



Tvang i psykiatrien

– håndtering og forebyggelse

Idékatalog

Forebyggelse af tvang

Når tvang anvendes

Opfølgning på tvangsepisoder



Kolofon



Det nationale kvalitetetsprojekt vedr. tvang i
psykiatrien

Centerchef: Peter Rhode: Peter.Rhode@stab.rm.dk
Projektleder: Britta Ravn: Britta.Ravn@stab.rm.dk
Konsulent: Lise Arnth: Lise.Arnth@stab.rm.dk

Center for Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland, Regionshuset Århus
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N

Hjemmeside:
www.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk

© Center for Kvalitetsudvikling,
Region Midtjylland, 2010

Introduktion og læsevejledning



Har du af og til fornemmelsen af

- At en tvangsforanstaltning kunne have været undgået eller minimeret?
- At I ikke fik delt jeres tanker om episoden med kolleger og måske ledelsen?
- At I kunne bruge nye ideer og metoder til at forebygge anvendelsen af tvang?


Så er det relevant at kigge nærmere i dette Idékatalog!

Idékataloget indeholder en oversigt over gode og effektive arbejdsredskaber i relation til håndteringen og forebyggelsen af tvang på psykiatriske sengeafsnit. Kataloget er praksisorienteret forstået på den måde, at det indeholder konkrete handlingsanvisninger på god praksis. Redskaberne er udviklet og afprøvet af klinikere med et godt resultat.

Arbejdsredskaberne, der indgår i Idékataloget, er udarbejdet af de psykiatriske sengeafsnit, som deltog i enten 1. eller 2. bølge af Det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien (i perioden 2004-2007).

Hvert arbejdsredskab har været forelagt en gruppe af sundhedspersoner, udvalgt at styregruppen for Det nationale kvalitetsprojekt. Den sundhedsfaglige gruppe har foretaget en vurdering og udvælgelse af de enkelte arbejdsredskaber. Idékataloget indeholder således arbejdsredskaber, der kan karakteriseres som god praksis og som egnet til vidensdeling.

Der er produceret 6 korte inspirationfilm som viser hvordan de mest anvendte og effektive arbejdsredskaber bruges i den kliniske praksis.

Følgende ikon  angiver, at der er inspirationfilm til det konkrete arbejdsredskab.

Filmene kan ses og downloades på www.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk

Læsevejledning

Idékataloget er inddelt i 3 overordnede temaer

Forebyggelse af tvang

Når tvang anvendes

Opfølgning på tvangsepisoder

Til temaerne er der oplistet en række indsatsområder, der relaterer sig til forløbet henholdsvis før, under og efter en tvangsanvendelse. Under hvert indsatsområde findes et indeks over de arbejdsredskaber, som kan medvirke til at forebygge samt forbedre håndtering og bearbejdelse af tvang i psykiatrien. Arbejdsredskaberne bliver introduceret med en kort beskrivelse og oplysninger om, hvilke afdelinger og personer, som kan kontaktes for yderligere information.

Vi håber, at du vil blive inspireret!



Styrke forståelse og respekt for patientens individuelle behov og medinddragelse i behandlingen

At møde patienten

God og effektiv kommunikation mellem patient og personale forudsætter, at personalet har udredt patientens aktuelle tilstand og skabt realistiske forventninger til, hvad der lige nu er muligt 8

Information ved overgange

Gode overgange skaber tryghed og medvirker til kontinuitet i plejen og behandlingen. Det er vigtigt, at der er åbenhed og vilje til at lytte til patientens og de pårørendes ønsker og forsøge at tilgodese disse 20

Forebygge aggression og vold

Vredesudbrud og aggression er første skridt mod konflikter og vold, der kan medføre tvangsforanstaltninger. Selvvurderingsskemaer og strukturerede risikovurderingsredskaber kan med fordel anvendes af personalet til at forudsige og reducere risiko for en eskalering af situationen 37

Måltrettede aktivitetstilbud

Uro og aggression kan ofte mindskes gennem aktivitet. Ofte kan aktivitetstilbuddet erstatte PN medicinen, viser erfaringer 86

Skærmning

Skærmning er en metode i den intensive psykiatriske sygepleje, hvor man observerer og overvåger patienten kontinuerligt og tæt. Skærmning bygger især på kontakten til patienten og miljøterapeutiske handlinger efter behov. Skærmning kan medvirke til at mindske brugen af tvang..... 149

Pårørendesamarbejde

For at imødegå patientens oplevelse af isolation i forbindelse med indlæggelse og fremme patientens aktive deltagelse i behandlingen er det vigtigt at skabe gode rammer for kontakten med patientens pårørende og øvrige netværk 160

Kontaktpersonopgaver

En synlig kontaktpersonordning er med til at skabe nærvær, tilgængelighed og tryghed på afdelingen. Kontaktpersonen skal etablere, opretholde og udvikle en konstruktiv relation til patienten og sikre helhed og kontinuitet i plejen og behandlingen under indlæggelsen 174

Konflikthåndtering

At forebygge konflikter kræver, at personalet har kompetence i konflikthåndtering. Løbende uddannelse i at undgå og håndtere konflikter samt læring fra konkrete konfliktsituationer understøtter det forebyggende arbejde 181

Specialbehandling – støtte til patienter med anoreksi

For at kunne støtte anorektiske patienter i forbindelse med måltiderne er det vigtigt at undersøge den enkeltes copingstrategier 185

Monitorering af behandlingsmiljø

En løbende dokumentation og evaluering af behandlingsmiljøet i afdelingen kan være med til at skabe læring om den gældende praksis og omkring de behandlingsmæssige rammer, der tilbydes patienterne på afdelingen..... 190

Når tvang anvendes



Gøre hver tvangsepisode så kort, tryk og sikker som muligt

Tvangsmedicinering

Faste procedurer ved tvangsmedicinering sikrer den nødvendige forberedelse og struktur og medvirker til høj faglighed i situationen 195

Tvangsfiksering

Ved anvendelse af bæltefikseringsjournaler sikres dokumentation af observationer og vurderinger med faste intervaller. Disse registreringer betyder, at personalet hurtigt kan afdække ændringer i patientens tilstand. Brug af bæltefikseringsjournaler har medvirket til at reducere varigheden af fikseringer markant..... 200

Personlig skærmning/Fast vagt

Personlig skærmning er en tvangsforanstaltning. Siden 2007 har det været obligatorisk at indbette foranstaltningen som tvang. Under personlig skærmning skal patientens tilstand og skærmningsbehov observeres og vurderes kontinuerligt af kompetent uddannet personale 224

Synliggøre og skabe overblik over afsnittets samlede udøvelse af tvang og indsatsområder

Kvalitetsudvikling kræver, at man har overblik over det, der skal udvikles på. Det er derfor vigtigt at monitorere tvangsansøvelser på afsnitsniveau, og at opgørelserne er kendte af såvel ledere som medarbejdere 239

Kvalificering af tvangsansøvelsen

Et velkvalificeret personale er af afgørende betydning for den faglige kvalitet i håndteringen af tvang og opfølgningen på denne. Det er derfor vigtigt, at der er etableret tiltag og aktiviteter, som sikrer et kontinuerligt fokus herpå..... 248



Lære af hver tvangsepisode og sikre, at der efterfølgende etableres en tryk og rolig situation

Bearbejde tvangsepisoder

Tvang er en stor belastning både for patient og personale. Eftersamtaler giver rum til at bearbejde hændelser og bibringer ofte gode ideer til at forebygge nye tvangsepisoder. Hvis en patient indlægges på et senere tidspunkt, kan personalet med fordel tage udgangspunkt i de opsamlede værdifulde erfaringer.

268

Bearbejde personalets følelsesmæssige reaktioner

Struktureret opfølgning efter en volds- og trusselsepisode medvirker til et mere sikkert og udviklende arbejdsmiljø. Samtidig øges personalets handlekompetance i forhold til situationer med anvendelse af tvang.

295

Forbedre personalets arbejdsmiljø i forbindelse med vold og trusler om vold

Når arbejdspladsen registrerer alle tilfælde af vold, bliver der skabt synlighed og åbenhed om volden. Det giver gode muligheder for at forebygge

302

Kvalitetssikring i forhold til anvendelsen af tvang

Hvad gør vi godt? Og hvad kan vi med fordel forbedre? Det er de centrale spørgsmål i forhold til at bedre den faglige og patientoplevede kvalitet omkring forebyggelse og håndtering af tvang. Audit er en velegnet metode til at sikre, at kvaliteten stemmer overens med afdelingens forståelse af, hvad der er god kvalitet

310

At møde patienten



Patientcentreret kommunikation suppleret med en ligeværdig og anerkendende tilgang, empati og involvering af netværket er forbundet med øget patienttilfredshed og højere grad af mestring af egen situation. Det er således afgørende for et godt behandlingsforløb, at personalet forsøger at komme patienten i møde, der hvor patienten er her og nu, og forstå vedkommende.

Det er en særlig opgave at arbejde med at inddrage patienten i et respektfuldt og forpligtende samarbejde - med fokus på den enkeltes ressourcer og udviklingsmuligheder. Personalets empatiske evner og lyst til at identificere og forholde sig til patientens aktuelle funktionsniveau er grundlaget for et vellykket relationsarbejde og er stærkt medvirkende til at forebygge anvendelsen af tvang i behandlingen.

Vurderingsmetoder og kommunikationsværktøjer kan bidrage til, at personalet får god kontakt til patienten og mulighed for at hjælpe den enkelte til at mestre og håndtere konsekvenserne af sygdom og lidelse.

De følgende arbejdsredskaber er praksiseksempler på, hvorledes personalet kan arbejde systematisk og målrettet med at udrede patientens mulighed for at indgå i relationer, og anvende redskaberne som grundlag for at tilrettelægge den rette omsorg og støtte i indsatsen.

Arbejdsredskaber:

Guideline for god kommunikation	9
--	----------

GAF-scoring	12
--------------------	-----------

Valideringsniveauer	17
----------------------------	-----------



Guideline for god kommunikation

'Guideline for god kommunikation med patienter' er en kort og klart formuleret guideline, der beskriver etikken ved og giver anvisninger på nogle meget centrale begreber i forhold til god kommunikation – både verbalt og non-verbalt.

Guidelinen anvendes som generel guideline ved alle typer patientforløb, men kan også specifikt være med til at forebygge og/eller kvalificere brugen af tvang.

Kontaktinformation:

Andre kilder

Regionspsykiatrien Herning, E3

Udviklingssygeplejerske Randi Skousbøll
Tlf.: 9927 2403
E-mail: Randi.Skousboell@ps.rm.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf: 99276450
E-mail: Agnethe.clemmensen@ps.rm.dk

'Guideline for god kommunikation med patienter'

Hvordan møder vi patienten i hverdagen på E3?

Kommunikation fungerer ikke kun gennem de skrevne eller sagte ord. Også det der ikke bliver sagt kan rumme et budskab ligesom kropssprog, mimik og tonefald har stor indflydelse på, hvordan et budskab bliver forstået og fortolket. God kommunikation er en væsentlig del af de sundhedsfaglige ydelser, og er således et gennemgående og centralt element i enhver behandling og pleje.¹

Tydeliggørelse

- Meld altid klart ud
- Forklar dig
- Klargør problemstillinger og dilemmaer – fortæl om individuelle hensyn

Nærvær

- Vær til stede i din relation med patienten
- Signaler at du er parat til at give dig tid til kontakten – sæt dig ned og vær i øjenkontakt/kontakt
- Hjælp patienten til at få foldet sine oplevelser ud – stil åbne spørgsmål
- Forsøg at få detaljerne frem
- Patienten skal høres og ses – det giver patienten en oplevelse af at han bliver taget alvorligt
- Hjælp patienten til at føle sig regnet med

Ærlighed

- Sæt sprog på det du observerer
- Spørg direkte
- Vær opmærksom på at dit nonverbale sprog – din kropsholdning, dine ikke sproglige signaler – stemmer overens med det du siger

Imødekommende

- Mød patienten så tidligt i vagten som muligt
- Sig farvel til patienten inden du forlader afdelingen

Åbenhed

- Sæt dig ind i patientens situation, følelser og tanker

Respekt

- Vær opmærksom på i kommunikationen at "smerten er det patienten siger det er" – altså at tage patienten alvorligt
- Oplevelsen af respekt har betydning for patientens følelse af tryghed
- Mangel på respekt kan give patienten en oplevelse af at der bliver handlet hen over hovedet på ham

Brug dig selv om god rollemodel

Prioriterer opgaver

- Størst opmærksomhed på de dårligste patienter
- Afsæt tid til den enkelte

¹ Patientens møde med sundhedsvæsnet af Amtsrådsforeningen m.fl., Århus Amt 2003 s. 39

'Guideline for god kommunikation med patienter'

Lave aftaler

- Afstemme forventninger
- Fortæl patienten hvilke opgaver du har – hvornår du kan vende tilbage – hvor/ til hvem patienten i mellemtiden kan henvende sig

Sikkerhed

- Vær åben omkring din usikkerhed
- Er der noget du er i tvivl om i forhold til patientens sikkerhed så undersøg det. Spørg patienten direkte ex. *Kan du passe på dig selv?*
- Undersøg din mistanke

Sprog

- Kommuniker i et tydeligt, klar og letforståeligt sprog
- Undgå at bruge fagsprog sammen med patienterne ex. PN, skærmning 2

Information

- Vær opmærksom på timingen – Er patienten parat til at modtage information? Er der tid og rum i samtalen?
- Patienter har ofte svært ved at forstå den information, de modtager. Det er derfor vigtigt at informationen gentages igen og igen

Videregivelse af information

- Undgå udelukkende at bruge en overordnet fortolkning i beskrivelse af patientens tilstand ex. patienten har haft det *dårligt*
- Beskriv kortfattet dine konkrete observationer
- Forhold dig til patientens egenopfattelse af situationen

Huskeregler:

Man kan ikke forandre det man ikke accepterer.

Hvis man ikke tror man har gjort det godt nok, har man allerede gjort for meget.



GAF-scoring

'GAF-scoring' vil sige at benytte Global Assessment Scale fra DSM IV til gradsvurdering både af patientens psykiatriske symptomer og det aktuelle funktionsniveau. GAF er et enkelt redskab til en sådan løbende vurdering og fungerer godt anvendt af behandlerteams i en fælles drøftelse. GAF kan endvidere med fordel knyttes sammen med en vurdering af patientens muligheder for at indgå i relation med patienten og relevante principper for miljøterapiens indretning. En gruppe medarbejdere ved psykiatrien i Stavanger har beskrevet, hvordan dette kan gøres. Vi kalder denne arbejdsform: "Stavangermodellen"¹.

Med Stavangermodellen bliver GAF-scoringen et dynamisk og udviklingsorienteret redskab, der har blik for at yde patienten den rette omsorg og støtte i forhold til funktionsniveau, samtidig med at patientens, relationens og miljøets aktuelle og potentielle ressourcer ses og anerkendes.

¹ Brathetland m.fl.: Miljøterapi, en model for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon (PAFFUMA)/ Stavanger 2005 – bestilles på www.psykopp.no

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning

Funktionsleder Lisbeth Frølund Davis
Tlf: 9927 2456
E-mail: lisbeth.davis@ps.rm.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf: 99276450
E-mail: Agnethe.clemmensen@ps.rm.dk

Det følgende er citat fra Thorgaard, L.: Relationsbehandling i Psykiatrien, bind V.

”GAF

(Global assessment of functioning scale)

GAF- skalaen kan hjælpe os til:

- Status så vi kan møde patienten der hvor vedkommende er.
- Skabe realistiske her-og-nu forventninger hos både behandlerteam, patient og pårørende.
- Kan give fingerpeg om prognose (hvis vi har både aktuel status og bedste score inden for det sidste år. Da også skøn om hvor omfattende sammenbruddet er?).
- Kvalitetssikring af behandling. Score ved behandlingsstart, løbende og ved afslutning.
- Udvikling af GAF-relaterede mestringsstrategier.
- Planlægge og graduere behandlingen ud fra GAF score sammenholdt med de øvrige hjælperedskaber i hæftet. Med andre ord GAF-relateret relationsbehandling og miljøterapi.

Vejledning til GAF score ¹.

GAF skalaen er en skala som udgør en af akserne i det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. GAF står for Global Assessment of Functioning. Det er med andre ord en skala beregnet på en vurdering af patientens funktioner. Man skønner over de samlede psykologiske, sociale og arbejdsmæssige funktioner på en hypotetisk skala, der strækker sig mellem fuldstændig psykisk velbefindende = 100 og yderst omfattende sygdomskonsekvenser = 1.

Man læser skalaen nedefra og opåder. Når man finder noget der passer for ens patient, så stopper man og lader det ti-tal-niveau man er på være bestemmende for det første ciffer i ens vurdering.

Man vurderer derefter det næste ciffer ud fra et skøn over de samlede oplysninger om patienten. Man bør undgå stereotypi med at bare score 5 eller 0 som sidste ciffer. I stedet for kan man prøve at tvinge sig til at tage stilling til, om det man har scoret er nærmere det næste ti-tal-område ovenover eller tættere på at passe ind i det underliggende ti-tal-område, og så derefter score så præcist man kan i den øvre eller nedre halvdel af sit interval. Når man har besluttet sig for hvilket ti-tal-område man er i, skal man altid prøve at gå et niveau op for at se om ikke patienten alligevel kan placeres der i stedet for (man starter altid nedefra). Hvis man ikke finder holdepunkter for dette, vender man tilbage til det oprindelige og beslutter sig til det andet ciffer.

¹ Thorgaard og Haga, 2006

GAF-scoring

Man vurderer på symptomer og på funktion hver for sig, og man vælger altid den laveste af de to scoringer, hvis de ikke er ens! Man skal ikke lade sin scoring påvirke af symptomer og social isolation der skyldes legemlig sygdom eller miljømæssige begrænsninger. Ej heller skal man lade scoringen påvirke af aktuell medicinering eller af den diagnose der er stillet på patienten.

Man scorer for to forskellige tidspunkter:

- For funktionen her og nu, det vil oftest sige inden for den sidste uge, men nogle gange kan GAF-niveauet svinge fra dag til dag og så noterer man sig dag-status.
- For den bedste funktion - altså højeste GAF-score - som har været tilstede i ca. en hel måned inden for det sidste år: altså den bedste score patienten har haft ret så stabilt i en hel måned. Her bruger vi også alle de oplysninger vi har disponible. Gode og udførlige oplysninger fra pårørende bliver her særligt vigtige (især når her-og-nu score er meget lav på grund af forstyrrelser som forhindrer god kontakt og god kommunikation). Denne scoring er meget vigtig idet den kan give et værdifuldt indtryk af hvor velfungerende patienten har været tidligere, og dermed også et realistisk håb om at vedkommende vil kunne hjælpes til at kunne fungere tilsvarende godt igen: altså gives et fingerpeg om prognosen.

Skalaen angiver kun nogle eksempler på hvilke oplysninger og kundskaber om patienten man scorer ud fra. Efterhånden lærer man sig sammen at indplacere andre kongruente oplysninger i de respektive ti-tal-niveauer.

Skalaen dækker alle grader af mental sygdom/sundhed. De fleste mennesker som ikke har brug for psykiatrisk behandling scorer i området 65-85.

Det kræver træning og samarbejde at lære sig at score på GAF skalaen. Man skal først have undervisning og man skal have øvelse. Det mest optimale er hvis man starter op i sit team med undervisning og træning. Man øver sig så ud fra nogle casepræsentationer og ud fra de patienter/brugere som fremlægges og drøftes. Alle scorer derefter uafhængigt og de scorede værdier samles sammen af underviseren/supervisoren for eksempel på en `whiteboard`. Så drøftes afvigelser og scoringer som falder sammen. Man undersøger og drøfter sammen hvorfor der er scoret som der er? Alle kommer til orde om begrundelserne for sine scoringer. Efterhånden lærer alle at bruge skalaen på samme måde. Man får det man i forskningsprog kalder inter-rater-reliabilitet. GAF skalaen er gennemprøvet i mange år i utallige forskningsprojekter. I sådanne projekter har man dokumenteret sin inter-rater-reliabilitet, og når man bruger den på samme måde så har den stor specificitet med henblik på at ramme ret præcist i vurderingen af patientens funktionsniveau.

Når et team har lært sig metoden er det desuden vigtigt, at man hele tiden holder sig ajour med at alle bruger den på samme måde. Det gøres gennem regelmæssige scoringer hvor man giver sig god tid til at gennemgå, hvorfor hver enkelte har scoret som han/hun har; og så holde det op mod de kundskaber man har integreret om skalaens rette brug. Det er vores erfaring at det på pragmatisk vis går ret godt, hvis man holder sig disse retningslinjer for øje. Hvis der i perioder er konsekvent afvigende scoringer, så er det tid til et opfølgings - kursus i metoden.”

GAF-scoring

Vedrørende figuren med GAF-skala på næste side:

GAF-niveauer er oversat og modificeret dels efter DSM III R (1987) og DSM IV (1994), samt efter oversættelse af Raben, Frydenlund Nielsen, Folker og Valbak. Trykt i Thorgaard, L.: Relationsbehandling i Psykiatrien, bind V.

Enten	GAF	Eller
Ingen eller minimale symptomer F.eks. mild eksamensangst	90 81	Gode funktioner på alle områder, interesseret og engageret i et bredt spekter af social aktiviteter. Er socialt effektiv, og er stort set tilfreds med livet. Kun dagligdags problemer og bekymringer Kontrolleret markering af uenighed med andre.
Forventet og forbigående reaktioner på psykosociale stressfaktorer. F.eks. koncentrationsvanskeligheder efter et skænderi	80 71	Ubetydelig, midlertidig og situationsbetinget nedsat social, erhvervmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. midlertidig at komme bagud med opgaver.
Nogle lette symptomer. F.eks. Lettere nedstemthed, moderate indsovningsvanskeligheder.	70 61	Nogle vanskeligheder med social, erhvervmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. sporadisk skulking eller tyveri inden for hjemmet.
Moderate symptomer. F.eks. affladede følelser, omstændeligt sprog, et panikanfald af og til.	60 51	Moderate vanskeligheder i social, arbejdsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. få venner, konflikter med kolleger eller bekendte.
Alvorlige symptomer. F.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangsritualer.	50 41	Alvorlig forstyrrelse i social, arbejdsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. ingen venner, kan ikke klare at holde fast på et job.
En del forstyrrelse i realitetstestning eller kommunikation, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje. F.eks. talen er af og til ulogisk, uforståelig eller irrelevant.	40 31	Større funktionssvigt på flere områder, så som arbejde, skole eller familieforhold, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje. F.eks. undgår venner, forsømmer familien, ude af stand til at arbejde.
Adfærden er i betydelig grad påvirket af vrangforestillinger eller hallucinationer. ELLER: Alvorlig forstyrrelse i kommunikation eller dømmekraft. F.eks. af og til usamlet, opfører sig meget upassende, til stadighed optaget af selvmord	30 21	Manglende funktionsevne på næsten alle områder. F.eks. forbliver i sengen hele dagen, intet job, hjem eller venner.
Fare for at kunne skade sig selv eller andre. F.eks. selvmordsforsøg uden klar forventning om at dø, er ofte voldelig, manisk. ELLER: Alvorlig kommunikationsforstyrrelse. F.eks. snakker stort set usammenhængende eller er stum.	20 11	Af og til svigt i at sørge for et minimum af personlig hygiejne. F.eks. meget urenlig med afføring
Vedvarende fare for at skade sig selv eller andre alvorligt. F.eks. gentagne voldshandlinger. ELLER: Alvorlige suicidale handlinger med klar forventning om at dø.	10 1	Vedvarende svigt i at sørge for et minimum af personlig hygiejne.

