata fra de patientadministrative systemer., så de kan levere tal til afsnitsniveauet – og identificere de dobbeltindlagte patienter.

Flere afdelinger har lavet organisatoriske ændringer i projektperioden, hvilket har gjort det sværere at få de korrekte og relevante tal for tvang. For nogle afsnit betyder dette at en tidssammenligning ikke har været mulig.

TIP-databasen er valgt som datakilde med henblik på ensartet at kunne undersøge udviklingen på tværs af de deltagende afsnit og afdelinger. DEFACTUM har rensset dataudtrækket i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning³.

Data er ikke valideret med projektafdelingerne. Det antages, at eventuelle forskelle i data fra henholdsvis projektafdelingerne og evaluator kan forklares med en mindre omfattende datavalidering på afdelingsniveau. Graferne i indeværende afsnit bygger derfor på TIP-data, som DEFACTUM har bearbejdet.

1 Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

2 I denne evaluering er benyttet en procedure, hvor regionerne informerer Sundhedsdatastyrelsen om de patienter, som har været indlagt på de deltagende afsnit.

3 Register over anvendelse af tvang i psykiatrien, opdateret januar 2015”. Sundhedsdatastyrelsen rensset ikke data, men ved rensning af data, er det fortsat denne registerdeklaration, som er gældende.

Det har siden 2005 været lovpligtigt at indberette al anvendt tvang i psykiatrien til "Register over anvendelse af tvang i psykiatrien" (TIP). Det er et krav fra projektets side, jf. satspuljeopslaget, at de deltagende afsnit indberetter deres tvangsepisoder med afsnitskode i TIP.

Ved at indberette med afsnitskode kan afsnittet trække egne data for løbende at monitorere på udviklingen i projektet. Evaluator har konstateret, at flere projektafdelinger ikke i hele perioden januar 2014 – april 2016 har været systematiske i indberetning af data på afsnitskode til TIP. Som nævnt ovenfor er datakompletheden søgt udbedret via cpr-lister fra projektafdelingerne. Der er dog fortsat forbedringspotentialer, som bør arbejdes med forud for slutevalueringen.

1.1 Rensning af data

Rensning af SEI-data i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning betyder i praksis følgende måde:

- Registreringer med manglende ophørsdato er slettet. Dette gælder ikke akut beroligende medicin, hvor ophørsdato (og klokkeslæt) er sat til iværksættelsesdato (og klokkeslæt).
- Dobbeltindberetning i form af identiske CPR-numre, sygehusafdelingskode, afsnitskode, tvangstype og iværksættelsesdato (og klokkeslæt) er slettet. Indberetningen med den længste varighed (og ophørsdato) er som udgangspunkt bibeholdt.
- Dobbeltindberetninger i form af identiske CPR-numre, sygehusafdelingskode, afsnitskode, tvangstype og overlappende datoer (og klokkeslæt) er kollapsede til én indberetning med henholdsvis tidligste og seneste iværksættelsesdato (og klokkeslæt) og ophørsdato (og klokkeslæt), hvorefter varigheden er beregnet.
- Dobbeltindberetninger af fiksering med remme, hvor der indberettes fiksering af hver arm/ben i stedet én samlet fiksering fra første rem sættes til sidste rem løsnes er således håndteret som en delmængde i ovenstående.
- Fastholden indberettet samtidigt med anden fysisk magtanvendelse er slettet. Det vil sige identiske CPR-numre, sygehusafdelingskode, afsnitskode, indlæggelsesdato og iværksættelsesdato (og klokkeslæt).

Selv om DEFACTUM har rensset TIP-data i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning, bør analyser på baggrund af TIP-data fortsat læses med visse præmisser og forbehold in mente. Nogle af de vigtige er oplyst nedenfor:

- Sekretærerne på afsnittene har 10 dage til at indberette tvangsepisoder til TIP. Derfor bygger midtvejs alene på data frem til og med april 2016.
- En udfordring med anvendelse af tvangsdata på afsnitsniveau er, at tvangsepisoder registreres på det afsnit, tvangen er påbegyndt. Dette, uanset om tvangen fortsætter på et andet afsnit. Omfanget af overflytninger med uafsluttede tvangsepisoder er ikke undersøgt. Problematikken betyder, at afsnit med akutmodtagelse kan være noteret for længere varighed af tvangsepisoderne, og at nogle af de afsnit som ikke har akutmodtagelse måske har haft flere tvangsepisoder, end det fremgår af data udtrukket på afsnitskode.
- En anden udfordring er de såkaldte dobbeltindlæggelser, hvor patienten undervejs i indlæggelsen i psykiatrien ligeledes er indlagt på en somatisk afdeling. Tvangsepisoder, der er foregået under opholdet på den somatiske afdeling, indgår i den psykiatriske afdelings tvangsstatistik. Omfanget af denne problemstilling er ikke undersøgt.