Integration af GAF-skala ², de miljøterapeutiske principper og de relationelle procesniveauer ³:

Nedenstående er et forsøg på i kort form at fremhæve nogle pointer i det miljøterapeutiske arbejde. Med miljøterapi tænkes her dels på anvendelsen af Gundersons 5 miljøterapeutiske principper og dels på McGlashans 11 relationelle procesniveauer (Stavanger modellen).

Gundersons miljøterapeutiske principper handler om individ-tilpasset tilnærmelse til miljøterapien baseret på funktionsforskelle og dette sættes i forhold til GAF skalaen.

De 5 principper [...] er beskyttelse, støtte, struktur, engagement og bekræftelse (gyldiggørelse). McGlashans relationelle procesniveauer er udviklet med udgangspunkt i grundlæggende mellem menneskelige samspil, som de anskues psykodynamisk med særlig vægt på udviklingsbalancen mellem afhængighed og selvstændighed.

De 11 procesniveauer er ligegyldighed, tilkobling, tilknytning, støttende arbejdsalliance, kommunikation, problemløsning, forstærkning, analytisk arbejdsalliance, integrering, internalisering og afslutning.

Miljøterapi en modell for tenkning, holdning og handling

Miljøterapi, en model for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon (PAFFUMA)/Stavanger 2005

ISBN: 9788277862002

Forfattere: Olaug Brathetland, Anne Sofie Dahle, Unn E. Hammervold, Anne Torsvik Henriksen, Signe Nijkamp, Karin Smedvig, Charlotte Torgrimsen, Margrethe Tytlandsvik, Kari Vevatne, Grethe Østerbø

Kan bestilles på psykopp.no

Læs uddybende beskrivelse på http://www.psykopp.no/images/pixel_trans.gif



² Miljøterapeutiske processer i en psykiatrisk avdeling. (PAFFUMA)/Stavanger

³ Miljøterapi, en model for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon (PAFFUMA)/Stavanger



Valideringsniveauer

Bruges som et redskab, hvor personalet kan blive mere bevidst om forskellige måder at validere på. Er et meget brugbart kommunikationsredskab, som er medvirkende til, at patienten føler sig hørt og forstået og dermed får medindflydelse på de behandlingsmæssige og miljøterapeutiske tiltag under en indlæggelse. Alle personer har uanset diagnose brug for at blive anerkendt som person.

Valideringsniveauerne er et kommunikationsværktøj for personalet. Niveauerne 1 og 2 vil ofte være nødvendige for at man kan validere på højere niveauer, men ellers er niveauerne mere tænkt som en måde til at skærpe fagligheden og præcisionen omkring kommunikationen med patienten.

Validering er, kort fortalt, at man formidler tilbage, at de oplevelser og følelser patienten kommunikerer, giver mening. Man formidler til patienten, at der er en gyldighed i det, der kommunikeres (dvs. man validerer det valide. Man skal naturligvis ikke validere det invalide, altså det der ikke har gyldighed, som f.eks. hvis en patient er i gang med at lyve om noget).

Ud over de 6 kommunikative valideringsniveauer findes også FUNKTIONEL VALIDERING som betyder, at man validerer gennem sine handlinger.

Validering indgår i DAT – Dialektisk Adfærdsterapi

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Svendborg Afsnit P4

Psykolog Stig Helweg-Petersen

Afdelingssygeplejerske Ulla Bak
Tlf: 6320 2374

Plejer Vanda Kroggaard
Tlf: 6320 2374

Valideringsniveauer

Valideringsniveauer er et meget brugbar kommunikationsredskab, som er medvirkende til at patienten føler sig hørt og forstået og dermed får medindflydelse på de behandlingsmæssige og miljøterapeutiske tiltag under en indlæggelse. Alle personer har uanset diagnose brug for at blive anerkendt som person.

Niveauerne 1 og 2 vil ofte være nødvendige for at man kan validere på højere niveauer, men ellers er niveauerne mere tænkt som en måde at skærpe fagligheden og præcisionen omkring kommunikationen med patienten.

Validering er, kort fortalt, at man formidler tilbage at de oplevelser og følelser patienten kommunikerer giver mening. Man formidler til patienten at der er en gyldighed i det der kommunikeres (dvs. man validerer det valide. – man skal naturligvis ikke validere det invalide, altså det der ikke har gyldighed, som f.eks. hvis en patient er i gang med at lyve om noget).

Validering har en de-eskalerende virkning. Kan man som personale få sig selv til at validere 3 gange i træk er det meget svært for patienten at holde en konflikt kørende. F.eks.: "Jeg kan godt se at du er vred nu, det er også træls at.... ,selvfølgelig reagerer du på det ". Validering har, set ud fra en adfærdsterapeutisk synsvinkel, ofte også en forstærkende funktion. Dvs. at det der valideres vil der ofte blive mere af. Hvis en klient f.eks. begynder at sætte ord på besværlige følelser, vil efterfølgende validering af følelserne føre til at patienten vil gøre mere af dette.

Et eksempel på validering kunne være: "Jeg kan godt forstå at du er vred nu (V1,V2) du er jo lige blevet nægtet udgang, så selvfølgelig reagerer du (v4) du er i øvrigt også lidt oppe og køre på grund af din mani (v4). Det var noget møg at du fik brugt så mange penge ved sidste udgang (invalidering af det invalide), men det er super godt at du fik ringet og forklaret forretningen efterfølgende at der ikke er dækning på dit dankort, så de skulle annullere handlen (v5) Jeg kender godt det der med lige at have lyst til at købe de der super fede sko, det kan godt være svært at lade være med at hive dankortet frem (v6).

Det er ikke meningen at man altid skal nå alle de forskellige niveauer igennem. Det er lige så effektive blot at validere på et enkelt niveau, men valideringsniveauerne øger vores evne til finde valideringsmuligheder.

Ud over de 6 kommunikative valideringsniveauer findes også FUNKTIONEL VALIDERING som betyder, at man validerer gennem sine handlinger. Det er f.eks. mest validerende at gå ud og smøre en mad til patienten, hvis vedkommende siger at hun er sulten – meget mere validerende end at sige "jeg hører at du er sulten"

Validering indgår i DAT – Dialektisk Adfærdsterapi

Valideringsniveauer

Valideringsniveauer

V6	Radikal ægthed Behandl. Ikke pt som lavet af glas. Behandl pt som en der har kapaciteten til at vælge fornuftige livsmål Behandl som et ligeværdigt familiemedlem med problemer Sig din mening
V5	Fornuftigt i øjeblikket Find ”guldklumpen i det plumrede vand”. Der er altid noget der er meningsfuldt at gøre. Findes der en kerne af sandhed i den adfærd der laves. Er det f.eks. fornuftigt i forhold til kortidskonsekvenser (selvom der er uklogt i forhold til langtidskonsekvenser)
V4	Tilstrækkeligt begrundet adfærd Al adfærd er tidsmæssigt begrundet (Opvækst, traumer, indlærte regler, biologisk) ”Hvis (y) er sket hvordan skulle det så være annerledes end (x)”
V3	At sige det usagte ”Læser” patientens bevidsthed, Udleder ting via intuition, logik, erfaring mv.
V2	Præcise gensvar Evt. Samle i en metafor, ellers brug sprog tæt på patientens ordvalg ”Er det rigtigt forstået at....”
V1	Lytte, observere, være der ”Fortæl mere om...”, ”Jeg forstår ikke...forklar det”, ”Hvad tænkte du lige da...”, ”Hvad skete der så” (Man sover ikke! Er tilstede)

Information ved overgange



Det kræver god information at sikre velgennemførte og sammenhængende patientforløb. En grundig samtale ved indlæggelse, overflytning til andet afsnit og udskrivelse er afgørende for at kunne etablere og fastholde et bæredygtigt samarbejde mellem patient og personale. Det er erfaringen, at faste rammer for dialogen sikrer en aktiv medinddragelse af patienten i behandlingsforløbet og sømfrie overgange.

Indlæggelsessamtalen understøtter, at personalet får information om patientens livshistorie, ressourcer, interesser og ønsker, reaktionsmønstre og mestringsstrategier. På den baggrund kan personalet i højere grad tilrettelægge et individuelt behandlingsforløb og sikre, at patienten modtager den rette støtte og hjælp. Det er især vigtigt, at personalet kan udrede patientens deescaleringsstrategier i forbindelse med uro, aggressioner og kontroltab for så vidt muligt at undgå at komme i en situation, hvor anvendelsen af tvang bliver nødvendig.

Patienten skal let og hurtigt kunne komme videre fra et afsnit til et andet afsnit. En god overgang betyder stor grad af tryghed og medvirker til sammenhæng i den sundhedsfaglige opfølgende indsats. Koordination og aftaler bidrager til at minimere konflikter for patienten trods miljøskifte.

Et velplanlagt udskrivelsesforløb bidrager til at forberede patienten og de pårørende på det videre forløb. Udskrivelsessamtalen sikrer, at der bliver evalueret og samlet op på indlæggelsesforløbet, og at vigtig information ikke "tabes på gulvet".

Arbejdsredskaber:

Indlæggelsessamtaler med guide	21
Information ved indlæggelse	25
Guideline for overflytning af patienter imellem afsnit	28
Standard for flytning af patient mellem lavt- og højt-skærmet miljø	31
Standard for samtale før udskrivning	34



Indlæggelsessamtale med guide

Enhver patient på afsnittet skal indenfor de første 72 timer have en indlæggelsessamtale med sin kontaktperson. Samtalen skal afklare sygeplejeproblemer, årsager, symptomer, personlige ressourcer, interesser og livshistorie med henblik på planlægningen af sygeplejen og hermed også på forebyggelse af tvangsanvendelse.

Guiden indeholder overskrifter til samtalen samt eksempler på, hvordan de uddybende spørgsmål til patienten kan stilles.

Samtalen, der har fokus på sygeplejen, ses som et supplement til den lægelige journaloptagelse.

Kontaktinformation:

Afdeling for Regionsfunktioner Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Udviklingssygeplejerske Marianne Balcer
Tlf.: 5535 1302
E-mail: kiba@regionsjaelland.dk

Afdelingssygeplejerske Kirsten Willum
Tlf.: 5535 1245
E-mail: kwje@regionsjaelland.dk

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Glostrup, Afdeling P

Almenpsykiatrisk Afdeling Esbjerg, Afsnit E3

Psykiatrisk Center Gentofte, Afsnit 3212

Psykiatrisk Center Sct. Hans, Afsnit R1

Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle, Afsnit E310

Indlæggelsessamtale med tilhørende guide

Standard for indlæggelsessamtale på afsnit G2

Standard: Enhver patient på afsnit G2 skal indenfor indenfor de første 72 timer have foretaget en indlæggelsessamtale, der afklarer sygeplejeproblemer, årsager, symptomer, personlige ressourcer, interesser og livshistorie med henblik på planlægning af sygeplejen og hermed også forebyggelse af voldelige episoder. Dette for at sikre sikkerheden, kontinuitet og kvalitet i overensstemmelse med afsnittets værdigrundlag og vejledn. "Sikkerhed på Oringe". Afvigelser i forhold gennemførelse og tidspunkt dokumenteres i Opus- Notat

Struktur	Proces	Resultat
<p>Indlæggelsessamtalen foretages af Primær eller sekundær KP, som tilbyder og gennemfører så vidt muligt samtalen snarest efter ankomsten.</p> <p>Pårørende skal altid medtænkes i forhold til indlæggelsessamtalen. (jvf standard for pårørendekontakt)</p> <p>Samtalen skal foregå i rolige og uforstyrrede omgivelser. Varighed ca. ½ time</p> <p>KP er ansvarlig for at indlæggelsessamtalen foretages indenfor 72 timer efter patientens ankomst og at relevante oplysninger noteres i Opus- notat, under notattype 2I.</p> <p>Indlæggelsessamtalen foretages primært af kontaktpersonen.</p> <p>Der er udarbejdet en guide for dataindsamlingen, som skal følges ved samtalen.</p> <p>Individuel plejeplan påbegyndes indenfor 25 timer og udarbejdes i Opus – Notat på 2K ark, såfremt lægens risikovurdering af patient vold ved indlæggelsen vurderes til moderat til høj risiko.</p> <p>Kontaktperson skal oplære nyansatte i at foretage en indlæggelsessamtale Patienten skal spørges, hvis flere skal deltage i samtalen.</p> <p>Audit – stikprøve 1 x kvartalet i forhold til om praksis lever op til standard.</p>	<p>Patienten orienteres om formålet med samtalen og opfordres til at stille spørgsmål i forbindelse med opholdet i afsnittet</p> <p>KP taler med patienten og eventuelle pårørende. Sikrer ligeledes patientens samtykke til, at pårørende deltager eller kontaktes telefonisk, og ligeledes aftale med patienten, i hvilken udstrækning de pårørende skal orienteres og medinddrages i de planer og aftaler, der er indgået.</p> <p>Patienten orienteres om, hvor lang tid der er afsat til samtalen</p> <p>Patienten opfordres til at fortælle ud fra egen opfattelse af situationen, de fra guiden opstillede spørgsmål. Se Checkliste 2 i "Sikkerhed på Oringe"</p> <p>KP konkluderer på indlæggelsessamtalen sammen med patienten, og sammenfatter til sidst sin egen konklusion ud fra konkret anvisning via guide.</p> <p>Ved risiko for voldelige episoder udarbejdes plejeplan, hvor der henvises til 3.3 side 11 i "sikkerhed på Oringe".</p> <p>Det tilstræbes at plejeplanen udarbejdes sammen med patienten. Det aftales endvidere med patienten, hvilken skærmmingsgrad, der er behov for dvs. i hvilken grad støtte/udfordring aktiviteter, struktur og fællesskab skal indgå i. Henv. til "Proaktiv skærmmning" i "Sikkerhed på Oringe"</p> <p>Det skal fremgå af dokumentationen i Opus – Notat, hvilke nære pårørende patienten ønsker medinddraget i det fremtidige samarbejde (se standard pårørendesamarbejde)</p>	<p>Patienten føler sig tryk og har tillid.</p> <p>Patienten skal have indflydelse på pleje og behandling</p> <p>At få overblik over patientens situation som patienten oplever den</p> <p>Patienten kender den videre plan og er medansvarlig for at nå målene og deltager aktivt i plejen ud fra egne ressourcer.</p> <p>Den planlagte og udførte sygepleje er dokumenteret i Opus - Notat, således at den øvrige plejegruppe hurtigt kan få overblik.</p> <p>Patientens livshistorie, interesser og ressourcer er bærende elementer for aktivitetsstrukturen for patienten.</p> <p>Minimere anvendelse af tvang og voldsepisoder med henv. til "Sikkerhed på Oringe".</p> <p>De pårørende er inddraget i den udstrækning ,patienten ønsker det</p> <p>Patienten er tilfreds med samtalen.</p>

Guide til indlæggelsessamtalen afsnit G2

Indlæggelsessamtalen skal have fokus på sygeplejen og bidrager sammen med den lægelige samtale til et helhedsbillede af patientens totale situation. Heri indgår en drøftelse om, hvilke aktiviteter der er til hjælp for den enkelte patient, og hvilke der er u hensigtsmæssige. Evt. supplerende opfølgning af lægens risikovurdering ved en udarbejdelse af plejeplan. Henv "Sikkerhed på Oringe" Det er vigtigt at samtalen foregår på en naturlig måde og ikke nødvendigvis i den rækkefølge, der beskrives i denne guide. Kontaktpersonen skal i hvert enkelt tilfælde vurdere relevansen af de foreslåede spørgsmål. Det kan være en fordel, at have guiden samt Checklister fra "Sikkerhed på Oringe" med ved samtalen.

Har kontaktpersonen brug for at notere stikord ned under samtalen meddeles dette til patienten.

I samtalen og dokumentationen skal der lægges vægt på patientens egen opfattelse/oplevelse samt kontaktpersonens faglige vurdering og konklusion, hvor det klart skal fremgå, hvornår det er patientens egne ord.

Pårørendes bidrag med oplysninger dokumenteres ligeledes i Opus – Notat. Deltager pårørende i samtalen skal de orienteres om, at det er primært patientens opfattelse vi efterlyser, men de er velkommen til at supplere med oplysninger.

Dokumentation: Opus – Notat, under notattype, vælg 2I – Indsæt tekst/koder, vælg 2I

Husk at slette alle de fortrykte overskrifter i 2I og erstat dem med nedenstående.

Problemafklarung (Overskrift)

- Hvad er problemstillingen, som førte til indlæggelsen?
- Hvordan har den påvirket patientens hverdag?
- Er der presserende problemer, der skal løses her og nu? (underrette pårørende, husdyr hjemme, usikkerhed om gadedøren er låst, mangler tøj ved indlæggelsen m.v.)
- Er der specielle områder, personalet skal være opmærksomme på i forbindelse med indlæggelsen? (eks. religiøse forhold, vaner, kost, handicap m.v.)
- Hvad er det der plager patienten mest, sådan som patienten har det nu?(søvn, personlig hygiejne, mobilisation, smerter, ernæring m.v.)
- Hvordan reagerer patienten, når noget er svært ? (vrede, indadvendt, græder, bekymrer sig, angst, uro)
- Hvordan har patienten forsøgt at løse sine problemer? (efterlyser patientens egne erfaringer - tidligere og nu)
- Har patienten nogen at tale med om de ting der er vigtige for patienten?
- Har patienten tidligere været i en lignende situation ?
- Hvordan mener patienten, personalet bedst kan hjælpe?
- Hvilke erfaringer / aktiviteter har patienten til der kan hjælpe i svære følelsesmæssige situationer? Udfyld Checkliste 2 "Hvad der hjælper" i "Sikkerhed på Oringe", helst sammen med patient /pårørende.
- Hvilke erfaringer har patienten som ikke virker i en svær situation? Udfyld Checkliste 2, "Hvad der ikke er godt" i "Sikkerhed på Oringe".

Livshistorie (Overskrift)

Opfordre patienten til at fortælle lidt om sig selv (boligforhold nuværende som tidligere, uddannelse, tidligere arbejde ,familieforhold , oplevelser og erfaringer)

Hvilke pårørende skal inddrages i planer og aftaler (kun hvis dette ikke allerede er afklaret)

Interesser (Overskrift)

Hvilke interesser har patienten? (fritidsinteresser, sociale aktiviteter såsom dagcenter ,ældreklubber.

Ressourcer (overskrift)

Hvilke ressourcer har patienten? (med udgangspunkt i patientens dagligdag, hvad er patienten glad for i sin tilværelse)

Hvad er du glad for i din tilværelse?

Hvad klarer du selv i hverdagen?

Ønsket mål for fremtiden (overskrift)

Klarlægge, hvordan patienten ønsker sin tilværelse for at opnå større tilfredshed i det daglige.

Hvilke forventninger har patienten til indlæggelsen?

Samtalen opsummeres sammen med patienten og den individuelle plejeplan udarbejdes i Opus-Notat, 2K.

Konklusion (overskrift)

Kontaktpersonen sammenfatter konklusionen ud fra egne observationer.

- Forståelse for og erkendelse af patientens egne problemer, muligheder og ressourcer
- Hvilke løsninger, som patienten har anvendt, har virket problemløsende, og hvilke problembevarende.
- Observerede behov og ressourcer under samtalen.
- Skærmningsgrad.

De udfyldte checklister lægges i sygeplejemappen og kopi udleveres til patienten.

Oplysninger vedrørende Livshistorie, Interesser, Ressourcer samt de to checklister fra "Sikkerhed på Oringe" indgår som udgangspunkt i patientens individuelle aktivitetsplan

Revurderet: Februar 2008.



Information ved indlæggelse

Redskabet er en tjekliste, der anvendes som supplement til indlæggelsessamtalen. Tjeklisten har til hensigt at sikre, at patienten hurtigst muligt får de informationer, han/hun har brug for under indlæggelsen. Da akutte patienter ofte ikke er i stand til at modtage store mængder information på én gang, dokumenteres hvor langt man er i processen, så plejepersonalet har mulighed for at følge op og fortsætte med introduktion til afsnittet, når det er passende.

Kontaktinformation:

**Psykiatrisk Center Hvidovre
Afsnit 809**

Social- og sundhedsassistent Lene Jensen
Tlf.: 3632 3890

Andre kilder:

Psykiatrien i Roskilde, Toftehus

Information ved indlæggelse

Navn

Afdeling.....

Cpr
(Label)

Information, vejledning, træning og/eller undervisning

Dato	Sign.	Emne	Metode M=mundtlig V=visuel S=skriftlig P=praktisk A=andet	Skriftlig inf. Udleveret/gennemgået		Behov for yderligere inf., vejledning, træning og/eller undervisning		Hvis ja: Hvad? Hvornår? Hvordan? Af hvem?	Informeret samtykke		
				Ja	Nej	Ja	Nej		Ja	Nej	Ikke rele- vant
		Visitering									
		Fysiske rammer									
		Husorden									
		Teampleje									
		Morgenmøde/ gymnastik									
		Haveadgang									
		Kiosk									
		TV og radio									
		Aktiviteter									
		Psykolog, socialrådgiver mm									
		Bad									
		Tøjevask									
		PN-cigaretter									
		Selvkontrolskema									
		Tvang									

Vend

Information ved indlæggelse

Information til patienter ved indlæggelse

Visitering:

Ved ankomsten informeres patienten om visitering og begrundelse herfor.

Fysiske rammer:

Patienten skal vises rundt i afsnittet og i forbindelse med dette informeres om spisetider/kaffe og the tider, spisning udenfor spisetider og brug af rygerum samt rygeregler.

Husorden:

Patienterne informeres om husorden, herunder brug af mobiltelefon samt opladning, besøgstider og patienttelefonen. Der henvises til husordenen som hænger ved indgangsdøren.

Teampleje:

Patienten informeres om at de bliver tilknyttet et team A eller B og vises i den forbindelse tavlen i spisestuen, hvor personalet er skrevet i team. Ved lægesamtaler deltager en fra teamet. Tid for næste lægesamtale.

Morgenmøde og morgengymnastik:

Patienten informeres om at der dagligt er morgenmøde og morgengymnastik og at dette er en del af afsnittets døgnrytme, som alle patienter forventes at deltage i med mindre der er en særlig aftale om andet.

Have adgang:

Det er muligt at komme i haven efter lægeordination.

Kiosk:

Der vil på hverdage mellem 9:30 – 13:30 være mulighed for at få handlet i kiosken.

TV og radio:

Afsnittet har et begrænset antal ghetto-blaster, som der kan være mulighed for at låne. Som udgangspunkt slukkes Tv'et kl. 23 på hverdage. Der er mulighed for at se videofilm, dog kun afsnittets film.

Aktiviteter:

Der er et motionsrum i afsnittet, som kan benyttes efter aftale med personalet.

Til afsnittet er tilknyttet:

Psykolog, socialrådgiver, fysioterapeut og ergoterapeut.

Bad:

Af hensyn til medpatienter må der ikke bades mellem 22 og 06. Der er mulighed for at få udleveret toiletartikler de første 3 dage. Derefter skal man selv sørge for dette.

Tøjvask:

Der er i afsnittet vaskemaskine og tørretumbler og det er muligt at vaske tøj mellem kl. 08 og 22 efter aftale med personalet.

PN cigaretter:

Hvis patienten er ryger og ikke har cigaretter informeres denne om at det er muligt at få en cigaret i times max 3 døgn til kr. 1,50/stk.

Selvkontrolskema:

Patienten introduceres til selvkontrolskemaet. Dette udfyldes sammen med patienten via dialog.

Tvang:

Hvis patienten er tvangsindlagt/ tvangstilbageholdt skal der udleveres folder om tvang i psykiatrien, besikkes patientrådgiver samt informeres om klageadgang.



Guideline for overflytning af patienter mellem afsnit

'Guideline til overflytning af patient imellem afsnit' gør brug af prioriteringstrekantens 3 niveauer: Skal, bør og kan, og sætter disse niveauer i forhold til, hvordan information og arbejdsgange foregår i forbindelse med intern overflytning af patient. Prioriteringstrekanten sikrer struktur og systematik, men også at vigtig information ikke går tabt undervejs i perioder med stort patientflow og knappe tidsmæssige ressourcer. Guidelinen afklarer rammer for overflytningen og opfordrer til åbenhed og medinddragelse af patienten.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning, E3

Udviklingssygeplejerske Randi Skousbøll
Tlf: 9927 2403
E-mail: hecras@ringamt.dk

Ergoterapeut Kirsten Vandborg
Tlf: 9927 2403
E-mail: kivan@ringamt.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf: 99276450
E-mail: hecac@ringamt.dk

Guideline til overflytning af patient imellem afsnit

Formål

Formålet med denne guideline er at sikre høj kvalitet i overflytningen af patienter.

En god overgang betyder stor grad af tryghed og medvirker til kontinuitet i pleje og behandling. Koordination af aftaler og planer medvirker til at minimere konflikter for patienten trods miljøskifte.

En god relation er det bærende element for at vi kan få lov at hjælpe (kilde: relationshåndbogen)

God praksis:

Afklare ramme for overflytning (tidsressource, patientens tilstand, medinddragen)

Personale fra modtagende afs. besøger patienten på afgivende afs. dagen før overflytning

Patienten har fået udleveret og gennemgået velkomstfolderen fra modtagende afs.

Modtagende personale har søgt information i EPJ før overflytningen

Patienten deltager i overflytningssamtalen under hensyntagen til dennes tilstand.

Som minimum overhører patienten informationer under skal-området

Videregivelse af information (altid skal-delen, gerne bør- og kan-delen)

Der skal informeres om:

- kort om patientens symptomer og aktivitetsproblemer
- aktuelle udgangsftaler
- dør låst
- tvang (pt.rådgiver kontaktet?)
- skærmning
- selvmordstanker
- skema til bevarelse af selvkontrol, mestringsstrategier
- specielle aftaler (ex. kost, støtte v. spise- eller badesituationer, brug af mobiltelefon/tv., væskeskema)
- medbragt medicin eller skarpe genstande der skal låses inde

Der bør informeres om:

- kort information om indlæggelsesårsag
- aktuel tilstand
- kan patienten selv kontakte personale eller skal vi søge jævnlig kontakt/ tilbyde pn
- speciel medicin medbragt
- pårørendekontakt (specielle aftaler)
- kontakt til feks. bevar barndommen, socialrådgiver, fys, ergo
- specielle aftaler/planer for resten af dagen

Der kan informeres om:

- sociale forhold der ikke er højaktuelle
- livshistorie

Baggrund for udarbejdelse af guideline

Principper for relationsbehandling: Viden om vigtigheden af, at patienter med svære symptomer og lavt funktionsniveau behandlingsmæssigt har stort behov for trygge og sikre omgivelser. Ved overflytning at styrke og bevare den følelse af indre kontrol, tryghed og tillid, som patienten har opnået gennem relationsbehandlingen.

Kontinuitet og forudsigelighed er nødvendige forudsætninger for at få optimale betingelser for det fortsatte behandlingsarbejde.

Forebyggelse af tvang i psykiatrien: Såvel brugerpolitik, mål med såvel 1. som 2. bølge har et overordnet fokus ift. forebyggelse af tvang. Gennem de indledende undersøgelser til 2. bølge samt afholdt dialogmøde, blev det fra patienternes side fremhævet, at når voldsom angst og utryghed i det akutte forløb er altoverskyggende, er information om alle tiltag og beslutninger meget vigtig.

På E3 har vi haft overvejelser omkring temaer som husorden og den øvrige miljøterapi. Dette for at arbejde hen i mod en daglig praksis som er ikke-konflikt opbyggende. At skulle flytte fra akut- til stamafsnit vil altid være belastende. Netop derfor ønsker vi at skærpe opmærksomheden på procedurer, fordi kontinuitet og tryghed først og fremmest opnås gennem deling af viden.

Praksiserfaringer viser, at vi ofte oplever konflikter straks efter overflytning. Dette kan skyldes forskel på patientens og personalets opfattelse af de aftaler og tiltag der er gældende.

Vores arbejdshypotese er, at når vi er samlet - patienten og personale fra begge afsnit - og får formidlet de vigtigste tiltag og aftaler, optimerer vi grundlaget for en fortsat tryk relationsbehandling.

I

Prioriteringstrekanten har vi valgt at benytte til guideline, fordi den er et kendt og anbefalet redskab fra Afdelingsledelsen.

Vi oplever i dagligdagen at hverdagene kan se meget forskellige ud: Personalets ressourcer og muligheder ifm. overflytninger er afhængige af de krav, der lige nu stilles til det enkelte afsnit.



Standard for flytning af patient mellem lavt- og højtskærmet miljø

Standarden har til hensigt at sikre, at patient og pårørende er informeret om flytning til andet afsnit. Standarden skal endvidere sikre, at patienten får støtte til at knytte kontakt til kontaktperson, personale og medpatienter på det nye afsnit, samt sikre, at patienten medinddrages i flytningen.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Afdeling for Regionsfunktioner Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Udviklingssygeplejerske Marianne Balcer
Tlf.: 5535 1302
E-mail: kiba@regionsjaelland.dk

Afdelingssygeplejerske Kirsten Willum
Tlf.: 5535 1245
E-mail: kwje@regionsjaelland.dk

Standard for flytning af patient mellem lavt - og højtskærmet miljø

Struktur	Proces	Resultat
<p>Patienten orienteres om påtænkt flytning og grunden hertil af kontaktperson. Patienten skal så vidt muligt give informeret samtykke hertil.</p> <p>Der udpeges en ny kontaktperson i det miljø patienten flytter til så snart flytning besluttet, eller så hurtig det er muligt afhængig af situationen.</p> <p>Pårørende kontaktes af kontaktperson om den forestående flytningen eller efter at flytningen har fundet sted (afhængig af situationen) og grunden hertil.</p> <p>Patienten præsenteres for medpatienter og personale i det "nye" miljø, afhængig af patientens tilstand.</p> <p>Patienten orienteres om det "nye" miljø.</p> <p>Kontaktperson og patienten samarbejder om flytningen og klargøre og indrette sig på patientstuen.</p> <p>Kontaktperson afholder opfølgende samtale med patienten vedr. flytningen</p> <p>Flyttes patienten mod sin vilje er det en lægelig beslutning.</p> <p>Sker flytningen mod patientens vilje aftales det med overlægen, hvorvidt lægenotat i forhold til ufrivillig flytning (tvang) udleveres til patienten. Udlevering vil altid ske på overlægens godkendelse.</p> <p>Alle relevante oplysninger vedr. flytning dokumenteres i Opus – Notat.</p>	<p>Patienten orienteres mundtligt og skriftligt om navnet på den "nye" kontaktperson. Den givne information dokumenteres i Opus - Notat</p> <p>Den "gamle" og den "nye" kontaktperson samarbejder med patienten om, hvordan og hvornår flytningen finder sted.</p> <p>Pårørende kontaktes af den "gamle" kontaktperson, (afhængig af hvor lang tid patienten har været i det fraflyttede miljø), som udviser lydhørhed for de følelser og tanker den pårørende udtrykker, og er opmærksom på den pårørendes behov for viden om patientens specielle problem, og hvordan man kan være til hjælp og støtte for patienten.</p> <p>Kontaktperson viser patienten sin stue og de øvrige faciliteter i det "nye" miljø. Patienten inddrages i flytningsprocessen, hvor patientens ejendele pakkes sammen og flyttes på plads, samtidig med at patientens ejendele gennemgås i forhold til farlige genstande, specielt i det højtskærmede miljø.</p> <p>Patienten hilser på medpatienter og personale, når det findes naturligt og når patienten er parat til dette.</p> <p>Kontaktpersonen skriver patientens navn på tavlen på patientstuen.</p> <p>Den "nye" kontaktpersonen afholder opfølgende samtale med patienten ud fra relevant guide.</p> <p>Patienten bydes velkommen til det "nye" miljø ved det forestående patientmøde.</p> <p>Såfremt flytning ikke accepteres af patienten, overvejes om flytning er nødvendigt af sikkerheds- og behandlingsmæssige grunde. (Mindste – middel – princippet)</p> <p>Flyttes patienten mod sin vilje tilbydes patienten at kopi af relevant lægenotat opbevares i sygeplejemappen.</p> <p>Ønsker patienten at få udleveret kopi af lægenotat, får patienten det udleveret, uanset tidspunkt, af personalet i den pågældende vagt.</p>	<p>At patienten føler sig informeret om flytningen og grunden hertil.</p> <p>At patienten føler sig medinddraget i flytningen.</p> <p>At patienten oplever tilfredshed med den måde flytningen er foregået på.</p> <p>At patienten oplever støtte i forbindelse med flytningen i at etablere kontakt til medpatienter og personale.</p> <p>At patienten føler sig velkommen i det nye miljø.</p> <p>At patientens pårørende er orienteret om flytningen.</p> <p>At patientens pårørende oplever lydhørhed og støtte i forbindelse med patientens specielle problemstilling.</p>

160207

Team Geronto ,Vordingborg

Guide vedrørende opfølgende samtale ved flytning af patient mellem afsnittets lavt - og højskærmede miljøer.

- Samtalen afholdes af den "nye" kontaktperson / dagens kontaktperson så vidt muligt dagen efter og senest 72 timer efter flytningen.
- Samtalen skal foregå i rolige og uforstyrrede omgivelser.
- Der afsættes ½ time til samtalen.
- Samtalen skal handle om patientens oplevelser og specielt de ting der har været svære i forløbet.
- Spørgsmålene tilpasses i ordlyd efter patientens tilstand.
- Der udvises fleksibilitet i samtalen, og spørgsmålene kan stilles i den rækkefølge der passer bedst i situationen, så det bliver en naturlig samtale.
- Støt patienten i at reflektere over oplevelserne.

Forslag til spørgsmål:

- Kender du årsagen til flytningen? ja nej

Hvis patienten ikke kender grunden skal kontaktpersonen orientere herom.

- Hvad har været svært for dig i forbindelse med flytningen?
- Hvad har været godt i forbindelse med flytningen?
- Hvordan har det været at lære nye medpatienter og personale at kende?
- Er du tilfreds med måden du er flyttet på?
- Kunne vi som personale have gjort noget mere/ andet for at gøre flytningen lettere for dig?
- Hvordan befinder du dig i dit nye miljø?

Kontaktpersonen skal komme med sin vurdering af situationen og samtalen.

Alle relevante oplysninger fra samtalen skal dokumenteres i Opus - Notat med overskriften

"Opfølgende samtale i forbindelse med flytning fra lavt til højskærmet miljø" eller **"fra højt til lavtskærmet miljø"**.



Standard for samtale før udskrivning

Standard for samtaler før udskrivning sikrer kontinuitet og kvalitet i udskrivningsforløbet. Standarden og den tilhørende guide anvendes målrettet af kontaktpersonen.

Standarden sikrer, at patienten og de pårørende medinddrages i udskrivningsforløbet. De rustes til udskrivning ved, at kontaktpersonen opsummerer indlæggelsesforløbet og peger på konkrete resultater og forandringer under indlæggelsesforløbet for patient og pårørende. Kontaktpersonen retter fokus på de udfordringer, patienten og pårørende vil møde i hverdagen efter udskrivning med henblik på planlægning, koordinering og støtte. Personalet sikrer, at evt. tvangsanvendelse bliver berørt og evt. bearbejdet efter patientens ønske og behov.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Afdeling for Regionsfunktioner Gerontopsykiatrisk, G2

Udviklingssygeplejerske Marianne Balcer
Tlf.: 5535 1302
E-mail: kiba@regionsjaelland.dk

Afdelingssygeplejerske Kirsten Willum
Tlf.: 5535 1245
E-mail: kwje@regionsjaelland.dk

Standard for samtale før udskrivning med guide

Standard for samtale før udskrivning

80% af patienterne på afsnit G2 skal inden udskrivning have gennemført en udskrivningssamtale for at sikre kontinuitet og kvalitet i udskrivningsforløbet i overensstemmelse med afsnittets værdigrundlag. Afgørelser i forhold til gennemførelse i forhold til standard, dokumenteres i Opus- Notat.

Struktur	Proces	Resultat
<p>Når udskrivningsfasen nærmer sig, planlægges eller gennemføres samtalen.</p> <p>Pårørende deltager i samtalen hvis patienten har accepteret dette</p> <p>Samtalen foregår i rolige og uforstyrrede omgivelser. Varighed ca. ½ t</p> <p>Kontaktpersonen er ansvarlig for at samtalen afholdes.</p> <p>Samarbejde med distriktssygeplejerske om aftaler, opfølgning af pleje / behandlingsplaner inkl. aktivitetsplan.</p> <p>Aktivitetsplan indgår som et fast tema i samtalen</p> <p>Temaet tvang skal medtænkes i samtalen, når dette er relevant.</p> <p>Kontaktperson dokumenterer relevante oplysninger fra samtalen i Opus- Notat</p> <p>Der er udarbejdet guide til afholdelse af samtale før udskrivning og denne skal følges så vidt muligt.</p> <p>Journalaudit med jævne tidsintervaller.</p>	<p>Kontaktperson sikre patientens samtykke til, at pårørende deltager eller kontaktes telefonisk</p> <p>Kontaktperson orienterer patienten om formålet med samtalen.</p> <p>Kontaktpersonen inviterer pårørende til at deltage i samtalen, og aftaler tidspunkt.</p> <p>Man kan sige til patienten, at det er afsnittets rutine, at pårørende deltager i samtalen, så hvis patient ikke har noget imod det, inviteres pårørende.</p> <p><u>Indhold i samtalen:</u> Patientens/pårørendes forventninger til indlæggelsesforløbet drøftes i forhold til om disse er indfriet. Opsummere, hvad indlæggelsesforløbet har betydet rent praktisk og personligt for patienten. Opfølgning af aktivitetsplan når patienten kommer hjem Rette fokus mod de udfordringer patienten vil møde i hverdagen hjemme. Opfølgning på tvangsindgreb under indlæggelsesforløbet såfremt det er relevant. (Henv. til spørgeskema). Klarlægge i hvilken grad familien, distriktssygeplejerske og øvrigt netværk udgør et sikkerhedsnet for patienten for at sikre kontinuiteten.</p> <p>Praktiske aftaler drøftes med patienten og pårørende og koordineres. (Henv. til check liste i forhold til sygeplejehandlinger)</p>	<p>Patienten bliver bevidst om egne ressourcer og positive forandringer i forhold til at håndtere hverdagens problemer og udfordringer efter udskrivning.</p> <p>At pårørende er velinformeret om udskrivning, og pårørende er "klædt på" til udskrivningen.</p> <p>Patienten er tryk ved udskrivning og kan overskue hverdagen i eget hjem, med evt. hjælp af pårørende / professionelt netværk.</p> <p>At aktivitetsplanen kan videreføres efter udskrivning i den udstrækning det er muligt og er hensigtsmæssigt.</p> <p>Patienten får bearbejdet evt. traumatiske oplevelser i forhold til tvangsindgreb.</p>

Revideret Juli 2008. Afsnit G2,

Guide til samtale før udskrivning.

Pårørende inviteres til at deltage i udskrivningssamtalen.

Hensigten med udskrivningssamtale er at opsummere indlæggelsesforløbet og pege på konkrete resultater og forandringer. Ruste patienten og pårørende til udskrivning ved at rette fokus mod de udfordringer patienten vil møde i hverdagen med henblik på planlægning koordinering og støtte.

Den generelle og aktuelle situation

- Hvilke forventninger havde patienten til indlæggelsen
- Hvordan oplever patienten sin tilstand og situation generelt
- Hvordan er forholdet til familien / øvrige netværk

Resultater og forandring

- Hvordan er det gået med de problemstillinger som prægede indlæggelsesperioden

Vælg de relevante problemstillinger ud

- Psykomotorisk aktivitet
- Lader patienten sig i mindre grad distrahere
- Har patienten en realistisk opfattelse af sine evner / ressourcer / kapacitet
- Evner patienten at tage hensyn til fysiske behov og egenomsorgen
- Er nattesøvnen reguleret
- Gennemlever patienten en god rytme i hverdagen og er hverdagen meningsfuld
- Er patienten motiveret i forhold til aktiviteter og samvær med andre

Hvad skal der være på plads inden udskrivning

- Berøre, hvilken betydning det har for patienten at være indlagt på psykiatrisk afsnit
- Hvad får patienten hjælp til fra familien
- Hvad får patienten hjælp til fra hjemmeplejeordningen
- Er der anden form for hjælp
- Opfølgning af ambulante aftaler herunder distriktssygeplejerske.
- Andre relevante aftaler og handlinger (Henv. til tjekliste ved sygeplejehandlinger)

Afklaring og afstemning med pårørende

- Drøfte hvordan pårørende bedst kan støtte patienten efter udskrivning.
- Afklare om pårørende selv har behov for hjælp / støtte til at varetage den evt. videre støttefunktion, og hvordan denne hjælp / støtte kan gives.
- Vær opmærksom på evt. relevante pjecer, pårørendegrupper, hjemmesider o.lign., som pårørende kan have gavn af.

Evaluering

- Aktivitetsplan evalueres og patienten spørges om tilfredsheden i forhold til afsnittets tilbud af aktiviteter, og hvilke del af planen som vil kunne være hensigtsmæssig at videreføre efter udskrivning.
- Har patienten været udsat for tvangsindgreb under indlæggelsen følges der op på denne tvangsepisode via relevant spørgeskema sammen med læge.
- Tilfredshedsspørgeskema til pårørende udleveres med opfordring til at aflevere dette inden udskrivning og helst samme dag.

Forebygge aggression og vold






Arbejdet i den kliniske praksis kan være forbundet med en øget risiko for aggressiv adfærd og vold. Aggressioner og vold opstår typisk i situationer, hvor patienten føler afmagt og mister selvkontrollen. Patienterne kan opleve det som et overgreb, når 'systemet' ikke tilgodeser deres behov, og handler i affekt på grund af deres sygdom.

Den traditionelle måde i psykiatrien at håndtere farlige patienter på har været bæltefiksering. I Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien har flere afdelinger arbejdet med at analysere egen praksis for at finde ud af, hvornår patienterne var farlige, og hvem de var farlige overfor. På baggrund af den viden er der udarbejdet en række arbejdsredskaber, som kan anvendes i et tæt samspil med patienten.

Resultatet af indsatsen er positiv. Der er mange steder sket en reduktion af tvangsanvendelsen, og patienterne oplever, at der er god hjælp og handlemuligheder til at håndtere svære situationer og mindre hensigtsmæssige former for mestringsstrategier. Kvaliteten af behandlingen er forbedret, der er mere ro i hverdagen og generelt større medarbejdertilfredshed.

Arbejdsredskaberne til forebyggelse af aggression og vold gennemgår systematisk de vigtigste faktorer i optakten til og udviklingen af kontroltab og afdækker patientens mestringsstrategier og handlemuligheder.

Arbejdsredskaber:

Selvkontrolskemaet 	38
Spørgeskema til forebyggelse af tvang	41
Samarbejdsaftale	43
Brainstorm over mestringsstrategier	47
Mestringsplan og advarselssignaler 	50
Checkliste til vurdering af risiko for patientvold	54
Voldsforebyggelsesmappe 	57
Fortrykt plejeplan vedr. forebyggelse af aggression/vold	66
Risikovurdering og deeskalering af vold og trusler samt registreringskema	74
PANNS	84



Selvkontrolskemaet

"Skema Til bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer" er et uhyre enkelt redskab som bruges i samarbejde mellem kontaktperson og patient samt evt. pårørende. Skemaet lister en række almindelige små aktiviteter, stimuli og samværsformer op, som erfaringsmæssigt medvirker til at give patienter ro og selvkontrol. Skemaet spørger patienten om vedkommendes egne erfaringer og lister de bedste bud op. Tillige spørges om konkrete ting, der kan gøre det vanskeligt for patienten at bevare selvkontrol og mestre svære situationer.

Det er et meget centralt redskab i den helt akutte forebyggelse af tvang og i forhold til næsten alle indlagte patienter i den umiddelbare udredning af patientens muligheder for at mestre sin situation.

Skemaet er et godt afsæt for den videre udforskning og udvikling igennem resten af patientforløbet af patientens mestringsformer i forhold til de aktuelle problemer. Skemaet afløses af skemaet: "Brainstorm over mestringsstrategier" i den mere stationære periode. Dette næste skema medvirker fortsat til at forebygge tvang, men er mere problemfokuseret og fremtidsorienteret i forhold til løsningsmuligheder på lidt længere sigt. Dette skema forklares særskilt her i kataloget.