1.2 Interview med patienter

I evalueringsdesignet er der skitseret gennemførelse af seks telefoninterviews med patienter. Evaluator overvejede flere forskellige metoder til at få kontakt med patienter, der havde været indlagt på afsnittet, fx om kontakt skulle formidles via patientrådgivere. Valget blev at bede hvert afsnit om at indhente samtykke fra en patient og oplyse evaluator fornavn og telefonnummer via telefon. Intentionen var at få fat i seks patienter, som;

- Lige havde været indlagt på et af deltagende afsnit i projektperioden
- Gerne havde været indlagt på samme afsnit før
- Selv havde oplevet tvang i psykiatrien (fx tvangsindlæggelse, og om muligt bæltefiksering), men ikke nødvendigvis under den aktuelle indlæggelse.

Der er gennemført telefoninterview med to patienter. Yderligere to patienter er kontaktet af DEFACTUM, men på et tidspunkt, hvor de ikke var i stand til at gennemføre interview pga sygdom. To afsnit har ikke indhentet samtykke og leveret kontaktoplysninger om en patient, der ville og kunne interviewes. En yderligere patient deltog i en del af tiden i en lokal workshop. Af hensyn til anonymitet er det ikke oplyst hvor de interviewede patienter kommer fra. I alt har evaluator talt med fem forskellige patienter. Erfaringerne fra midtvejsevalueringen bruges til at genoverveje, hvordan patientperspektivet bedst kommer med i slutevalueringen.

1.3 Analysetilgang

Statistisk proceskontrol (SPC) benyttes som metode til at analysere udviklingen i anvendt tvang. Det sker ved at organisere og præsentere data grafisk som tidsserier, opdelt på måneder, og studere variation. Som redskab til at vurdere om anvendelsen af tvang er blevet reduceret i 2014 og 2015, er der valgt en statistisk test tilknyttet seriediagrammet. Seriediagrammet er et kurvediagram med en indikatorværdi på y-akse, tid på x-akse samt en vandret medianlinje. Der er flere statistiske test knyttet til seriediagrammet. I denne midtvejsevaluering er fokus på, om der er sket et "skift" ved at seks eller flere punkter i træk ligger under/over baseline-medianen. Sandsynligheden for, at et sådan skift blot er tilfældig variation, er meget lille. Et skift er derfor tegn på, at der med stor statistisk sikkerhed er sket en ændring på den valgte kvalitetsindikator. Den valgte test er således meget enkel, og kan foretages ved at se, om antallet af tvangsepisoder seks måneder i træk alle ligger under medianlinjen.

Der er indsat baseline-median i SPC diagrammerne. Baseline-medianen er beregnet på data fra kalenderåret 2014. 2014 er valgt som starttidspunkt, fordi det er året, der går forud for, at projektafdelingerne for alvor går i gang med projektindsatserne

SPC-analyserne er i de tilfælde, hvor der er sket et skift i forhold til baseline-medianen, suppleret med en test af, hvorvidt forskelle på baseline-medianen og medianen for den efterfølgende periode er statistisk signifikant. Som statistisk beregningsmetode er der anvendt Mann-Whitney test, og alle statistiske test er foretaget med et signifikansniveau på 5 % ($\alpha = 0,05$). Er forskellen signifikant, er der indsat en ny median for den resterende projektperiode i SPC-diagrammerne