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien Herning, E4

Sygeplejerske Bente Pedersen
Tlf.: 9927 2400
E-mail: bente.pedersen2@ps.rm.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: hecac@ringamt.dk

Andre kilder:

Sct. Hans Hospital, Afsnit R7

Psykiatrien i Syddanmark, Børne- og
Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Odense

Psykiatrien i Syddanmark, Kolding

Psykiatrisk Center Gentofte

Skema til bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer

Label:

Dato:

Har nogen af de nedenstående forslag hjulpet dig tidligere, hvis du føler kaos, indre uro eller bliver vred? Sæt kryds ved det, du ved kan hjælpe dig

- Gåture sammen med personalet
- Et varmt bad
- Et telefonopkald til familien eller en ven
- At lytte til musik
- Åndedrætsøvelser
- Afslapning på din stue, evt. planlagt tidsrum
- Fysisk aktivitet
- Afslapning med kontaktperson på stuen
- Holde din hånd under koldt vand
- At ligge ned med kolde klude på panden
- Skrive dagbog
- At læse avis eller bog
- Højtlesning
- At se TV
- Tale med andre patienter
- Kugledynen
- Ball stick
- At drikke en kop kamillete
- Struktur på hverdagen eks. dagsskema
- At få PN medicin
- Andet
- Andet
- Andet
- Andet

Skema til bevarelse af selvkontrol og mestring af svære situationer

Kryds de ting af, der kan gøre det sværere for dig.

<input type="checkbox"/>	At blive rørt ved
<input type="checkbox"/>	Døren til din stue er lukket
<input type="checkbox"/>	Døren til din stue er åben
<input type="checkbox"/>	Høj lyd
<input type="checkbox"/>	TV
<input type="checkbox"/>	Særlige tidspunkter på dagen (hvornår)
<input type="checkbox"/>	At være alene
<input type="checkbox"/>	Særlige dage
<input type="checkbox"/>	Andet
<input type="checkbox"/>	Andet
<input type="checkbox"/>	Andet
<input type="checkbox"/>	Andet
<input type="checkbox"/>	Andet

Hvordan har det været at snakke om svære situationer??

Vejledning til udfyldelse af selvkontrol- mestringsskema

Skemaet påbegyndes af den sygeplejerske/SOSA der er med ved modtagelsen af patienten
Skemaet gennemgås med patienten og færdiggøres i løbet af de første dage af indlæggelsen.

Der laves løbende opfølgning af skemaet, således at patienten støttes på den rette måde i de aktuelle udfordringer.

Patienten får en kopi af skemaet på stuen.

Evaluering

Efter samtalen evaluerer patienten og personalet samtalen. Patientens overvejelser kan noteres på skemaet.

Pårørende

Husk også at pårørende kan give megen værdifuld information til arbejdet med skemaet.



Spørgeskema til forebyggelse af tvang

Skemaet anvendes i dialog mellem personale og patient med forventede problemer omkring bevarelse af selvkontrol og evt. udadreagerende adfærd. Efter udfyldelse af skemaet får både personale og patient en kopi og skemaet bruges aktivt til at finde handlestrategier, når patienten bliver opkørt og angst for at miste selvkontrol.

Skemaet anvendes både af patienter, pårørende og personale. Skemaet vejleder personalet i valg af strategier, når de skal støtte patienten til at finde nye handlestrategier i opkørte situationer.

Skemaet initierer en dialog om et svært emne og giver patienten mulighed for at tale om tidligere svære hændelser og gode samt dårlige erfaringer med, hvordan disse kan takles.

Kontaktinformation:

**Psykiatrisk Center Sct. Hans
Afsnit R7**

Andre kilder:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling,
Odense

Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding

Regionspsykiatrien Herning

Psykiatrisk Center Gentofte

Spørgeskema til forebyggelse af tvangsforanstaltninger

Dato _____

Patientnavn: _____

Mine advarselstegn er:

- _____
- _____
- _____
- _____

Handling:

Hvad skal jeg gøre ?

- _____
- _____
- _____
- _____

Hvad ønsker jeg andre gør (eller ikke gør)?:

- _____
- _____
- _____
- _____



Samarbejdsaftale

Skemaet anvendes i dialog mellem personale og patient ved indlæggelse på afsnittet. Aftalen har til hensigt at forebygge udadreagerende adfærd ved at støtte patienten til bevarelse af selvkontrol. Skemaet er endvidere med til at udvide personalets kendskab til patienten samt til forskellige mestringsstrategier

Kontaktinformation:

**Psykiatrisk Center Gentofte
Afsnit 1510**

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Sct. Hans, Afsnit R7

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling,
Odense

Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding

Regionspsykiatrien Herning

Samarbejdsaftale

Velkommen til afdeling _____

Navn og cpr. _____

Personalet her på afdelingen vil gerne vide, hvis der er ting/forhold, som vi skal være opmærksomme på, og som kan hjælpe dig, hvis du føler dig tiltagende rastløs, vred, opkørt og angst.

I samarbejde med dig vil personalet gerne finde ud af, hvordan vi bedst kan hjælpe dig, når du eller vi oplever, at du er ved at miste kontrollen.

Har nogle af nedenfor beskrevet forslag tidligere hjulpet dig ?

- Stilletid alene på værelse.
- Stilletid med personale på værelse.
- Skrive dagbog.
- Åndedrætsøvelser.
- Gåtur med personale.
- Et varmt bad.
- Holde din hånd under koldt vand.
- Fodbad.
- Kugledyne.
- Pn. Medicin og evt. hvilken _____
- Fysisk kontakt
- Lytte til musik (music cure)
- Læse avis,blad eller bog (evt.højtlæsning)
- Et telefonopkald til pårørende. Hvem _____
- En kop te, kaffe eller saft.
- En cigaret.
- Spise.
- Aktiviteter evt. bordtennis, kortspil eller andet spil.

Samarbejdsaftale

Er der andre forslag, som kan hjælpe dig ? Hvilke ?

Hvad kan gøre det mere besværligt for dig, når du oplever frustration og er ved at miste kontrollen.

- Fysisk kontakt
- Døren til dit værelse er lukket
- Døren til dit værelse er åben
- Høj lyd
- Tv
- Særlige tidspunkter på dagen – hvornår
- Særlige tidspunkter på året - hvornår
- At være alene eller sammen

Andet

Kan vi aftale, hvornår vi skal reagere på din adfærd, og hvad vi skal gøre

Samarbejdsaftale

Personalets kommentar og / eller evaluering af samtalen.

Patientens kommentar og / eller evaluering af samtalen.



Brainstorm over mestringsstrategier

Brainstorm over mestringsstrategier er et skema, som ligger i forlængelse af Selvkontrolskemaet. Brainstormskemaet tages i brug i den mere stationære del af behandlingen. Skemaet bruges i personalegruppen til at brainstorme over alle de mestringsformer, som patienten benytter sig af for at mestre svære situationer – inklusive mindre hensigtsmæssige former som f.eks. misbrug, selvskadning eller aggression. Skemaet er teamets redskab til at forsøge at forstå patientens mestringsformer på et dybere niveau sat overfor aktuelle problemer. Skemaet inviterer herefter til samarbejde med patienten om videre udforskning og udvikling af mestringsformer, sådan at patienten kan blive tryk ved at anvende de mest hensigtsmæssige mestringsformer.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning

Funktionsleder Lisbeth Frølund Davis

Tlf: 9927 2456

E-mail: lisbeth.davis@ps.rm.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen

Tlf.: 9927 6450

E-mail: hec@ringamt.dk

Brainstorm over mestringsstrategier

Sidste revision af arbejdsredskabet: 2008

Navn: _____ CPR Nr.: _____

Aktuelle GAF-score: _____

Hvilket problem eller problemkompleks, symptom eller symptomkompleks, dilemma eller livsvilkår - eller konsekvenser af dette eller hint - forsøger patienten at mestre?

Brainstorm over pt's mestringsstrategier	hensigtsmæssige	mindre hensigtsmæssige	begge dele	type K/A/R/I*

* Strategiernes karakter - Kognitive, Adfærds/ fysiologiske, Relationelle/ Instinktive (se bagsiden)

Brainstorm over mestringsstrategier

Vejledning til Brainstorm over mestringsstrategier

Grundideen til skemaet er skabt ved tværfaglig studiegruppe, hvor man via fortællingen om patienten, lavede en brainstorm over mestringsstrategier. Det gav overblik over, om der var nogen det var nyttigt at arbejde videre med. Det er vigtigt under en brainstorm, at man tænker bredt og alternativt til de vanlige og kendte mestringsstrategier, så derfor er skemaet uden fortrykte forslag. Skemaet kan bruges som et redskab for personalegruppen til at lave en brainstorm over de mere eller mindre hensigtsmæssige mestringsstrategier som patienten har skabt for sig selv - bevidst eller ubevidst. Skemaet er ikke tænkt til en bestemt patientgruppe/ diagnose, men kan anvendes ved forskellige symptomer fx angst, stemmer, tristhed, misbrugstrang.

Det kan være allerede ved indlæggelsessamtalen, at der fremkommer metoder patienten eller den pårørende har bemærket at patienten griber til, når vedkommende får det dårligt. Man kan allerede da begynde at udfylde skemaet.

Det kan også udfyldes i samarbejde med patienten mhp. at skabe overblik over pt's egne og tillærte mestringsstrategier.

Efter man har skabt sig et overblik, vurderes om mestringsstrategierne er hensigtsmæssige, mindre hensigtsmæssige eller begge dele, og man har mulighed for at støtte op om og videreudvikle de mest hensigtsmæssige.

Det er vigtigt at man også får beskrevet de mestringsstrategier som er mindre hensigtsmæssige, som fx selvskadning, misbrug. Det er en anerkendelse af, at patienten selv gør noget for at mestre sine problemer, og at de handlinger patienten foretager sig, giver mening. Sammen med patienten, kan man kigge på om disse mindre hensigtsmæssige handlinger kan erstattes af nogle, der kan komme patienten til gavn. Der vil også ofte være nogle mestringsstrategier som fx at isolere sig, som nogle gange vil være det bedste patienten kan gøre, men andre gange vil det være med til at forværre problemerne.

Sidste kolonne kan bruges til at få overblik over mestringsstrategiens karakter.

- *kognitive strategier*; fx tvinger tanker i anden retning, forskellige skriftlige redskaber, sender stemmer væk, indgår aftaler med stemmer eller ikke selvskadning.
- *adfærds/ fysiologiske strategier*; fx gåtur, afslapningsøvelser, cykeltur, sove, medicin, alkohol, mad, isolerer sig.
- *relationelle strategier*; fx henvender sig til andre, samvær, besøg.
- *instinktive strategier* har at gøre med mere ubevidste strategier, som patienten uden helt at vide hvorfor anvender overfor sit problem, problemkomplex eller dilemma.



Mestringsplan og advarselssignaler

Mestringsplan og Advarselssignaler er to sammenhængende redskaber, som støtter patient og pårørende til at lære advarselssignaler at kende og koble disse til de mest hensigtsmæssige mestringsstrategier, som patienten kan bruge.

Mestringsplanen udarbejdes under indlæggelsesforløb og revideres løbende og bruges tillige især i forbindelse med udskrivelse i forhold til samarbejde med pårørende og professionelle netværk. Mestringsplanen kan nemt omskrives til praktiske "lomme-huskekort" indeholdende vigtigste advarselssignaler og mestringsstrategier til brug i patientens hverdagsliv.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning

Funktionsleder Lisbeth Frølund Davis

Tlf.: 9927 2456

E-mail: lisbeth.davis@ps.rm.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen

Tlf.: 9927 6450

E-mail: hec@ringamt.dk

Mestringsplan og Advarselssignaler

Mestringsplan

Denne mestringsplan har til hensigt, at mindske risikoen for tilbagefald.
Mestringsplanen kan bruges både af dig, dine pårørende og dine behandlere.
Brug tilhørende vejledning, når mestringsplanen skal udfyldes.

1. Mine advarselssignaler er:

2. Mine mestringsstrategier og tiltag er:

3. Hvis ikke dine tiltag hjælper, så kontakt din nøgleperson.

Din nøgleperson vil hjælpe dig med at mestre dine advarselssignaler og vil være med til at vurdere, om der er behov for yderligere hjælp.

Nøgleperson: Egen læge: Behandler:

Tlf.: Tlf.: Tlf.:

4. Hvis du ikke kan komme i kontakt med din nøgleperson eller en behandler, og hvis du har akut brug for hjælp, kan du kontakte **vagtlægen**.

Tlf:.....

5. Hvad skal omgivelserne gøre:

.....
.....
.....
.....
.....

Underskrift:.....

Underskrift nøgleperson:.....

Mestringsplan og Advarselssignaler

Almindelige tidlige advarselssignaler	Patient	Pårørende	Personale
1. Følte du dig anspændt eller nervøs?			
2. Følte du dig deprimeret?			
3. Havde du problemer med at sove?			
4. Følte du dig rastløs?			
5. Havde du besvær med at koncentrere dig?			
6. Følte du ikke glæde ved noget som helst?			
7. Havde du nedsat appetit eller spiste du mindre?			
8. Havde du sværere ved at huske ting?			
9. Følte du dig iagttaget eller overvåget eller forfulgt?			
10. Holdt du dig væk fra din familie og dine venner?			
11. Følte du dig set ned på eller endda latterliggjort?			
12. Mistede du nogle af dine sædvanlige interesser?			
13. Beskæftigede du dig mere med religiøse emner?			
14. Følte du dig utilpas uden grund?			
15. Følte du dig mere opstemt eller endda overstadig?			
16. Hørte du stemmer andre ikke kunne høre?			
17. Så du syner andre ikke kunne se?			
18. Følte du dig mindreværdig eller værdiløs?			
19. Var du helt opslugt af én eller to ting?			
20. Betød påklædning og personlig hygiejne mindre for dig?			
21. Manglede du håb for og mening med fremtiden?			
22. Havde du mareridt/onde drømme?			
23. Blev du lettere irriteret, opfarende eller aggressiv?			
24. Var du bange for, at du var ved at blive skør?			
25. Havde du tanker om at skade dig selv eller tage dit liv?			
26. Havde du oftere smerter eller fysiske gener?			
27. Havde du tanker om at skade andre eller slå andre ihjel?			
28. Steg dit forbrug af alkohol eller medicin eller narkotika?			
29. Syntes du, at dele af din krop forandrede sig?			
30. Syntes du omgivelserne virkede fremmede/uvirkelige?			
31. Sov du mere end du plejer?			
32. Sagde andre, at du opførte dig anderledes end du plejer?			
33. Kom du let i skænderi?			
34. Svingede du op/ned i vægt?			
35. Følte du andre ville gøre dig fortræd?			
36.			
37.			

Vejledning i brug af ”Mestringsplan”

Mestringsplanen har til hensigt, at hindre tilbagefald.

Mestringsplanen kan bruges både af patienten, de pårørende og behandlerne.

Mestringsplanen bliver lavet i et samarbejde mellem patienten, de pårørende og patientens kontaktperson på afdelingen.

1. Gennemgå skemaet ”almindelige tidlige advarselssignaler” og udvælg 3-5 advarselssignaler, som du er mest sikker på, at du har og som du mærker mest. Skriv dem i prioriteret rækkefølge under ”mine advarselssignaler er:”

Angiv hvor hyppigt det enkelte punkt gjorde sig gældende for dig i tiden op til den sidste sygdomsepisode: 0=Aldrig 1=Genkender jeg, men oplever det sjældent 2=Noget jeg kender, som blev værre end det plejer 3=Kom i tiden lige op til aktuelle sygdomsepisode

2. I samarbejde udvælges de mestringsstrategier og tiltag der kan tages i brug for at håndtere eller afhjælpe det enkelte advarselssignal. Skriv dem under ”mine mestringsstrategier og tiltag er:”

3. Du skal udvælge en nøgleperson. Nøglepersonen skal hjælpe med at følge med i advarselssignalerne. Nøglepersonen skal være én, du kender godt, som du har tillid til og som du har regelmæssig kontakt til. Det kan f.eks. være en pårørende, en støtte-kontaktperson eller en anden behandler. Nøglepersonen har to opgaver i forhold til mestringsplanen:

A: Give dig besked når han/hun mærker, at du har advarselssignaler på tilbagefald.

B: Hjælpe dig med at mestre advarselssignalerne og være med til at vurdere, om der er behov for yderligere hjælp. Nøglepersonen skal orienteres om og acceptere denne opgave. Skriv navn og telefonnummer på din nøgleperson.

Skriv navn og telefonnummer på din egen læge og eventuel anden behandler.

4. Skriv telefonnummeret på vagtlægen

5. Hvis du får det så dårligt, at du ikke magter at forholde dig aktivt til mestringsplanen, kan det være en god idé, at dine omgivelser ved, hvordan de bedst kan hjælpe dig. Snak med dine pårørende om det og skriv konkrete forslag ned under ”hvad skal omgivelserne gøre:”

6. Til sidst underskrives mestringsplanen af dig og din nøgleperson.



Checkliste til vurdering af risiko for patientvold

Checklisten anvendes ved journaloptagelse af lægen ved alle indlæggelser. Hvis indlæggende læge vurderer, at der er risiko for patientvold, oprettes en Aggressionsforebyggelsesmappe (se senere) i samarbejde med en sygeplejerske. Formålet er at hjælpe patienten med at forebygge aggressive udbrud og voldsom adfærd.

Kontaktinformation:

Almenpsykiatrisk Afdeling Middelfart, P2

Afdelingssygeplejerske Dorthe Møllegaard
Tlf.: 6348 4364

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Frederiksberg

Tjekliste til vurdering af risiko for patientvold

- 1) Har patienten tidligere udøvet vold?
 - a) Gentagne voldsepisoder?
 - b) En enkelt voldsepisode?
- 2) Foreligger der en akut psykotisk tilstand?
 - a) Paranoid psykose?
 - b) Psykotisk forvirringstilstand?
- 3) Drejer det sig om skizofreni eller anden psykosedidiagnose?
 - a) Ubehandlet?
 - b) Samtidigt personlighedsforstyrrelse?
 - c) Samtidigt misbrug?
4. Foreligger der demens, delirium eller anden organisk hjerneaffektion?
- 4) Er patienten påvirket af psykoaktive stoffer?
 - a) Alkohol?
 - b) Kokain/amfetamin/ecstasy/heroin?
6. Drejer det sig om en abstinent patient?
7. Drejer det sig om en manisk patient?
8. Er patienten alkohol- og/eller stofmisbruger?
9. Er patienten personlighedsforstyrret?
10. Er patientens intelligens under normalområdet?
11. Konklusion

Ovenstående er gennemgået ved journaloptagelse af:

Ovenstående er gennemgået ved gennemgang af:

Tjekliste til vurdering af risiko for patientvold

Kommentarer til tjekliste

Ad 1) Tidligere voldsepisoder er den vigtigste risikofaktor for vold. En enkelt voldsepisode øger kun risikoen for vold ubetydeligt, uanset hvor alvorlig volden har været.

Ad 3) Det er overvejende de ubehandlede psykotiske patienter, der er voldelige. Blandt skizofrene patienter er paranoid skizofreni hyppigst forbundet med vold.

Der er sammenhæng mellem voldelig adfærd og produktivt psykotiske symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og tænkeforstyrrelser. Skizofrene med overvejende negative symptomer udøver sjældent vold.

Ad 5) Alkohol er hæmningsløsende, og ved alkoholpåvirkning kan der ses øget aggressivitet. Ved vold under alkoholpåvirkning er der ofte andre medvirkende faktorer som f.eks. personlighedsforstyrrelser og lav intelligens.

Indtagelse af større doser kokain, amfetamin, ecstasy eller ved kronisk heroinmisbrug øges aggressiviteten.

Misbrug af opioider og cannabis nedsætter aggressiviteten.

Ad 6) Gælder alle psykoaktive stoffer.

Ad 7) Maniske patienter kan udvise let vagt vrede og være aggressive, men alvorlig vold forekommer sjældent. Oftest opstår voldsepisoderne ved forsøg på at bremse patientens hyperaktivitet og urealistiske planer.

Ad 8) Vold kan skyldes virkningen af selve stoffet, det kriminelle miljø de ofte færdes i, personlighedsforstyrrelse, organisk hjerneskade m.m.

Ad 9) Oftest psykopater, dyssociale, emotionelt ustabile, borderline af impulsiv type, paranoide og narcissistiske personlighedstyper. Evt. i kombination med skizofreni.

Ad 11) Lægen konkluderer hvorvidt der er lav, middel eller høj risiko for patientvold. Ved middel og høj risiko informeres plejepersonalet og der oprettes altid en Voldsforebyggelsesmappe.



Voldsforebyggelsesmappe

Formålet med Voldsforebyggelsesmappen er at undgå konflikter, vold og trusler om vold ved at reducere patientens angst og vrede. Metoden giver patienten andre handlemuligheder end voldsom adfærd.

Voldsforebyggelsesmappe er en sygeplejemappe. Mappen oprettes såfremt lægen på baggrund af tjekliste til vurdering af risiko for patientvold (se arbejdsredskabet her i kataloget) konkluderer, at risikoen for patientvold er til stede.

Voldsforebyggelsesmappen indeholder en beskrivelse af patientens signaler og symptomer forud for opkørte situationer og en handleplan med konkrete forslag til at støtte patienten til selvkontrol og mestring af svære situationer

Kontaktinformation:

Almenpsykiatrisk Afdeling Middelfart, P2

Afdelingssygeplejerske Dorthe Møllegaard
Tlf.: 6348 4364

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding

Psykiatrisk Center Frederiksberg

Vejledningsskabelon

Navn :	Voldsforebyggelse – instruks i oprettelse og anvendelse af voldsforebyggelsesmappe.
Målgruppe:	Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere på sengeafsnit
Formål:	At undgå konflikter, vold og trusler om vold fra patientens side, ved at reducere patientens angst og vrede. At give patienten andre handlemuligheder end voldsom adfærd. At forebygge og begrænse tvangsanvendelse mod patienten.
Definitioner:	En voldsforebyggelsesmappe er en sygeplejemappe, der oprettes i MediCare. Voldsforebyggelsesmappen oprettes såfremt lægen på baggrund af tjekliste for risikovurderingen konkluderer, at risikoen for patientvold er til stede. Vold forstås her som aggressiv adfærd fra patienten rettet mod personer eller ting.
Fremgangsmåde:	<p>Voldsforebyggelsesmappens aktualitet vurderes løbende, mindst en gang om dagen. Såfremt voldsrisikoen ikke er til stede lukkes mappen. Mappen genåbnes ved fornyet voldsrisiko. Ved denne procedure sikres, at kun de patienter, som har en reel og aktuel voldsrisiko, har en åben voldsforebyggelsesmappe.</p> <p>Når en voldsforebyggelsesmappe skal afsluttes, højreklikkes på denne – sæt √ i feltet afsluttes i højre øverste hjørne – luk X i øverste højre hjørne – svar ja til at gemme.</p> <p>Skal en voldsforebyggelsesmappe genåbnes, findes mappen under Afsluttet – der højreklikkes på denne - √ fjernes – svar ja til at gemme.</p> <p>Voldsforebyggelsesmappen er opdelt i 3 kolonner med følgende overskrifter: Problemformulering, Overordnet mål, Overordnet handleplan samt neden under en rubrik til evaluering.</p> <p>Problemformulering: Her beskrives de signaler/symptomer der går forud for en opkørt situation. Det kan være symptomer, vi observerer hos patienten eller symptomer patienten selv kan fortælle om. Der spørges til, om patienten tidligere har været udsat for tvang, så patientens egne erfaringer bruges. F.eks.: - Hvordan tackler patienten afslag på ønsker. - Angst/uro, patienten travler op og ned af gangen.</p> <p>- Patienten har ingen selvkontrol og kan fremtræde kaotisk og impulstyret. - Reagerer kraftigt overfor let stress. - Har svære kontaktvanskeligheder. - Fysisk truende; truende/aggressiv kropssprog, knyttede næver, anspændthed - Verbalt truende; råber, truer personale eller medpatienter. - Støjende adfærd; råber, smækker med døren. - Angreb; smider med genstande, skubber til møbler, banker på ruder/dørene.</p> <p>Overordnet mål: F.eks.: - At undgå vold/trusler - At give patienten andre handlemuligheder end voldsom adfærd. - At reducere angst, vrede, panik. - At undgå konflikter før sengetid, om husregler, om rygning. - At forebygge lignende eller nye tvangstilfælde</p>

	<p>Overordnet handleplan: Her beskrives konkrete handlingsforslag – helst udarbejdet sammen med patienten. Alternativt gennemgået med patienten. F.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kugledyne, skrive dagbog - Musik i nichen/på stuen, varmt bad <p>Definerer roller, hvem er på gangen, hvem passer de øvrige patienter, hvem har ansvaret for kontakten til patienten (med hensyntagen til den enkeltes ressourcer).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vurderer hvilken kontakt patienten har behov for. - Vurderer hvor patienten skal opholde sig - Tilbyde p.n. medicin. - Personalekontakt; her beskrives hvordan personalekontakten giver den bedste hjælp for patienten, f.eks. hvor tæt skal vi være på patienten, magter patienten fysisk kontakt og hvordan - Se konfliktnedtrapping. 		
Standard:	I 100 % af de tilfælde hvor lægen har konkluderet, at risiko for patientvold er til stede, skal den fra plejepersonalet, der modtager patienten, oprette og udfylde voldsforebyggelsesmappe.		
Indikator:	Intern patientjournalaudit en gang om året (10 journaler i alt)		
Litteratur/kilder:	Gennembrudsprojektet, P2 – 2005.		
Dokument oprettet dato: 23.10.06	Af: Instruksudvalget	Godkendt dato: 22. november 2006	Af: Afd.ledelsen.
Sidst revideret dato:	Af:	Revideres dato:	Af:
Art: Klinisk instruks og vejledning.	Dækning: Sengeafsnit, Psykiatrisk Afdeling, Middelfart.		

Tjekliste til vurdering af risiko for patientvold

- 1) Har patienten tidligere udøvet vold?
 - a) Gentagne voldsepisoder?
 - b) En enkelt voldsepisode?
- 2) Foreligger der en akut psykotisk tilstand?
 - a) Paranoid psykose?
 - b) Psykotisk forvirringstilstand?
- 3) Drejer det sig om skizofreni eller anden psykosedidiagnose?
 - a) Ubehandlet?
 - b) Samtidigt personlighedsforstyrrelse?
 - c) Samtidigt misbrug?
4. Foreligger der demens, delirium eller anden organisk hjerneaffektion?
- 4) Er patienten påvirket af psykoaktive stoffer?
 - a) Alkohol?
 - b) Kokain/amfetamin/ecstasy/heroin?
6. Drejer det sig om en abstinent patient?
7. Drejer det sig om en manisk patient?
8. Er patienten alkohol- og/eller stofmisbruger?
9. Er patienten personlighedsforstyrret?
10. Er patientens intelligens under normalområdet?
11. Konklusion

Ovenstående er gennemgået ved journaloptagelse af:

Ovenstående er gennemgået ved gennemgang af:

Tjekliste til vurdering af risiko for patientvold

Kommentarer til tjekliste

Ad 1) Tidligere voldsepisoder er den vigtigste risikofaktor for vold. En enkelt voldsepisode øger kun risikoen for vold ubetydeligt, uanset hvor alvorlig volden har været.

Ad 3) Det er overvejende de ubehandlede psykotiske patienter, der er voldelige. Blandt skizofrene patienter er paranoid skizofreni hyppigst forbundet med vold.

Der er sammenhæng mellem voldelig adfærd og produktivt psykotiske symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og tænkeforstyrrelser. Skizofrene med overvejende negative symptomer udøver sjældent vold.

Ad 5) Alkohol er hæmningsløsende, og ved alkoholpåvirkning kan der ses øget aggressivitet. Ved vold under alkoholpåvirkning er der ofte andre medvirkende faktorer som f.eks. personlighedsforstyrrelser og lav intelligens.

Indtagelse af større doser kokain, amfetamin, ecstasy eller ved kronisk heroinmisbrug øges aggressiviteten.

Misbrug af opioider og cannabis nedsætter aggressiviteten.

Ad 6) Gælder alle psykoaktive stoffer.

Ad 7) Maniske patienter kan udvise let vagt vrede og være aggressive, men alvorlig vold forekommer sjældent. Oftest opstår voldsepisoderne ved forsøg på at bremse patientens hyperaktivitet og urealistiske planer.

Ad 8) Vold kan skyldes virkningen af selve stoffet, det kriminelle miljø de ofte færdes i, personlighedsforstyrrelse, organisk hjerneskade m.m.

Ad 9) Oftest psykopater, dyssociale, emotionelt ustabile, borderline af impulsiv type, paranoide og narcissistiske personlighedstyper. Evt. i kombination med skizofreni.

Ad 11) Lægen konkluderer hvorvidt der er lav, middel eller høj risiko for patientvold. Ved middel og høj risiko informeres plejepersonalet og der oprettes altid en Voldsforebyggelsesmappe.

Voldsforebyggelsesmappe

Voldsforebyggelsesmappen er plejepersonalets arbejdsredskab. Voldsforebyggelsesmappen hænger tæt sammen med den lægefaglige Risikovurdering.

Risikovurderingen udfyldes ved indlæggelsen af den indlæggende læge og resultatet drøftes efterfølgende med plejepersonalet på afdelingen. Lægen gør opmærksom på, på hvilke punkter patienten udøver en risiko, og sammen med plejepersonalet drøftes om og hvilke forholdsregler, der skal tages i den aktuelle situation. Såfremt en patient på baggrund af Risikovurderingen vurderes at frembyde en potentiel risiko, opretter plejepersonalet en sygeplejemappe i form af "Voldsforebyggelsesmappen". I den beskrives de aktuelle risikomomenter og hvilke tiltag, der kan forebygge disse. Den læge der har foretaget Risikovurderingen er med i diskussionen af de aktuelle tiltag. Voldsforebyggelsesmappen kan med fordel udfyldes sammen med patienten, såfremt dette er muligt. Hvis dette ikke er muligt udfyldes de observationer/symptomer plejepersonalet ser hos patienten.

Vores erfaring med voldsforebyggelsesmappen er, at alene det at tale med patienten om aggression/vold har en forebyggende effekt. Patienten får allerede ved indlæggelsen muligheden for at drøfte tidligere oplevelser med tvang, og personalet får mulighed for at inddrage patientens egne erfaringer med dette.

Voldsforebyggelsesmappe

Indholdet i "Voldsforebyggelsesmappen" er skitseret i nedenstående tabel:

Problemformulering	Overordnet mål	Overordnet handleplan
<p>Her beskrives de signaler/symptomer der går forud for en opkørt situation. Det kan være symptomer vi observerer hos patienten eller symptomer patienten selv kan fortælle om. Der spørges til om pt. tidligere har været udsat for tvang, så pt`s egne erfaringer bruges.</p> <p>F.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan tackler pt. afslag på ønsker ▪ Angst/uro, pt. traver op og ned af gangen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pt. har ingen selvkontrol og kan fremtræde kaotisk og impulsstyret. ▪ Reagerer kraftigt overfor let stress ▪ Har svære kontaktvanskeligheder ▪ Fysisk truende; truende/aggressiv kropssprog, knyttede næver, anspændthed ▪ Verbalt truende; råber, truer personale eller medpatienter ▪ Støjende adfærd; råber, smækker med døren ▪ Angreb; smider med genstande, skubber til møbler, banker på ruder/dørene 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At undgå vold/trusler ▪ At give patienten andre handlemuligheder end voldsom adfærd ▪ At reducere angst, vrede, panik... ▪ At undgå konflikter før sengetid, om hus regler, om rygning ▪ At forebygge nye tvangstilfælde 	<p>Handlingsforslag – helst udarbejdet sammen med patienten. Alternativt gennemgået med patienten.</p> <p>F.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kugledyne, skrive dagbog ▪ Musik i nichen/på stuen, varmt bad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definerer roller; hvem er på gangen, hvem passer de øvrige patienter, hvem har ansvaret for kontakten til patienten (med hensyntagen til den enkeltes ressourcer). ▪ Vurderer hvilken kontakt patienten har behov for. ▪ Vurderer hvor patienten skal opholde sig. ▪ Tilbyde pn medicin ▪ Personalekontakt; her beskrives hvordan personalekontakten giver den bedste hjælp for patienten, f.eks. hvor tæt skal vi være på patienten, magter patienten fysisk kontakt og hvordan. ▪ Se konfliktnedtrapning

Voldsforebyggelsesmappe

Voldsforebyggelsesmappen er plejepersonalets arbejdsredskab. Voldsforebyggelsesmappen hænger tæt sammen med den lægefaglige Risikovurdering.

Risikovurderingen udfyldes ved indlæggelsen af den indlæggende læge og resultatet drøftes efterfølgende med plejepersonalet på afdelingen. Lægen gør opmærksom på, på hvilke punkter patienten udøver en risiko, og sammen med plejepersonalet drøftes om og hvilke forholdsregler, der skal tages i den aktuelle situation. Såfremt en patient på baggrund af Risikovurderingen vurderes at frembyde en potentiel risiko, opretter plejepersonalet en sygeplejemappe i form af "Voldsforebyggelsesmappen". I den beskrives de aktuelle risikomomenter og hvilke tiltag, der kan forebygge disse. Den læge der har foretaget Risikovurderingen er med i diskussionen af de aktuelle tiltag. Voldsforebyggelsesmappen kan med fordel udfyldes sammen med patienten, såfremt dette er muligt. Hvis dette ikke er muligt udfyldes de observationer/symptomer plejepersonalet ser hos patienten.

Vores erfaring med voldsforebyggelsesmappen er, at alene det at tale med patienten om aggression/vold har en forebyggende effekt. Patienten får allerede ved indlæggelsen muligheden for at drøfte tidligere oplevelser med tvang, og personalet får mulighed for at inddrage patientens egne erfaringer med dette.

Voldsforebyggelsesmappe

Indholdet i "Voldsforebyggelsesmappen" er skitseret i nedenstående tabel:

Problemformulering	Overordnet mål	Overordnet handleplan
<p>Her beskrives de signaler/symptomer der går forud for en opkørt situation. Det kan være symptomer vi observerer hos patienten eller symptomer patienten selv kan fortælle om. Der spørges til om pt. tidligere har været udsat for tvang, så pt`s egne erfaringer bruges.</p> <p>F.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan tackler pt. afslag på ønsker ▪ Angst/uro, pt. traver op og ned af gangen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pt. har ingen selvkontrol og kan fremtræde kaotisk og impulsstyret. ▪ Reagerer kraftigt overfor let stress ▪ Har svære kontaktvanskeligheder ▪ Fysisk truende; truende/aggressivt kropssprog, knyttede næver, anspændthed ▪ Verbalt truende; råber, truer personale eller medpatienter ▪ Støjende adfærd; råber, smækker med døren ▪ Angreb; smider med genstande, skubber til møbler, banker på ruder/dørene 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At undgå vold/trusler ▪ At give patienten andre handlemuligheder end voldsom adfærd ▪ At reducere angst, vrede, panik... ▪ At undgå konflikter før sengetid, om hus regler, om rygning ▪ At forebygge nye tvangstilfælde 	<p>Handlingsforslag – helst udarbejdet sammen med patienten. Alternativt gennemgået med patienten.</p> <p>F.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kugledyne, skrive dagbog ▪ Musik i nichen/på stuen, varmt bad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definerer roller; hvem er på gangen, hvem passer de øvrige patienter, hvem har ansvaret for kontakten til patienten (med hensyntagen til den enkeltes ressourcer). ▪ Vurderer hvilken kontakt patienten har behov for. ▪ Vurderer hvor patienten skal opholde sig. ▪ Tilbyde pn medicin ▪ Personalekontakt; her beskrives hvordan personalekontakten giver den bedste hjælp for patienten, f.eks. hvor tæt skal vi være på patienten, magter patienten fysisk kontakt og hvordan. ▪ Se konfliktnedtrapning



Fortrykt plejeplan vedr. forebyggelse af aggression/vold

Fortrykt plejeplan vedr. forebyggelse af aggression/vold, inklusiv en aggressionsforebyggende samtale: "Hvordan kan vi hjælpe dig?". Plejeplanen har både fortrykte dele og plads til uddybning af individuelle aftaler med patienten.

Selvom patienter kan være dårlige ved samtalen, kan de ofte fortælle noget om, hvad der kan hjælpe dem med at bevare kontrollen, og hvad der kan gøre en situation værre for dem. Kontaktpersonen skriver aftalerne ind i plejeplanen, således at alle er klar over, hvordan patienten kan støttes, og plejepersonalet kan handle på en ensartet måde.

Kontaktinformation:

Psykiatrisk Center Frederiksberg, F2

Afdelingssygeplejerske Maj Greifenstein
Tlf.: 3816 4602
E-mail: Maj.Greifenstein@frh.regionh.dk

Social- og sundhedsassistent Kim Jørgensen
Tlf.: 3816 4604
E-mail: Per.Kim.Jørgensen@frh.regionh.dk

Projektkoordinator Anette Lauritsen
Tlf.: 3816 4468
E-mail: Anette.Lauritsen@frh.regionh.dk

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Middelfart

Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding

**Guide til samtale om forebyggelse af aggression under indlæggelse.
Gennemgås med nyindlagte patienter**

1. Vi vil gerne undersøge sammen med dig om, der er nogle særlige ting du gør, eller tegn du kender på, at du er angst, føler uro eller vrede, som personalet kan være opmærksom på ?
2. Hvad kan hjælpe og berolige dig når/ hvis du for eksempel føler dig: stresset, bange, urolig, angst, vred, rastløs, kaotisk eller aggressiv?

For eksempel:

- At være alene på din stue?
- Være på stuen sammen med kontaktperson
- Har du mere brug for at være ude i afd, sammen med de andre patienter?
- Gåtur sammen med personalet - fx i haven?
- At få et varmt bad?
- At lytte til musik på stuen?- fx beroligende musik?
- At læse avis eller bog
- At se tv
- Ligge i sengen med kugledynen?
- At få p.n. medicin?
- At få noget at drikke eller at spise?
- At få tilbudt aktiviteter f.eks. kondicykel, spille spil, spille kort, male, tegne, bordtennis m.m.?
- Andet

Er der ting der derimod gør det værre for dig?

For eksempel:

- At blive rørt ved?
- At være alene på stuen?
- Høje lyde?
- At TVet er tændt?
- Er der særlige tidspunkter på dagen du har det dårligst(hvornår)?
- At være alene?
- Uro fra medpatienter?
- Andet?

Aftalerne der indgås skrives ind i plejeplanen

Label

PSYKIATRISK CENTER
FREDERIKSBERG

Sign:

Nr.

Dato/Sign:

Sygeplejediagnose		Mål	Eval. dato	Sep./ Sign.
Aktuelt/potentielt Sundhedsproblem	Risiko for vold	<input type="checkbox"/> At patientens vrede og anspændthed mindskes		
Symptomer/kendetegn	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Motorisk urolig <input type="checkbox"/> Rastløshed <input type="checkbox"/> Fysisk anspændt <input type="checkbox"/> Stirrende/flakkende blik <input type="checkbox"/> Hævet stemmeføring <input type="checkbox"/> Nedsat/ingen impuls kontrol <input type="checkbox"/> Ingen behovsudsættelse <input type="checkbox"/> Verbale trusler om vold <input type="checkbox"/> Truende adfærd (går fysisk tæt på) <input type="checkbox"/> Slår eller sparker til genstande <input type="checkbox"/> Andet </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Ophidselse <input type="checkbox"/> Vrede <input type="checkbox"/> Tavshed <input type="checkbox"/> Kommanderende <input type="checkbox"/> Argumenterende/diskuterende <input type="checkbox"/> Bliver vred ved korrigerings <input type="checkbox"/> Svigtende hukommelse <input type="checkbox"/> Personalesøgende <input type="checkbox"/> Tankeindhold med vrangforestillinger <input type="checkbox"/> Paranoid/fjendtlig overfor andre </div> </div>	<input type="checkbox"/> At patienten genvinder impuls kontrol <input type="checkbox"/> At patienten, overfor personalet, kan verbalisere eller på en anden forståelig måde gøre opmærksom på, når patienten føler sig truet, irriteret, vred eller tiltagende angst <input type="checkbox"/> At patienten kan indgå aftaler om personalets støtte til mestring af vrede, angst, uro <input type="checkbox"/> At patienten opnår flere måder at kontrollere vrede og angst på		

Årsager/
Forstærkende faktorer

- Patienten har tidligere udøvet vold
- Patienten har tidligere udøvet hærværk
- Ubehandlet, akut psykotisk
- Alkohol /stofmisbruger
- Personlighedsforstyrrelse
- Uensartet grænsesætning
- For restriktive regler
- Alkohol/stofpåvirket
- Sproglige barrierer
- Vanskelighed ved at udtrykke sig
- Manglende sygdomserkendelse
- Manglende behandlingsalliance
- Mangel på privatliv
- Urolig spisesituation
- Uro i miljøet
- Uenighed om TV-stationer
- Kedsomhed
- Inaktivitet

Label

Nr.

Titel

Dato	Handling nr.	Sygeplejeaktiviteter Sygeplejehandlinger	Sign	Evaluering	Sep. Dato/Sign
	1	<p>Kontaktpersonen afholder samtale med patienten om forebyggelse af aggression se samtaleskema. Aftaler, som indgås med patienten, dokumenteres herunder.</p> <p>Hvad kan hjælpe og berolige:</p> <p>Hvad gør situationen værre:</p>			

PSYKIATRISK CENTER
FREDERIKSBERG

Label

Nr. Titel

Dato	Handling nr.	Sygeplejeaktiviteter Sygeplejehandlinger	Sign	Evaluering	Sep. Dato/Sign
		<p>Kommunikationen med patienten Hvordan tales patienten til ro: eks. konkret, bestemt og venligt, afledende, afvæbnende, lyttende og ikke korrigerende</p> <p>Hvilke samtaleemner er gode:</p> <p>Hvordan skal korrigerung foregå: eks. grad af konfrontation, emner, som skal udsættes til senere og ikke tages op i situationen</p>			

Nr. Titel

Dato	Handling nr.	Sygeplejeaktiviteter Sygeplejehandlinger	Sign	Evaluering	Sep. Dato/Sign
	3	Beskyttelse og Skærmning hvornår vil skærmning have effekt og hvordan skal skæmningen foregå			
	4	PN-medicin, hvornår har patienten behov for vi er opmærksomme på PN, Beskriv hvad patienten signalerer, og/eller særlige tidspunkter, hvor patienten har det dårligst ?			
	5	Aktiviteter, hvornår vil aktiviteter have en beroligende, angstdæmpende effekt, hvilke aktiviteter og med hvem:			
	6	Struktur Strukturen på dagen og fast døgnrytme aftales, og dokumenteres ved hjælp af ugeskemaet			

Label

Nr. Titel

Dato	Handling nr.	Evaluering <i>i henhold til mål og resultater af sygeplejeaktiviteter og sygeplejehandling</i>	Sign.



Risikovurdering og deeskalering af vold og trusler, samt registreringsskema

Arbejdsredskabet er en instruks, der beskriver, hvordan patienter risikovurderes efter Brøset Violence Checklist, og hvordan personalet kan håndtere en potentiel fare ved systematisk deeskalering af patienten. Instruksen samt registreringsskema har til formål at styrke personalets evne til at forudsige og forebygge voldelig adfærd hos patienter, at reducere antallet af voldelige episoder samt mindske omfanget af magtanvendelser i afsnittet

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Gentofte

Risikovurdering og deeskalering af vold og trusler på Psykiatrisk Center Gentofte



Dokumenttype: Klinisk vejledning
Gældende fra: 12. apr. 2007
Udarbejdet af: Udviklingschef Lene Berring og Volds-kommissoriegruppen
Godkendt af: Det Lokale Kvalitets-råd

Resume

Resume

Instruksen beskriver retningslinjer for, hvordan vold forudses, hvordan patienter risikovurderes efter Brøset Violence Checklist (BVC) og hvordan personalet håndterer potentiel fare gennem en systematisk deeskalering af patienten.

Formål

Formålet med instruksen er:

- At styrke personalets evne til at forudsige voldelig adfærd hos patienten indenfor det kommende døgn.
- At reducere antallet af voldelige episoder i afsnittene.
- At mindske omfanget af fysisk magtanvendelse.

Definitioner

Ved vold forstås "enhver fysisk eller psykisk kontakt eller handling, som den enkelte oplever krænker hans eller hendes fysiske/psykiske grænse." (Arbejdstilsynet)

Ved risikovurdering forstås en systematisk vurdering af symptomer hos patienter, hvor der er tegn på potentiel voldelig adfærd.

Deeskalering betyder at nedtrappe en aktuel eller potentiel truende eller voldelig adfærd.

Fremgangsmåde

RISIKOVURDERING

Krav til personalet

Når personalet står overfor en potentielt voldelig patient, er det vigtigt at bevare roen og udstråle myndighed. Derudover skal man lytte til patienten, holde passende afstand, fjerne genstande, der kan bruges som våben og orientere kolleger.

Ved indlæggelse

Alle patienter, der modtages i skadestuen, screenes for risiko for voldelig adfærd ud fra følgende tre punkter:

1. Tidligere voldelig adfærd eller trusler herom.
2. Aktuelle tegn på mulig voldelig adfærd.
3. Behov for indlæggelse på lukket afsnit.

Risikovurdering og deescalering af vold og trusler

Hvis der svares ja til blot ét af screeningsspørgsmålene, skal følgende tre punkter gennemføres:

- A. Patienten scores med Brøset Violence Checklist (BVC).
- B. Der udarbejdes en samarbejdsaftale med patienten.
- C. Patientens "triggerfaktorer" identificeres.

A. Brøset Violence Checklist (BVC)

Brøset Violence Checklist er et observationsskema, baseret på personalets vurdering af patienten.