Bilag 2: National indsats teori

MÅLGRUPPER		DE SEKS FOKUSOMRÅDER			EKSEMPLER PÅ LOKALE INDSATsomRÅDER		ANTAGELSER OM VIRKNINGSMEKANISMER		KORTSIGTEDE RESULTATER		LANGTSIGTEDE RESULTATER	
Personalet Plejepersonale Læger Fysioterapeuter Andre	Ledelse Etablering af organisatoriske forhold og visioner Anvendelse af data Brug registreringspraksis som ledelsesredskab Kompetenceudvikling Optimering af personalets faglige kompetencer	Mål og plan for at afskaffe bæltefiksering Drøfte tvang på møder Teamorganisering af tidlig og særlig indsats Tvangstal drøftes Analyse af bæltefikserings-episoder Identificere patienter med særlig risiko Efteruddannelse Vejledning Træning af metoder	Ledelsesmæssig opmærksomhed giver organisationen og det kliniske personale fokus på at undgå bæltefiksering Analyser af data bidrager til at personalet lærer af de konkrete episoder Relevant efteruddannelse giver personalet mulighed for at afprøve ny praksis Personalet træner nye handlemuligheder	Personalet afprøver nye metoder med henblik på at implementere ny praksis Personalet oplever metoderne som relevante	En kultur der understøtter et godt arbejds- og behandlingsmiljø uden vold og bæltefiksering og med Lavt/lavere sygefravær Få/færre arbejdsskader	Forebyggelsesmetoder Brug af varierende og målrettede forebyggende redskaber Patientinddragelse Synlig øget inddragelse Debriefing Systematisk anvendelse af debriefing redskaber	Tidlig og særlig individuel indsats Medicinplan og Mijjterapi Samtaler og Aktivitetstilbud Forhåndstilkendegivelser Samarbejdsaftaler SafeWards Eftersamtaler	Personalets nye praksis hjælper patienterne med at mestre uro, angst og vrede Deeskalering af konflikter Hvis patienten involveres mere, indgår patienten lettere i en positiv relation med personalet Tvangsepisoders potentielt traumatiserende virkning kan modvirkes ved at følge op på episoden	Færre konflikter, opkørte situationer og voldsepisoder Færre bæltefikseringsepisoder Patienter føler sig mødt, anerkendt og godt behandlet	Et godt og sikkert behandlingsmiljø, hvor patienter får hjælp uden at blive bæltefikseret Få/ nogen patienter bæltefikseres Færre andre tvangsepisoder Høj patienttilfredshed Recovery		
											Patienter Potentielt farlige Voldelige Selvskadende	
											Kontekst: Faktorer, som påvirker indsatsen og/eller effekten. Betingelser og barrierer	

Bilag 3: Væsentlige aktiviteter i og omkring satspuljeprojektet

Med henblik på at give et kort overblik, er de vigtigste større aktiviteter med betydning for satspuljeprojektet beskrevet i tabel 3.1 nedenfor. Rækkefølgen er tidskronologisk, hvorfor der veksles mellem projekttaktiviteter og projektrelaterede aktiviteter.

Tabel 3.1: Overblik over aktiviteter

Tidspunkt	Begivenhed
August 2014	Deadline for indsendelse af ansøgning om at deltage i projektet.
Oktober 2014	Sundhedsstyrelsen giver besked om bevilling til projektafsnit. Regionerne udarbejder reviderede projektbeskrivelser.
November 2014	Repræsentanter for projektafsnittene deltager i et introduktionsmøde med Sundhedsstyrelsen, hvor forsker i reduktion af bæltefiksering Jesper Bak holder oplæg om blandt andet Huckshorns kernestrategier, SafeWards, Trauma-Informed Care og egen forskning.
Marts 2015	I forbindelse med afslutning på gennembrudsprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien - 2012-2015 afholdes en national konference om tvang i psykiatrien i Nyborg om SafeWards, Trauma-informed Care og Huckshorns seks kernestrategier. Alle seks projektafsnit har været repræsenteret ved konferencen.
April 2015	Sundhedsstyrelsen indgår efter udbud aftale med COWI og DEFACTUM om at evaluere Forsøg med bæltefri afdelinger og tre andre satspuljeprojekter.
Maj 2015	National monitoring af anvendelsen af tvang ved hjælp af 15 indikatorer offentliggøres, jf. partnerskabsaftalerne.
Maj 2015	Nationalt netværksmøde i Ballerup, hvor det foreløbige design af den nationale evaluering præsenteres.
Sommeren 2015	Evaluator gennemfører seks lokale indsats teoriworkshops med repræsentanter for projektafsnittene.
Sommeren 2015	Den danske oversættelse af SafeWards offentliggøres.
Oktober 2015	Projektafsnittene afleverer statusrapport 2015 til Sundhedsstyrelsen.
Oktober 2015	Sikker Psykiatri lancerer sin tvangspakke.
November 2015	Nationalt netværksmøde i Risskov, hvor de foreløbige erfaringer præsenteres og drøftes. Evalueringsdesignet drøftes.
December 2015	Sundhedsstyrelsen giver tilbagemelding på statusrapporterne til projektafsnittene.
Januar 2016	Revideret evalueringsdesign udsendes til deltagerne og evaluator tager efterfølgende kontakt til projektafsnit om monitorering af ny praksis.

Tidspunkt	Begivenhed
April 2016	Evaluator gennemfører telefoninterviews med projektleder, leder og medarbejder fra hvert projektafsnit.
Maj 2016	Nationalt netværksmøde i Aabenraa, hvor de foreløbige erfaringer præsenteres og drøftes.
Maj 2016	Evaluator afholder workshops med projektafsnittene, hvor udkast til casebeskrivelser drøftes (bilag til midtvejsevalueringen).