Symptomer hos patienten	Definitioner
Forvirring	Opfører sig åbenbart forvirret og desorienteret. Kan hænde, at patienten ikke er orienteret i tid og sted samt person
Irritabilitet	Patienten bliver nemt irriteret, tåler dårligt andres tilstedeværelse.
Støjende adfærd	En åbenbart støjende og vredladede adfærd, f.eks. smækker med døren, råber i stedet for at tale o.s.v.
Fysiske trusler	Viser med tydeligt kropssprog, at hensigten er at true en anden person, f.eks. en aggressiv kropsholdning, griber fat i en anden persons tøj, løfter og truer med knyttet næve o.s.v.
Verbale trusler	Et verbalt udbrud, som er mere end bare at hæve stemmen og har til hensigt at ydmyge eller skræmme en person.
Angreb på ting eller genstande	Et direkte angreb på ting eller genstande og ikke en person. Patienten slår på eller knuser et vindue, slår el-

Risikovurdering og deescalering af vold og trusler

		ler skader en genstand eller slår et møbel i stykker.
Samlet score		Her skrives den samlede score Maksimal score er 6.
Forklaring	Score = 0 betyder	Lille risiko for vold.
	Score = 1 – 2	Moderat risiko for vold. De-escalering igangsættes.
	Score > 2	Høj risiko for vold. Deeskalering SKAL igangsættes og der skal være planer for, hvordan et eventuelt angreb undgås.

I hver symptom-rubrik skal patienten gives en score på 1 eller 0. Hvis det vurderes, at patienten opfylder et eller flere af de beskrevne symptomer, scores der 2 i det aktuelle felt (d.v.s. 1 = Adfærden er observeret. 0 = Ingen forekomst).

I hver af de seks rubrikker gives en score på 0, hvis symptomet ikke er til stede og 1, hvis symptomet er til stede.

Patienter, der kendes godt fra tidligere indlæggelser, gives en score på 1, såfremt den vanlige adfærd er forstærket i forhold til tidligere tilfælde af voldsudbrud. Hvis en velkendt patient kommer med verbale trusler, som ingen egentlig tager alvorligt, fordi det er en del af patientens normaladfærd, gives der en score på 0 i feltet for nævnte type adfærd. Hvis den vanlige adfærd forstærkes eller bliver værre end kendt fra før, scores der 1.

Patienter, der ikke kendes fra tidligere, vurderes og observeres som vanligt og scores på skemaet efter dit skøn og vurdering.

B. Samarbejdsaftale

Patientens kontaktperson udarbejder en samarbejdsaftale med patienten om, hvordan voldelig adfærd forebygges hos ham/hende. Se "Samarbejdsaftale".

C. Triggerfaktorer

Triggerfaktorer er faktorer, som udløser aggressiv eller voldelig adfærd, hvis patienten frustreres (nægtes cigaret, udgang, medicin, telefon etc.), ved krav om fysisk aktivitet og hvis patientens fysiske nærhedsgrænse overskrides. Derudover spørges patienten om, hvad patienten selv oplever, der "trigger" ham/hende.

Generelt

Alle patienter, indlagt på lukket afsnit, scores efter BVC dagligt og/eller efter ændring i adfærd. Hvis patienten har scoret 0 i 3 døgn i træk, seponeres BVC.

Risikovurdering og deeskalering af vold og trusler

Hvis der senere under indlæggelsen tilkommer tegn på potentiel voldelig adfærd, genoptages systematisk vurdering med BVC.

Risikovurderingen ophører ikke, så længe patienten scorer positivt på BVC, men den daglige scoring kan gradueres til f.eks. at vurderes én gang om ugen.

Risikovurderingen dokumenteres i BVC [registreringsark](#).

DEESKALERING

Hvis der identificeres tegn på potentiel voldelig adfærd, skal der foreligge en konkret pleje- og handleplan (link). Planen er kendt af patienten. Alt personale arbejder i henhold til denne plejeplan.

Følgende deeskaleringsteknikker skal indgå i plejeplanen:

1. Forsøg på at medinddrage og ansvarliggøre patienten.
2. Miljøterapeutiske tiltag.
3. Observationsniveau fastlægges.
4. Skærmning.
5. Medicinadministration.
6. Tvangsforanstaltninger.

1. Medinddragelse

Pleje- og handleplanen udleveres skriftligt til patienten. Patient og kontaktperson underskriver planen. Alle evt. restriktioner begrundes overfor patienten. Efter en voldelig episode debriefes patienten (følg op, evaluér og læg en plan) og der planlægges med patienten, hvordan lignende episoder undgås.

2. Miljøterapeutiske tiltag

Anvend miljøterapeutiske teknikker såsom pædagogiske tiltag som spil, gå en tur, kondicykling eller andet, som kan aflede patienten.

3. Observation

Følgende observationsniveauer anvendes:

Risikovurdering og deescalering af vold og trusler

Almindeligt observationsniveau: Ved almindeligt observationsniveau følges de almindelige rutiner. Afsnittets døgnrytme giver naturlig mulighed for at sikre sig, at patienten er i afsnittet, som han/hun skal være.

Regelmæssig observation: Ved regelmæssig observation tilses patienten med maksimalt 60 minutters mellemrum hele døgnet.

Tæt observation: Ved tæt observation tilses patienten med maksimalt 15 minutters mellemrum hele døgnet.

Fast vagt: Ved fast vagt følges patienten af en person med sundhedsfaglig baggrund (tæt superviseret af afsnittets ansvarshavende sygeplejerske) også i forbindelse med besøg, bad og toiletbesøg.

Skærpet fast vagt: Ved skærpet fast vagt lades patienten aldrig af syne, følges tæt af en person med sundhedsfaglig baggrund (tæt superviseret af afsnittets ansvarshavende sygeplejerske) også i forbindelse med besøg, bad og toiletbesøg.

Patienten indlægges/overflyttes til lukket afsnit, når der er behov for "tæt observation", "fast vagt" og "skærpet fast vagt":

4. Skærmning

Skærmning kan omfatte fysiske og/eller relationelle foranstaltninger. Fysiske foranstaltninger er brugen af afskærmede og/eller aflåste dele af en sengeafsnit, mens de relationelle foranstaltninger udgøres af personalets samvær med og observation af patienten.

Skærmning er individuelt tilrettelagt, således at den enkelte patient placeres på et skærmningsniveau på baggrund af en grundig risikovurdering. Ved skærmningsniveauer skelnes mellem:

- et lavt
- et moderat
- et højt skærmningsniveau

Skærmningsniveauerne betegner, hvor tæt patienten skærmes fysisk og relationelt. Det er den ansvarlige sygeplejerske, der træffer beslutningen om skærmning:

- hvilket niveau skærmningen skal foregå på
- hvor længe skærmningen skal opretholdes og hvornår beslutningen skal revurderes
- hvordan den pågældende patient skal skærmes indenfor det enkelte skærmningsniveau
- før skærmning tilbydes toiletbesøg
- skærmningstiden skal være kendt af patienten (max 1 time)

Risikovurdering og deescalering af vold og trusler

5. Medicinadministration

Lægen ordinerer beroligende pn-medicin.

6. Tvangsforanstaltninger

Fastholdelse af patienter:

Før man skrider til tvangsfiksering, bør man forsøge at fastholde patienten ved hjælp af to-tre personer i op til 15-20 minutter om nødvendigt. Mens det pågår, medicineres patienten og personalet anvender deeskaleringsmetoder. Er patienten fortsat aggressiv, er tvangsfiksering nødvendig.

Ved bæltefiksering – se instruks

Ved tvangsmedicinering – se instruks

Ansvar og opgavefordeling

- Det er den indlæggende læges ansvar at screene for risiko for potentiel voldelig adfærd.
- Det er den modtagende plejepersons ansvar i Skadestuen at foretage den første BVC.
- Modtagende plejeperson udfylder første plejeplan på baggrund af BVC.
- På afsnittet er det patientens kontaktperson, der er ansvarlig for den daglige risikovurdering samt dokumentation i registreringsarket og plejeplan.
- Efter en voldelig episode er det patientens kontaktperson, der følger op på den sammen med patienten og evaluerer hændelsen.
- Det er afsnitsledelsens ansvar, at instruksen efterleves og at personalet kan risikovurdere patienten.
- Det er afsnitsledelsens ansvar at uddanne personalet til at anvende BVC.

Relevant faglig evidens på området

Almvik, R, Woods, P. (1998) The Brøset Violence Checklist and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. *Psychiatric Care* 5 (6) 208-211.

Almvik, R, Woods, P. (1999) Predicting inpatient violence using the Brøset Violence Checklist, *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 6 (3) 489-497.

Almvik, R, Woods, P., Rasmussen, K. (2000) The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence* (Vol. 15 12 december 2000, 1284-1296).

Risikovurdering og deescalering af vold og trusler

Amtsrådsforeningen (2002): Skærmning – en metode i den psykiatriske behandling og pleje.

Krøvel, B et al (1997): Vold og psykiatri – om forståelse og behandling. Heri: Hvordan tilrettelægge et behandlingsmiljø som kan forebygge aggression og vold.

Otta: Tano Aschehoug

Psykiatriloven (Lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 med senere ændringer).

Woods, P. , Almvik, R, (2002) The Brøset Violence Checklist (BVC) Acta Psychiatrica Scandinavia, 106 (suppl 412): 103-105.

Bilag

[Samarbejdsaftale med patienten.](#)

[Registreringsark ved risikovurdering med BVC.](#)

Links

[Skærmning.](#)



Registreringsark ved risikovurdering med BVC

Registreringsark ved risikovurdering med BVC



Dokumenttype:
Tjeklister og skemaer

Gældende fra:
12. apr. 2007

Udarbejdet af:
Udviklingschef Lene
Berring

Godkendt af:
Det Lokale Kvalitetsråd

Sign.	↓																		
Klokken	8																		
BVC	3																		
PN	+																		
Skærm	+																		
Tvang	-																		
OBS	+																		
Dato Sign.																			
Kl.																			
BVC																			
PN																			
Skærm																			
Tvang																			
OBS																			
Dato Sign.																			
Kl.																			
BVC																			
PN																			
Skærm																			
Tvang																			
OBS																			

Registreringsark ved risikovurdering med BVC

Dato Sign.																			
Kl.																			
PN																			
Skærm																			
Tvang																			
BVC																			
OBS																			





PANNS

PANSS score (Positive and Negative Syndrome) anvendes til risikovurdering af patienterne. Ratingen foretages på baggrund af observationer, interview og rapporter fra plejepersonalet og/eller patientens netværk, og vurderingen føres på en oversigtstavle. Det giver medarbejderne mulighed for hurtigt at orientere sig, så de kan forberede sig til mødet med patienten.

Patienterne vurderes dagligt ved en sygeplejekonference, og der laves efterfølgende en sygeplejefaglig vurdering.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Esbjerg

Sygeplejerske: Kirsten Simonsen

Tlf.: 7918 2842

E-mail: Kirsten.simonsen@psyk.regionsyddanmark.dk

PANNS – risikovurdering

Positiv skala (P)

P7. Fjendtlighed. Verbale og nonverbale udtryk for vrede og fortørnelse, inkluderende sarkasme, passivt aggressive adfærd, verbale krænkelser og fornærmelser. *Grundlag for rating:* Interpersonel observeret under interviewet og rapporter fra primære plejepersonale eller familie.

	Rating	Kriterier
1	Fraværende	Definition kan ikke anvendes.
2	Minimalt	Usikker om der er tale om patologi – kan være i den øvre ende inden for grænsen for det normale.
3	Svagt	Indirekte eller behersket kommunikation af vrede så som sarkasme, disrespekt, udtryk for fjendtlighed og lejlighedsvis irritabilitet.
4	Moderat	Udviser en åbenlys fjendtlig holdning, udvisende hyppig irritabilitet og direkte udtryk for vrede eller fortørnelse.
5	Moderat Svær grad	Patienten er i høj grad irriteret og lejlighedsvis verbalt krænkende eller truende.
6	Svær grad	Ikke-samarbejdsvillighed og verbale krænkelser eller trusler influerer i bemærkelsesværdig grad interviewet og påvirker i alvorlig grad sociale relationer. Patienten kan være voldelig eller destruktiv men angriber ikke andre fysisk.
7	Ekstremt	Markant vrede resulterer i ekstrem ikke – samarbejdsvillighed, hvilket udelukker interaktioner, eller resulterer i episode(r) med fysisk angreb på andre.

For interesserede i hele PANNS scoringsværktøjet se venligst: "Positive and Negative Syndrome Scale – rating kriterier" af Stanley R. Kay (Phd), Lewis A. Opler (MD, Phd) og Abraham Siszbein (MD), oversat af Preben Bertelsen, Janssen-Cilag

Målrettede aktivitetstilbud




Det er vigtigt, at behandlingsmiljøet også rummer mulighed for aktiviteter. Via aktiviteter skabes struktur, og patienten fastholdes i virkeligheden. Det er erfaringen, at aktiviteter skærper fokus i undersøgelsesfasen, fremmer ro, dæmper forpindhed og øger den enkeltes fysiske og psykiske vælvære. Anvendelse af aktiviteter i det meget akutte forløb har været medvirkende til at nedbringe og forkorte anvendelsen af tvang.

Tilbud om målrettede aktiviteter bygger på at se patientens ressourcer og anerkende, at patienten har handlemuligheder. Det er personalets opgave at strukturere og tilpasse de enkelte aktiviteter og kontaktformer, så de svarer til patientens aktuelle tilstand og symptombillede.

Patienter og personale oplever gennem aktiviteter at være sammen på en anden måde. Der er fokus på noget fælles tredje, andre kompetencer og erfaringer kommer i spil, og kontakten bliver mere ligeværdig. Efter hver aktivitet kan patienten og personalet med fordel evaluere forløbet, således at patientens oplevelse bliver guidende for valg af nye aktivitetstilbud.

Når aktivitetstilbud er en naturlig og velintegreret del af behandlingen, styrker det fysio- og ergoterapeuternes indsats og muligheder i patientarbejdet, og betyder samtidig et øget tværfagligt samarbejde.

Arbejdsredskaber:

Guidelines til målrettede aktiviteter 	87
Aktivitetsplan	99
MusiCure	109
Vejledning Kugledyne	111
Sandsæk-boksebold	126
Målrettede aktiviteter	132
Vejledning til aktiviteter	144



Guideline til målrettede aktiviteter

Guidelines til målrettede aktiviteter er en samling af 8 guidelines til bevidst valg af personalets kontaktform og aktiviteter. De 8 guidelines er relateret til svære tilstandsbilleder, som patienter kan have, og som kan resultere i konflikter og/eller tvang.

De 8 guidelines omhandler:

- 1: Generelle overvejelser ved valg af aktivitet.
- 2: Fysisk eller verbal aggressivitet.
- 3: Selvskadende adfærd.
- 4: Angst.
- 5: Suicidal adfærd.
- 6: Depressive tanker.
- 7: Uro.
- 8: Aggressionsforvaltning.

Guidelines gør, at hele det tværfaglige personale meget tidligt og med stor faglighed i det akutte forløb gør brug af aktiviteter, som er med til at øge patientens muligheder for at mestre sin situation og bevare selvkontrol. Disse guidelines fungerer godt sammen med brug af Selvkontrolskemaet, Brainstorm over mestringsstrategier og Mestringsplanen. Guidelines har betydet, at ergoterapeuter og fysioterapeuter som faggrupper er blevet centrale aktører i den akutte psykiatri – både i det direkte arbejde med patienterne og indirekte som vejledere/konsulenter for øvrige faggrupper.

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien, Herning

Ledende terapeut Tina Sognstrup Pedersen
Ergo-fys-afsnit
Tlf.: 9927 2219
E-mail: tiped@ringamt.dk

Ergoterapeut Kristen Vandborg,
E3
Tlf.: 9927 2403
E-mail: kivan@ringamt.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: hecac@ringamt.dk

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle

Afdeling for Regionsfunktioner,
Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Guidelines til målrettede aktiviteter

Vejledning til målrettede aktiviteter

Kontaktpersonen afdækker patientens symptombillede. KP og terapeuterne udvælger de guidelines, der aktuelt matcher patientens symptombillede, og disse lægges i plejeplanen. Guidelinerne er udgangspunkt for målrettede aktiviteter i indlæggelsesforløbet. Hvis patientens symptombillede ændres, vælges nye guidelines.

På afdelingskonference drøftes brugen af guidelinerne efter behov.

Personale

Målrettede aktiviteter kan tilbydes af fysioterapeuten, ergoterapeuten og den aktuelle kontaktperson. Efter aftale kan opgaven uddelegeres til en vikar.

Terapeuterne skal altid involveres i forløbet ved iværksættelse af målrettede aktiviteter.

Overvejelser ift. aktiviteten

- Er aktiviteten meningsfuld for patienten?
- Hvad er naturligt for patienten?
- Hvilke interesser har patienten?

Krav til aktiviteten

- Aktiviteten skal være målrettet
- Aktiviteten skal foregå systematisk
- Sværhedsgraden skal være lille og samtidig udviklende
- Aktiviteten skal være afgrænset i tid og sted

Personalet tilbyder 1-2 aktiviteter ad gangen, hvoraf patienten vælger 1.

Evaluering

Patienten og personalet evaluerer aktiviteten på et spørgeskema ½-1 time, efter den er afsluttet. Det giver patienten tid til at bearbejde indtryk og mærke, hvordan han/hun har det. Evalueringen kan støtte patienten i at reflektere over forløbet.

Skemaet arkiveres i evalueringsmappen.

Guidelines til målrettede aktiviteter

Guideline for aktivitet

Fjernsyn med DVD, film
Play-station, spil, 1-player, 2-player
MP-3-afspiller, klassikere og musicure
DAB-radio
Ghettoblaster
Bærbar PC, printer, skriveprogram, spil
Lærred, kunstnerfarve
Akvarel
Alm. farver
Puslespil, alm., fremtid, se bagved
Ball-stick, stor og lille
Terapi-bold
Skriftlige pusleopgaver

- **Gode overvejelser ud fra vores kendskab til patienten:**

Er aktiviteten meningsfuld for patienten?

Genoptagelse af tidligere interesse?

Afprøvning af afledende aktivitet med henblik på mestring?

Kendt hensigtsmæssig mestringsstrategi?

Mulighed for ny individuel mestringsstrategi?

Kendt fra "bevarelse af selvkontrol" eller kan sidestilles?

Er det en aktivitet som af patienten opleves naturlig?

- Vil aktiviteten medføre yderligere isolation - eller kan den bruges sammen med anden mhp. at skabe relation? "At være to om noget tredje" (tilkobling og tilknytning)
- Er der behov for struktureret og afgrænset aktivitet - eller skal der være plads til kreativ tanke og impulsivitet?
- Energi-stimulerende eller beroligende?
- Samlende (groundende) eller åbnende?
- Mange valg eller få valg? Behov for oplæring/andre former for personalestøtte?

Ud fra GAF¹ og i den sammenhæng de miljøterapeutiske principper og afdelingens øvrige mestring-gennembrudsarbejdsmetoderne, er det naturligt at inddrage de øvrige **guidelines for målrettede aktiviteter** i overvejelse omkring aktivitetsvalg.

¹ Global Assessment of Functioning, DSM IV 1994. som fremstillet og relateret til miljøterapi i: Miljøterapi en modell for tenkning holdning og handling I en psykiatrisk institution.

Guidelines til målrettede aktiviteter

Guideline fysisk eller verbal aggressivitet		
Rapportens anbefalinger (Århus amt)	Afd.s aktivitetsforslag	Individ. hensyn
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Medicin er et godt middel til at dæmpe fysisk- og verbal aggressivitet ◆ Samtaler skal i den akutte fase være korte, konkrete og målrettede. Small talk kan være en god metode til at aflede og skabe en god kontakt ◆ Massage forstyrrer forholdet imellem patienten og personalet, da patienterne ofte har mistolket dette som intimt. ◆ Fysisk aktivitet er en god måde at komme af med sin energi på, men kræver visse forbehold ◆ Hobby- og ADL-aktivitet samt kugledyne kan give ro ◆ Spil og musik kan aflede patienten ◆ Begrænsning af det fysiske rum samt aftalearket hjælper patienten ved at give forudsigelighed, kontinuitet samt faste og trygge rammer ◆ Personalet skal rumme patientens vrede og aflede, så patienten kan få ro. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ved fysisk eller verbal aggressivitet vælges aktiviteter, der virker beroligende og afledende ◆ Aktiviteter der er forudsigelige og strukturerede ◆ Aktiviteterne vælges ud fra pt.s aktuelle tilstand og motivation ◆ Kortlægge mestringsstrategier: se mestringshåndbog/kontakt til mestringsmedarbejder ◆ Samtale. Smalltalk i konkrete vendinger om emner, der interesserer pt. - virker afledende ◆ Kugledyne. Giver ro og tryghed ◆ Fysisk aktivitet (kontakte fys.) - badminton - Bordtennis - Løb - Gåture i højt tempo - Andre hensigtsmæssige metoder at komme af med energi på - kontakt fys. ◆ Kreative aktiviteter (kontakt ergo) - Maleri på stort lærred - Lytte til musik sammen med pt. ◆ Spil - kort, terninger, Brætspil 	

Guidelines til målrettede aktiviteter

Guideline selvskadende adfærd		
Rapportens anbefalinger	Afd.s aktivitetsforslag	Individ. hensyn
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pt. skal lære at tage magten fra stemmerne eller tage afstand fra impulserne, for selv at få kontrollen tilbage. ◆ En plejeplan sikrer kontinuitet og tryghed i skærmningen. ◆ Medicin er beroligende og giver et godt grundlag for anden behandling i afsnittet. ◆ Samtale bryder de selv- destruktive tankemønstre og forhindrer, at patienten gør skade på sig selv. ◆ Patienterne oplever en tryghed ved, at personalet siddet hos dem. ◆ Ballstick massage og kugledyne lindrer selvskadende impulser. ◆ Afledende aktiviteter medvirker til, at pt. genvinder kontrollen. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ved selvskadende adfærd benyttes aktiviteter, der sikrer pt. kontinuitet og tryghed ◆ Aktiviteter, der giver pt. en fornemmelse af og kontrol over egen krop. ◆ Aktiviteter, der afleder pt. fra tanker/ impulser om selvskadning. ◆ Aktiviteter vælges ud fra pt.s aktuelle tilstand ◆ Kortlægning af mestringsstrategier: Se mestringshåndbog/kontakt mestringsmedarb. ◆ Samtale <ul style="list-style-type: none"> - Samtale om emner, der flytter fokus fra selvskadning. - Støttende samtale. ◆ Ballstick m. fast tryk. ◆ Kugledyne efter ball- stisk for at fastholde effekt efter ballstick. ◆ Fysisk aktivitet <ul style="list-style-type: none"> - Groundingøvelser med fys/ergo. ◆ Aktiviteter i miljøet <ul style="list-style-type: none"> - Lave kaffe <li style="padding-left: 40px;">- Bage boller - Vande blomster ◆ Kreative aktiviteter <ul style="list-style-type: none"> - Tegne/male - Kreative aktiviteter ud fra pt.s valg, interesse og tilstand. 	

Guidelines til målrettede aktiviteter

Guideline angst		
Rapportens anbefalinger	Afd.s aktivitetsforslag	Individ. hensyn
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Personalet, der skærmer, skal rumme patientens angst, udholde at sidde hos patienten, bevare roen og nogle gange blot være til stede. ◆ Hvis pt. ikke aktivt kan tage del i behandlingen, kan personalet hjælpe med massage eller kugledyne samt medicin. ◆ Den støttende og den afledende samtale er en effektiv metode til at dæmpe angst. ◆ Til de patienter, der selv aktivt er i stand til at deltage i behandlingen, er fysisk aktivitet som grounding, gåtur ◆ Der bør på forhånd udarbejdes en plan for, hvad man skal gribe til, når pt. får angst. Det giver forudsigelighed, og pt. får indsigt og redskaber til på sigt selv at håndtere angsten. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Massage (kontakt fys for udførelse eller vejledning af personalet for at finde den bedste form til pt.). ◆ Ballstikbold lille eller stor ◆ Klapmassage ◆ Fodspa og fodruller/lille ballstick. ◆ Kugledyne - Pakke dynen tæt omkr. - Trykmassage m. dynen ◆ Samtale støttende og afledende - Samtale ud fra korte artikler i ugeblade eller aviser. - Døgnrytme, hvad er lige sket, hvad er det næste, der skal ske. - Registrering af aktiviteter (lyst , mestring). - Kognitiv-terapi mappen ◆ Fysisk aktivitet - Groundingøvelser - stampe (kontakt fys). - Kredsløbstræning (kontakt fys). - Gå tur. - Praktiske opg. i afsnit. ◆ Musik - Find musik der er genkendelig for pt., genren mindre vigtig. - Vælg rolig musik. ◆ Hobbyaktiv. og spil (kontakt evt. ergo for udførelse eller vejledn.) - Vælg overskuelige aktiviteter som kortspil (kontakt), puslespil (forudsigelighed). ◆ Lave plan for mestring og angst (kontakt evt. mestringsmedarbejder). ◆ Hvilke aktiviteter hjælper bedst? ◆ Lave mestringskema (laminere). 	

Guidelines til målrettede aktiviteter

Guideline suicidal adfærd		
Rapportens anbefalinger	Afd.s aktivitetsforslag	Individ. hensyn
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hvile giver kræfter til at modarbejde sygdommen ◆ Medicin lindrer tilstanden og gør pt. modtagelig for anden behandling i afsnittet. ◆ Samtale har en god effekt. Formen afhænger af pt,s aktuelle tilstand. ◆ Vagt/tilsyn giver pt. det ansvar, der svarer til dennes tilstand. ◆ Fysisk aktivitet og massage kan være provokerende. ◆ Hobbyaktiviteter er gode til at aflede og kan bruges til at komme i kontakt med pt. ◆ ADL aktiviteter medfører ofte en forværring af tilstanden. Pt. magter ikke disse praktiske, dagligdags opgaver. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Der vælges strukturerende, forudsigelige aktiviteter ◆ Der vælges lystbetonede aktiviteter, der giver mening for pt. ◆ Aktiviteter der ikke stiller krav. ◆ Aktiv. vælges ud fra pt.s motivation og aktuelle tilstand. ◆ Kortlægge mestringsstrategier: Se mestringshåndbog/kontakt mestringspersonale. ◆ Til afgrænsning <ul style="list-style-type: none"> - Fodbad - Kugledyne - Enkle grounding øvelse (kontakt fys/ergo) ◆ Afledende aktivitet <ul style="list-style-type: none"> - Grounding - Ballstick ◆ Spil <ul style="list-style-type: none"> - Kort, ludo, terningspil, puslespil ◆ Kreative <ul style="list-style-type: none"> - Dekorere æsker, smykker eller lignende - Strikketøj - Tegne/male ◆ Andre <ul style="list-style-type: none"> - Skrive tanker ned - Lydbånd - Højtlesning - Se film med happy end - Kryds og tværs 	

Guidelines til målrettede aktiviteter

Guideline depressive tanker		
Rapportens anbefalinger	Afd.s aktivitetsforslag	Individ. hensyn
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Personalet arbejder efter jeg-støttende principper, hvor den fornemste opgave er at virke som pt.s vikarierende håb for fremtiden og vilje til at fortsætte. ◆ Faste og beskyttende rammer giver ro, aflastning og mulighed for hvile. ◆ P.n. medicin, musik og fysisk aktivitet har en god effekt. Det påvirker stemningslejet og dæmper de depressive tanker. ◆ Samtale sætter ord og struktur på tankerne, hvilket virker forløsende og afslappende. ◆ Miljøterapi kan forebygge, at pt. fastholdes i sin depressive og isolerede adfærd. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ved depressive tanker benyttes behandlingsprincipper, der kan øge lystfølelse/øge stemningsleje/øge iltoptagelse /øge blod gn. strømning/ øge strømmen af stimuli til hjernestammen/aflede tanker. ◆ Aktiviteter vælges ud fra pt.s aktuelle tilstand. ◆ Kortlægge mestringsstrategier: Se mestringshåndbogen/kontakt mestringsmedarbejder. ◆ Fysisk aktivitet (kontakt fys) <ul style="list-style-type: none"> - Gåture i rask tempo - Badminton - Motionscykel/løbebånd - Bevægelse i minimum 30 min. ◆ Kreative aktiviteter (kontakt ergo) <ul style="list-style-type: none"> - Tegne/male evt. med musik til - Strik, enkle smykker, dekorere æsker eller andre skabende aktiv. - Bage brød ◆ Andre <ul style="list-style-type: none"> - Lytte til musik med hurtig, fast rytme - Høre lydbånd - Film med happy end - Fodbad/fodspa - Boblebad - Ballstick - Enkle sanseintegrations øvelser på stuen (kontakt ergo/fys) 	

Guidelines til målrettede aktiviteter

Guideline uro		
Rapportens anbefalinger	Afd.s aktivitetsforslag	Individ. hensyn
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Personalet skal kunne rumme pt. s uro og be- vare roen og overblikket. ◆ Medicin har pos. effekt. ◆ Samtaleformerne, støttende, relationskorrigerende og kognitiv samtale kan anvendes. Det vurderes i hvert enkelt tilfælde, hvad pt. kan have gavn af. ◆ Beroligende tilbud, som kugledyne kan være med til at dæmpe uroen og give pt. en fornemmelse af afgrænsning. ◆ Aktiviteter, både hobby, ADL og fysiske aktiviteter kan med god virkning bruges ved pt. med uro, tilrettelagt og struktureret efter pt.s tilstand og ressourcer. Stimuli kan mindskes ved at lave aktiviteten alene med pt. og uden for mange valgmuligheder. Fysiske aktiviteter kan have en dårlig virkning på nogle patienter, og her må man starte i det små. ◆ Musik kan virke beroligende og afledende. Ved maniske patienter skal man dog være opmærksom på, at musikken kan give meget stimuli og øge uroen. ◆ Begrænsninger kan hjælpe til at nedsætte stimuli og mindske kaos. Det kan være begrænsninger i fysiske rammer, brug af telefon eller i andre gøremål. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ved fysisk og psykisk uro benyttes akt., der hæmmer strømmen af stimuli. ◆ Enkle, overskuelige akt., der gives kun få valg. ◆ Akt. vælges ud fra en vurdering af pt.s aktuelle tilstand. ◆ Kortlægge mestringsstrategier - se mestringshåndbog/kontakt mestringsmedarb. ◆ Kreative (kontakt ergo) <ul style="list-style-type: none"> - Ælte dej, arbejde med ler/modellervoks, strikke eks. halstørklæde, maleri på lærred. ◆ Højtlesning ◆ Langsomme rytmiske bevægelser eks. gyngestol eller hængekøje. ◆ Boblebad med langsom hastighed. ◆ Ballstick med godt tryk. ◆ Kugledyne (gerne efter ballstick, da det kan bevare tyngdefornemmelsen i kroppen). ◆ Kredsløbstræning ◆ Langsom musik, men med rytme. ◆ Uro ved angst <ul style="list-style-type: none"> - Det hjælper at tygge på noget eks. pastiller/tyggegummi (stimulerer den proprioceptive sans, der virker hæmmende for indtryk. 	
<p>Kilde og inspiration til alle 6 guidelines: Rapporten Skærmning som metode. Psykiatrien i Århus Amt 2003 Det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien med anvendelse af Gennembrudsmetoden</p>		

Aggressionsforvaltning/boksetræning

Træningsmodul

Forløb

Træningen består af en opvarmningsdel, instruktion i slagteknik, træningsseance og udspændingsdel.

Opvarmning

Vil rumme mobiliserende og pulsstigende øvelser, som aktiverer alle de store muskelgrupper, der bliver involveret i træningen.

Herefter instrueres patienten i hensigtsmæssig slagtræning på sandsæk eller skumpude, så risikoen for skader minimeres.

Træningsseance

For utrænede patienter: 1 min.s slagtræning - 30 sekunders pause.

For let trænede patienter: 2 min.s slagtræning - 1 min.s pause.

For trænede patienter: 3 min.s slagtræning - 1 min.s pause.

Max. 15 min.s træning ad gangen.

Udspænding

De store muskelgrupper trænes og udspændes, mens patienten falder til ro efter træningen.

Træningstidens varighed: 30 min. med opvarmning, instruktion og udspænding.

Træningsformen

Intervalstruktureret træning, afgrænset tid.

Aftale med patienten

Det aftales på forhånd med patienten, hvordan træningsformen er. Patienten træner ikke alene på noget tidspunkt. Fysioterapeuten eller instrueret personale skal være til stede under hele træningen. Der aftales træningstider og sted, som føres i kalender, således at patienten på tilstødende værelse kan orienteres om, at der vil kunne forekomme støj grundet træning. Det skal kontrolleres, om træningsrummet i fysioterapien er ledigt, ellers bookes dette.

Hvem kan tilbydes denne form for behandling

Behandlingen tilbydes patienter, som vi ved konferencebeslutning vurderer vil have et positivt udbytte af behandlingen.

Spørgsmål, kan rettes til fysioterapeuten.

Guidelines til målrettede aktiviteter

Evaluering af aktiviteten

Aktivitet _____ Dato/tidspunkt _____

Patientens oplevelse

Hvad synes du om aktiviteten? (sæt kryds)

- Meget god
- God
- Ligegyldig
- Dårlig
- Meget dårlig
- Ved ikke

Kommentarer:

Hvordan var varigheden? (sæt kryds)

- For kort
- For lang
- Tilpas

Kommentarer:

Hvordan havde du det inden aktiviteten? (sæt kryds)

- Var urolig
- Var angst
- Var anspændt
- Andet

Hvordan havde du det efter aktiviteten? (sæt kryds)

- Var rolig
- Var afslappet
- Uændret
- Andet

Kommentarer:

Personalets vurdering

Pt.s tilstand ved akt. ophør

- Bedret
- Uændret

Guidelines til målrettede aktiviteter

Forværret
Ved ikke
Ikke rel.
Angstniveau

Motorisk uro

Koncentrationsevne

Selvmutilerende adfærd

Udadreagerende adfærd

Skriv her dato for udarbejdelse/seneste udgave af dokumentet



Aktivitetsplan

Aktivitetsplanen udarbejdes sammen med patienten indenfor de første 5 døgn af indlæggelsen. Aktiviteterne vælges ud fra patientens interesser og ressourcer og ved hjælp af guidelines for depression, øget psykomotorisk tempo, angst, aggressiv adfærd og suicidaltruende adfærd. Planen revurderes sammen med kontaktpersonen en gang om ugen.

Aktivitetsplanen er et væsentligt forebyggende element i forhold til at reducere tvang, da patienten via meningsfyldt og tilpasset aktivitet får mulighed for at være optaget af noget uden for sig selv og dermed opleve aktiviteterne som et midlertidigt fristed. Aktiviteterne foregår for det meste sammen med kontaktpersonen eller andet tværfagligt personale afhængig af aktivitetens art og patientens behov.

Aktivitetsplanen overføres så vidt muligt til hjemmemiljøet efter udskrivning.

Kontaktinformation:

Afdeling for Regionsfunktioner Gerontopsykiatrisk, G2

Udviklingssygeplejerske Marianne Balcer
Tlf.: 5535 1302
E-mail: kiba@regionsjaelland.dk

Afdelingssygeplejerske Kirsten Willum
Tlf.: 5535 1245
E-mail: kwje@regionsjaelland.dk

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle
Regionspsykiatrien Herning

Standard for patientaktiviteter, guide til udarbejdelse af aktivitetsplan, guidelines og aktivitetskema

Standard for patientaktiviteter

Alle patienter i afsnit G2 skal have en individuel aktivitetsplan, som skal være synlig for patient og personale, 72t til max 5 døgn efter indlæggelsen. Aktivitetsplanen skal revurderes / justeres 1 x ugentlig.

Dette for at sikre patienten en struktureret hverdag, som er genkendelig og overskuelig og at kvaliteten er i overensstemmelse med afsnittets værdigrundlag.

Afvigelser fra standard dokumenteres i Opus Notat

Struktur	Proces	Resultat
<p>Kontaktperson er ansvarlig for at den individuelle aktivitetsplan udarbejdes sammen med patienten, på basis af indlæggelsessamtalen, især livshistorie, interesser og ressourcer samt den lægelige behandlingsplan i forhold til psykopatologien.</p> <p>Guidelines skal anvendes i udarbejdelsen af planen, samt dokumentation af, hvilke guidelines der er anvendt.</p> <p>Den individuelle aktivitetsplan ophænges på patientens tavle.</p> <p>Den individuelle aktivitetsplan dokumenteres i Opus Notat, nøjagtig som der står på planen.</p> <p>Kontaktperson / dagens kontaktperson er ansvarlig for opfølgning af de planlagte aktiviteter.</p> <p>Kontaktpersonen er ansvarlig for at aktivitetsplanen revurderes / justeres sammen med patienten 1 x ugentlig. Denne revurdering / justering skal fremgå af Opus Notat</p> <p>Checkliste føres a'jour i forhold til aktivitetsplanen.</p> <p>Gennemføre audit – stikprøve 1 x i kvartalet for at undersøge om praksis lever op til standarden.</p>	<p>Kontaktperson / dagens kontaktperson udarbejder aktivitetsplan for 1 dag / 1 uge afhængig af, i hvilken grad patienten kan overskue planen.</p> <p>Planen skrives med sort tush på et lamineret aktivitetskema og hænges op på patientens tavle. Kopi lægges i sygeplejeomslag.</p> <p>Ved evt. justering viskes de aktiviteter ud som ikke er aktuelle og der påføres nye. Ny kopi i sygeplejeomslag. Ændringer i den reviderede plan dokumenteres.</p> <p>På konferencen drøftes den individuelle aktivitetsstruktur og observationer udmeldes i tilknytning til aktiviteter. Der tages stilling til om ergoterapeuten / fysioterapeuten evt. skal medinddrages.</p> <p>Ergoterapeuten / fysioterapeuten beskriver i Opus Notat de aktiviteter, som de har deltaget i.</p> <p>Observationer i forhold til aktiviteterne noteres i Opus Notat.</p> <p>Kontaktpersonen / dagens kontaktperson er ansvarlig for at motivere og fastholde patienten i de aktiviteter, som fremgår af aktivitetsplanen. Afvigelser dokumenteres ligeledes.</p>	<p>Patienten oplever mening og fællesskab via aktiviteterne.</p> <p>Patientens dagligdag er struktureret, genkendelig og overskuelig.</p> <p>Aflede og aflaste patientens presserende tanker / følelser ved at patienten er i aktivitet.</p> <p>Stimulere patienten til en aktiv livsførelse.</p> <p>Øge det psykiske som det fysiske velvære.</p> <p>Stimulere sanser og kropsfunktioner.</p> <p>Patienten arbejder sig gradvist frem til bedring af funktionsniveauet eller bibeholder nuværende funktionsniveau såfremt det er muligt.</p> <p>Patienten får relevante udfordringer med øget selvværd til følge.</p> <p>Samarbejdet med kontaktperson / dagens kontaktperson er mere intens.</p> <p>Patienterne udtrykker tilfredshed med en fleksibel og individuel aktiviteterne i afsnittet.</p> <p>Mindske uro og aggressioner</p> <p>Mindske anvendelsen af tvang</p> <p>Øge personalets forståelse for at tænke målrettet anvendelse af relevante aktiviteter ind i dagligdagen</p>

Standard for patientaktiviteter, guide til udarbejdelse af aktivitetsplan, guidelines og aktivitetskema

Guide til udarbejdelse af individuel aktivitetsplan.

Individuel aktivitetsplan vil sige, at det er aktiviteter som kontaktpersonerne / dagens kontaktperson sammen med patienten udvælger fra den relevante guideline samt de faste miljøterapeutiske og ergo – og fysioterapeutiske aktiviteter.

Patienten orienteres om de aktiviteter som ligger fast både mundtlig og skriftlig ved at udlevere velkomstpjece til patienten, hvor bl.a. aktiviteterne fremgår.

- Aktiviteter vælges ud fra patientens interesser, livshistorie og ressourcer, som fremgår af indlæggessamtale, og ved hjælp af relevant aktivitetsguideline for depression, angst, øget psykomotorisk tempo, aggressiv adfærd og suicidaltruende adfærd.
- En fortrykt lamineret skabelon bruges til at nedskrive den individuelle aktivitetsplan.
- Planen skrives i hånden med sort white-board pen med en tydelig og læselig skrift.
- Den laminerede plan hænges på tavlen ved patientens seng
- Planen kopieres og lægges i sygeplejemappen.
- Aktivitetsplanen er opbygget således at dagen er opdelt i felter (morgen/formiddag -eftermiddag og aften) - til højre findes et ugeskema hvor faste ugeaktiviteter med fysioterapeut og ergoterapeut kan indsættes (eks deltagelse i stolemotion, gerontogymnastik mv.)
- Patienten kan vælge frit ud fra den aktuelle aktivitetsguideline eller vælge ud fra begrænsede muligheder, som på forhånd er udvalgt på relevant vis af kontaktperson / dagens kontaktperson, afhængig af patientens selvstændighedsgrad og evne til overblik.
- Kontaktpersonen udfylder også rubrikken med eventuelle aftenaktiviteter
- Den udvalgte aktivitet kan gradueres i forhold til patientens ressourcer i henhold til varighed og sværhedsgrad.
- Kontaktperson / dagens kontaktperson dokumenterer den nedskrevne plan i Opus - Notat
- Hver uge evalueres aktivitetsplanen sammen med kontaktperson / dagens kontaktperson, hvor patienten fortæller sine oplevelser / følelser i forhold til aktivitetsplanen og de enkelte aktiviteter. Kontaktperson / dagens kontaktperson fortæller herefter om egne og dokumenterede observationer, der er foretaget i den forløbne uge i forbindelse med de udvalgte aktiviteter.
- De faste aktiviteter som patienten deltager i, evalueres ligeledes, og der aftales i hvilket omfang patienten deltager og på hvilken måde. Her tænkes evt. med støtte fra kontaktperson / dagens kontaktperson.
- Kontaktperson / dagens kontaktperson er ansvarlig for at tilrette den individuelle aktivitetsplan ud fra evalueringssamtalen. Justeringer skrives på planen ved patientens seng, rettelserne tilføres kopien i sygeplejemappen / evt ny kopi)
- Justeringerne dokumenteres i Opus- Notat
- Kontaktpersonen / dagens kontaktperson følger tæt patientens aktivitetsforløb og dokumenterer afvigelser fra planen i Opus-Notat.

Afdelingen For Regionsfunktioner, Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Specielt til SSA - elever og sygeplejestuderende
Om
Aktivering på afsnit G

En stor del af miljøterapeutisk behandling er aktivering.

Patienterne har ofte et stort behov for at færdigheder vedligeholdes eller genoptrænes.

Isolation og tilbagetrækning behandles primært via aktivering.

Desuden arbejdes der på at genopbygge tillid til sig selv og andre gennem aktivering.

Som elev og studerende vil du kunne bidrage på mange områder i forhold hertil.

19. Juli 2007.

Standard for patientaktiviteter, guide til udarbejdelse af aktivitetsplan, guidelines og aktivitetskema

Guideline til patienter med suicidal adfærd		
Afsnittets referenceramme	afsnit G's aktivitetsforslag	individuelle hensyn
<ul style="list-style-type: none"> • Værdigrundlaget for afsnit G 2 • Skærmning, principper, metode og udvikling (revideret udgave 1.april 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • der vælges strukturerede, forudsigelige aktiviteter • der vælges lystbetonede aktiviteter der giver mening for patienten • der vælges aktiviteter der ikke stiller krav til patienten <p>Kropsbevidsthedstræning</p> <ul style="list-style-type: none"> • enkle groundingøvelser <p>Sanseintegration</p> <ul style="list-style-type: none"> • fodbad • kugledyne <p>Kreative aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • strikke • dekorere æsker • lave smykker • tegne/male <p>Andre aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • skrive tanker ned • lydbånd • højtlesning • kryds og tværs • se film med Happy End • puslespil • kortspil • ludo • terningspil 	

9. juli 2009

Standard for patientaktiviteter, guide til udarbejdelse af aktivitetsplan, guidelines og aktivitetskema

Guideline til patienter med angst		
Afsnittets referenceramme	afsnit G 2 ´s aktivitetsforslag	individuelle hensyn
<ul style="list-style-type: none"> • Værdigrundlaget for afsnit G 2 • Skærmning, principper, metode og udvikling (revideret udgave 1.april 2005) <p>rapporten anbefaler bl.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trykbehandling ○ kropsbevidstheds-træning ○ fysisk aktivitet ○ enkle aktiviteter <ul style="list-style-type: none"> • personalet skal: <ul style="list-style-type: none"> ○ bevare roen , ○ kunne rumme patientens angst ○ være tilstede ○ hjælpe med at sætte ord på tanker 	<p>Fysisk aktivitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gang • stavgang • løb • (kondi)cykel • praktiske opgaver i afsnittet ,dække bord, tørre borde af m.m <p>Kropsbevidsthedstræning</p> <ul style="list-style-type: none"> • grounding • begge fødder i gulvet • tramp • ballstick • rul/ tryk under fødderne • dyb og rolig vejrtrækning <p>Sanseintegration</p> <ul style="list-style-type: none"> • beroligende musik med fast rytme som den angste kender • musicure • kugledyne • kuglepude • kuglebad • trykbehandling <p>Kreative aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • strikke <p>Andre aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • puslespil • kortspil • kryds og tværs/suduko • andre spil • samtale-(støttende og afledende) 	

9. juli 2009

Standard for patientaktiviteter, guide til udarbejdelse af aktivitetsplan, guidelines og aktivitetskema

Guideline til patienter med øget psykomototisk tempo		
Afsnittets referenceramme	Afsnit G 's aktivitetsforslag	Individuelle hensyn
<ul style="list-style-type: none"> • Værdigrundlaget for afsnittet • Skærmning, principper ,metode og udvikling (revideret udgave 1.april 2005) anbefaler <ul style="list-style-type: none"> ○ Trykbehandling, kropsbevidsthedstræning da patienterne derved får bedre kontakt med kroppen det kan virke beroligende når patienten kan mærke den fysiske afgrænsning af kroppen ○ fysisk aktivitet kan give struktur og det at arbejde med kroppen kan virke beroligende men vigtigt at tilpasse aktiviteten individuelt, idet fysisk aktivitet hos patienter med svag eller forringet kropsopfattelse kan give anledning til ubehag ○ struktur i dagligdagen • Ved patienter med øget psykomotorisk tempo benyttes aktiviteter ,der hæmmer strømmen af stimuli. • Varigheden og graden af aktiviteter vurderes løbende i forhold til evne til impuls kontrol, grad af realitetsbrist, stressfølsomhed overfor stimuli samt evne til compliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk aktivitet: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gåtur ○ Motionscykel ○ Gymnastik / bevægelse ○ Havespil: keglespil, petanque, ○ Haveaktivitet: fejning, vande blomsterkrukker • Kropsbevidstheds-Træning <ul style="list-style-type: none"> ○ Grounding: begge fødder i gulvet, tramp evt. med påmonterede ben - og håndvægte ○ Ballstick, rul/tryk under fødderne ○ Fodbad/fodspa • Sanseintegration/aktivitet <ul style="list-style-type: none"> ○ Kugledyne, kuglebad (vejledning fra ergo - og fysioterapeut) ○ havegyng og gyngestol(langsomme rytmiske bevægelser) ○ Ballstick , massage (ryg, skuldre og arme) ○ Sansehaven ○ Lytte til beroligende musik ○ musicure • Kreative aktiviteter <ul style="list-style-type: none"> ○ Håndarbejde ○ Bage brød ○ Tegne, male, skrive ○ Blomsterdekorationer ○ Klippe ,klistre • Andre aktiviteter <ul style="list-style-type: none"> ○ Puslespil ○ Brætspil,kortspil ○ Kryds og tværs ○ Høre lydband ○ Højtlesning 	

9. juli 2009

Standard for patientaktiviteter, guide til udarbejdelse af aktivitetsplan, guidelines og aktivitetskema

Guideline Depressive Tanker		
Afsnittets referenceramme	Afsnit G 's aktivitetsforslag	Individuelle hensyn
<ul style="list-style-type: none"> • Værdigrundlaget for afsnittet • Skærmning, principper ,metode og udvikling (revideret udgave 1.april 2005) <p>der skal måske føjes mere til her.</p> <p>:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ved depressive tanker benyttes behandlingsprincipper ,der kan øge lystfølelse/øge stemningsleje/øge iltoptagelse/øge blodgennemstrømningen/øge strømmen af stimuli til hjerne -stammen/aflede tanker • Aktiviteter vælges udfra patientens aktuelle tilstand • Fysisk aktivitet: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gåtur i rask tempo ○ Motionscykel ○ Bevægelse i minimum ○ 30 minutter • Kreative aktiviteter <ul style="list-style-type: none"> ○ Tegne/male evt. med musik til ○ Strik, enkle smykker , dekorere æsker eller andre skabende aktiviteter ○ Bage brød • Andre <ul style="list-style-type: none"> ○ lytte til musik med hurtig fast rytme ○ Musicure ○ høre lydbånd ○ film med happy end ○ fodbad/fodspa ○ ballstick ○ enkle sanseintegrations øvelser på stuen ○ gyng ○ kugledyne ○ børstning ○ grounding 	

Standard for patientaktiviteter, guide til udarbejdelse af aktivitetsplan, guidelines og aktivitetskema

Guideline til patienter med aggressiv adfærd/udadreagerende adfærd		
Afsnittets referenceramme	Afsnit G's aktivitetsforslag	Individuelle hensyn
<ul style="list-style-type: none"> • Værdigrundlaget for afsnit G 2 • Skærmmning, principper, metode og udvikling (revideret udgave 1.april 2005) rapporten anbefaler: <ul style="list-style-type: none"> ○ fysisk aktivitet så patienten kan komme af med noget af sin energi. Kræver at der kan indgås aftaler med patienten om ikke at gøre skade på nogen eller noget ○ anden aktivitet med et hurtigt ,synligt resultat ○ trykbehandling og direkte kropsbevidst -hedstræning kan kun sjældent benyttes dels p.g.a. uroen dels fordi situationen kan forstyrre forholdet mellem patient og personale da patienten kan mistolke dette som intimt. • personalet skal: <ul style="list-style-type: none"> ○ bevare roen , ○ kunne rumme patientens vrede ○ være lyttende ○ aflede så patienten kan finde ro ○ afpasse nærhed og afstand ○ hjælpe med at sætte ord på tanker 	<p>Der vælges aktiviteter der virker beroligende og afledende</p> <p>Samtale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • smalltalk i konkrete vendinger om emner der interesserer patienten kan virke afledende <p>Fysisk aktivitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gang • stavgang • løb • (kondi)cykel • styrketræning • bokse i pude/boksebold <p>musik</p> <ul style="list-style-type: none"> • tilbyde musik som den udadreagerende kender. • musik som samtaleemne • lytte til musik sammen med patienten <p>Andre aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • maleri på stort lærred • kort • terninger • andre spil • samtale 	

9. juli 2009

Afdelingen For Regionsfunktioner, Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Standard for patientaktiviteter, guide til udarbejdelse af aktivitetsplan,
guidelines og aktivitetskema

AKTIVITETS PLAN

MORGEN /FORMIDDAG	
	Faste ugentlige aktiviteter
	Mandag
	Tirsdag
	Onsdag
	Torsdag
	Fredag
EFTERMIDDAG	
	Faste ugentlige aktiviteter
	Mandag
	Tirsdag
	Onsdag
	Torsdag
	Fredag
AFTEN	



MusiCure

MusiCure anvendes til patienter, som har brug for hjælp til at kunne slappe af på stuen. MusiCure kan således anvendes både forebyggende som ved skærmede eller bæltefikserede patienter samt patienter, der skønnes at kunne have gavn af musiklytning før og efter ECT.

MusiCure virker positivt mentalt stimulerende uanset alder, køn eller musiksmag.

Kontaktinformation:

Almenpsykiatrisk Afdeling Esbjerg

Ergoterapeut Pernille Frøkjær Thomsen
Tlf.: 7918 2861

E-mail:

pernille.holt.froekjaer.thomsen@psyk.regionsyddanmark.dk

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Glostrup

Regionspsykiatrien Herning

Regionspsykiatrien Horsens

Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding

Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle

MusiCure

MusiCure er genre-løs musik, som virker afstressede og oplevelsesskabende.

Musikken virker både afslappende, afstressende og beroligende.

MusiCure henvender sig til alle mennesker, uanset alder, køn eller musiksmag.

Hele MusiCure serien har samlet set to helt overordnede hovedformål og virkningsområder:

- 1. At virke afstressende, beroligende og fysisk afslappende.
- 2. At virke positivt mentalt stimulerende, oplevelses- og billedskabende.
- Alle CD'er i MusiCure serien opfylder disse to generelle mål og kan dermed anbefales til alle som overordnet søger musik til disse formål.

Indikation for brug af Musicure kan være:

- Urolige eller angstfyldte patienter som har brug for hjælp til at kunne slappe af på stuen.
- Skærmede eller bæltefikserede patienter
- Patienter der skønnes at kunne have gavn af musiklytning for ECT eller i opvågningsfasen efter ECT behandling.

Vejledning i brug af MusiCure:

Nedenstående anbefalinger bygger i stor træk på de erfaringer og guidelines, der er beskrevet i hæftet der følger CD'en

- Spørg ikke om lov til at afspille MusiCure. Hvis patienten får valget mellem at lytte eller ej, vil 60% være negativt indstillet. Hvis CD'en afspilles som en del af behandlingsmiljøet, så vil op til 90% af patienterne beskrive musikmiljøet som værende behagelig eller meget behagelig.
- Lydstyrken skal være meget lav. Patienten skal kunne være i dialog med personalet og skal kunne lytte til andre lydkilder som kan være til gavn for patienten. Lad ikke patienten lytte alene til musikken og afbryd lytningen hvis patienten ønsker dette. Prøv så evt. senere.



Vejledning kugledyne

Kugledyne anvendes som et tilbud til patienter, der har brug for hjælp til at falde til ro. Dynens vægt medvirker til, at patienten får en større følelse af sin krop og sine grænser.

Vejledning til kugledyne er udarbejdet som en information og vejledning til patienten, med angivelse af, hvordan kugledynen bruges, og hvordan personalet kan støtte patienten i forbindelse med brug af kugledyne.

Der er desuden en vejledning til personalet om brugen af kugledyner, og hvordan man kan anvende dynerne til forebyggelse af tvang.

Kontaktinformation:

Psykatrien i Roskilde, Toftehus

Afdelingssygeplejerske Eva Enevoldsen
Tlf.: 4732 7722
E-mail: eme@regionsjaelland.dk

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning
Regionspsykiatrien Horsens
Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding
Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle
Afdeling for Regionsfunktioner,
Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Vejledning Kugledyne

Vores anbefaling af kugledynen er et tilbud om hjælp til selvhjælp, når du har brug for en pause, lidt ro og en god nats søvn

Hvordan gør du ?

- Mærk på dynen og føl den enkelte bold.
- Hver bold vil, når du anvender dynen, være med til at du får en større følelse af din krop og dine grænser.
- Prøv dig frem og brug dine erfaringer og kreativitet til at finde din måde at anvende dynen på.

Vi anbefaler:

- At du lægger dig på siden i sengen.
- Vi vil lægge dynen over din krop i takt med at du synes, det er behageligt.
- Vi står til rådighed med hjælp og ideer om, hvordan dynen kan hjælpe dig og du selv kan bruge den.
- Vi kan støtte op om følelsen af dynens vægt ved at give et let tryk på dynen alt efter dit behov.
- Der er ingen bivirkninger forbundet med brugen af dynen og hvis den føles kold kan vi afhjælpe det med tæpper og dyner.

Vejledning Kugledyne

Vores anbefaling af kugledynen er et tilbud om hjælp til selvhjælp, når du har brug for en pause, lidt ro og en god nats søvn

Hvordan gør du ?

- Mærk på dynen og føl den enkelte bold.
- Hver bold vil, når du anvender dynen, være med til at du får en større følelse af din krop og dine grænser.
- Prøv dig frem og brug dine erfaringer og kreativitet til at finde din måde at anvende dynen på.

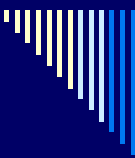
Vi anbefaler:

- At du lægger dig på siden i sengen.
- Vi vil lægge dynen over din krop i takt med at du synes, det er behageligt.
- Vi står til rådighed med hjælp og ideer om, hvordan dynen kan hjælpe dig og du selv kan bruge den.
- Vi kan støtte op om følelsen af dynens vægt ved at give et let tryk på dynen alt efter dit behov.
- Der er ingen bivirkninger forbundet med brugen af dynen og hvis den føles kold kan vi afhjælpe det med tæpper og dyner.



Team Roskilde KUGLEDYNER DISTRIKT NORD AFSNIT 22

Hvem kan have hjælp af dem og
hvordan?



Formål: At give en vejledning i brugen af kugledyner.

- KUGLEDYNER HAR VÆRET ANVENDT EN DEL ÅR PÅ AFSNITTENE I NORD, MEN METODER OG OMSTÆNDIGHEDER HAR IKKE VÆRET KONKRETISERET.
- PATIENTERNE HAR VÆRET GLADE FOR DEM, MEN DE ER IKKE SYSTEMATISK BLEVET TILBUDT.



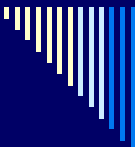
Hvem kan de anvendes til?

- De kan tilbydes til alle, der er med på at prøve om det kan afhjælpe netop deres problemer.
- Jo hurtigere i et eksitationsforløb, intervention med kugledynen opstartes, jo bedre effekt har den.
- Man skal ikke opgive for tidligt - vær kreativ omkring anvendelsesmetoden.
- Jo større kugler, jo kraftigere stimuli.
- Stimuli kan understøttes ved tryk på dynen i samarbejde med patienten.
- Nogen har gavn af den om natten, andre om dagen
- Demente skal gerne opstarte brugen på et tidspunkt, hvor de er motorisk rolige.



Typer af dyner.

- Krøyerkugledyner
- Store plastkugler med luft
- Blanding af krøyerkugler og store kugler
- Alle typer vejer omkring 4-6 kg
- Alle anvendes med vaskbart beskyttelsebetræk



Er det en måde at forebygge tvang på?

- Ved at opstarte tidligt i et eksitationsforløb mindskes angsten og utrygheden.
- Kan bryde tvangshandlinger og selvmutilerende adfærd.
- Kan anvendes sammen med bælte i samarbejde med patienten.
- Er et vigtigt hjælpemiddel til patienten selv kan gøre noget konkret, når angsten og utrygheden bliver svær at bære.



Hvad synes brugerne?

- Generelt er patienterne positive og oplever dynen som en "hjælp til selvhjælp".
- Mange har anvendt dynen under hele indlæggelsesforløbet og haft behov for at have dynen som et personligt hjælpemiddel i efterforløbet.
- Nogen har givet udtryk for, at dyne har hjulpet på problemer, som vi ikke tidligere har været opmærksom på, patienten også havde.
- Patienterne synes dynen er et godt supplement til medicinen.
- Patienter i aftrapning af benzodiazepiner eller fenemal har haft hjælp af dynen.



Kan vi afgrænse indikationen?

- Angst og utryghed mindskes
 - Det har næsten alle behov for
- Søvnproblemer mindskes
 - Forbruget af sovemedicin kan reduceres
- Supplement til skærmning
 - Bruges som støtte til at etablere ro
- Forebyggelse af beskyttelsesfiksering
- Øger evnen til at sidde i længere tid ad gangen



Kan vi afgrænse indikationen?

- Tvangspræget adfærd bremses
 - En tilstand, der er svær at bryde
- Rum- og retningsforstyrrelser mindskes
 - Selv små forbedringer øger bevægelsesfriheden betydeligt.
- Tankemylder begrænses
 - En godt supplement til den antipsykotiske medicin.
- Motorisk uro mindskes
 - REDUCERER ANVENDELSEN AF SEDERENDE MEDICIN OG OVERFORBRUG AF ENERGI.



Kan vi afgrænse indikationen?

- Selvskadende adfærd reduceres
 - Hjælper med til at bryde mønstret og giver et alternativt velvære.
- Tristhed mindskes
 - Kan være god at gemme sig under.
- Evne til at mærke sig selv øges.
 - Støtter op om bevægeapparatet og sanseintegrationen.
- Alternativ til sovemedicin.
 - Er med til at holde forbruget nede på et minimum af sovemedicin.



Kan vi afgrænse indikationen?

- Flytter fokus fra hoved til krop
 - Mange har brug for at tænke lidt mindre.
- Udflydende adfærd begrænses
 - Er med til at genetablere grænser.
- Grænseløshed reduceres
 - Virker samlende og grænsesættende.
- Mareridt begrænses
 - Nogen får en dybere og mere tryk søvn.



Kan vi afgrænse indikationen?

- "Hjælp til selvhjælp"
 - Mange vil gerne selv kunne gøre noget.
- Natlig vandring mindskes
 - Kan hjælpe til med at sengen bliver et tryggere sted at være.
- Omkringvandring begrænses
 - Kan hjælpe til med at sengen bliver et tryggere sted at være.



Valg af kugledyne

- Store og mellemstore kugler anvendes til personer, der har behov for høj grad af sansepåvirkning.
- Krøyerkugledyner til ældre og personer der har svært ved at holde varmen.
- Dyner med en blandet indhold af kugler og krøyerkugler er varme og støjer ikke.
- Puder til hjælp ved problemer med at sidde ned i længere tid ad gangen.



Paratheden

- Kugledyner skal ligge klar i afsnittet med overtræk og betræk på, så de umiddelbart er parate.
- Personalet skal vejlede og motivere ud fra den enkelte patients problemer.
- Personalet skal være motiverede for at anvende dynen.
- Personalet skal tilpasse indsatsen i forhold til patientens aktuelle tilstand og ikke give op for hurtigt.



Vejledning

- Opfordre patienten til at prøve sig frem.
- Støtte op om afprøvningen ved at tilbyde tryk på dynen og hjælp til praktisk lejring.
- Start evt. med at patienten sidder på dynen, har den på ryggen eller bruger den som rygstøtte i sengen.
- Vejled patienten i at anvende dynen på den måde, du skønner vil forebygge netop deres problem ud fra ovenstående liste.



LEJRING.

- Personen lægger sig på siden i sædvanlig sovestilling.
- Dynen lægges forsigtigt over med start i benenden.
- Dynen skubbes ind til kroppen fra benene og videre op langs kroppen til skulderhøjde.
- Fortæl med få ord og roligt tempo, hvad du gør.



Støtte til sanseintegration

- Med flad hånd trykkes dyne ind mod kroppen med start fra benenden og videre op ad kroppen.
- Observer reaktion og grænser.
- Hold, hvis god effekt, om personens bryst og lænd med fast, støttende tryk.
- Brug få ord og rolig stemmeføring.



Temperatur, støj og stimuli.

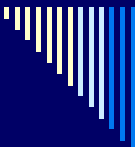
- Tæpper og almindelig dyne kan anvendes til at regulere stimuli.
- Jo længere kugledynen er fra kroppen, jo mindre trykeffekt af den enkelte kugle.
- Metoden vælges individuelt i samarbejde med den enkelte person og i forhold til det behov der ønskes opfyldt.



Hygiejnen

(se instruks fra hygiejneudvalget på intranettet)

- Dynerne anvendes med vaskbart overtræk og dynebetræk.
- Overtrækket vaskes ved 80* i afsnittet.
- Ved forurening af kugledynen, sendes den i vaskenet til Berendsen som al anden vask.
- Ved læsion af kugledynen kan den repareres hos Berendsen. Sendes i vaskenet.



Aftrapning eller videre anvendelse ?

- Som aftrapning eller alternativ kan anvendes ekstra dyner.
- Patienten skal have mulighed for at vende sig af med dynen ved at have den til rådighed efter behov.
- Giver aftrapningen problemer overvejes mulighed for bevilling af dynen som hjælpemiddel.



Anskaffelse eller leje.

- Dyner kan lejes via www.protac.dk evt. leje vil senere blive fratrukket udgiften til anskaffelse, hvis dette ønskes på langt sigt.
- Kugledyner kan bevilges som hjælpemiddel via primær kommunens hjælpemiddelcentral.



Hjælpemiddeldepotet.

- Ekstra kugledyner kan hentes i hjælpemiddeldepotet og skal returneres efter brug.
- Kugledyner kan udlånes i kortere perioder til anvendelse i hjemmet i forbindelse med udslusning eller forebyggelse af indlæggelse.
- Kontaktpersonen er ansvarlig for hjælp til returnering til hjælpemiddeldepotet efter aftalt udlånstid.



Skriftlig vejledning til patienten.

**VORES ANBEFALING AF
KUGLEDYNER ER ET TILBUD
OM HJÆLP TIL SELVHJÆLP,
NÅR DU HAR BRUG FOR EN
PAUSE, LIDT RO OG EN GOD
NATS SØVN.**



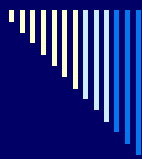
Hvordan gør du?

- Mærk på dynen og føl den enkelte bold.
- Hver bold vil, når du anvender dynen være med til at du få en større følelse af din krop og dine grænser.
- Prøv dig frem og brug dine erfaringer og kreativitet til at finde din måde at anvende dynen på.



Vi anbefaler!

- At du lægger dig på siden i sengen.
- Så vil vi lægge dynen over din krop i takt med at du synes, det er behageligt.
- Vi står til rådighed med hjælp og ideer om, hvordan dynen kan hjælpe dig, og du selv kan bruge den.
- Vi kan støtte op om følelsen af dynens vægt ved at give et let tryk på dynen alt efter dit behov.
- Der er ingen bivirkninger forbundet med brugen af dynen, og hvis den føles kold kan vi afhjælpe det med tæpper og dyner.



Har du brug for dynen efter opholdet her?

- Du kan leje en dyne via det firma, der forhandler dem.
- Du kan købe en.
- Du kan søge en kugledyne bevilliget som hjælpemiddel via din egen kommune.
- Personalet hjælper dig gerne.



Sandsæk-boksebold

Fysisk træning med sandsæk-boksebold dæmper den kropslige uro og fysiske ubehag, der kan forekomme, når man er indlagt i et lukket regi. Det er erfaringen, at øvelsen så at sige kan "lette ventilen" og "slå vreden" ud af kroppen. Træningen virker konditions- og kredsløbsforbedrende og har en muskelafslappende virkning på afspændthed i kroppen. Samtidig kan øvelsen aflede tanker, der stresser.

Det er vigtigt at anerkende patientens følelsesmæssige situation og samtidig hjælpe patienten med reagere på dette på en ikke destruktiv måde.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning

Fysioterapeut Helle Backs Thuesen
Tlf.: 9927 2394
E-mail: hllau@ringamt.dk

Projekt Sandsæk /boksebold.

Udkast

Mål: Som en del af det Nationale Indikator Projekt at mindske bæltefikseringer i intensivt afsnit, 2621. Indgangsvinklen er at gennem fysisk træning at dæmpe den kropslige uro og fysiske ubehag, der kan forekomme, når man er indlagt i et lukket regi.

Delmål:

- Konditions- og kredsløbsforbedrende træningsform
- Muskelafslappende virkning og afspændthed i kroppen
- Psykologisk aflede tanker, der stresser.
- styrketræning af kroppens store muskelgrupper.
- Gennem fysisk træning at "lette ventilen" / "slå vreden" ud af kroppen.
- anerkende patientens følelsesmæssige situation og samtidig hjælpe patienten med reagere på dette på en ikke destruktiv måde.

Placering: af sandsæk i "skærmen" i et aflåst skab.
Sandsækken monteres i loftet på en skinne, der kan føre sandsækken ud i rummet og ind i skabet igen.

Sted: "skærmen" er en enestue på 2621, som er mere rummelig end de øvrige stuer.

Procedure: fysioterapeut eller kontaktperson/ andet personale er sammen med patienten under træningen for at sikre at patienten træner hensigtsmæssigt i forhold til eget helbred og undgår skader.
Derud over skal denne hjælpe med at låse op og i til skabet.

Økonomiske investeringer: Sandsæk i kr. 1.519,- uden moms
Sandsæk handsker i kr. 445,- uden moms
Opsætning og montering af skinne og skab er givet tilbud på til en pris af 5.696,00,-,
så samlet set beløber de økonomiske investeringer sig til 7.660,- kroner.

Projektets varighed: ½ - 1 år ?

Ansvarlige : Afsnitsledelsen og afsnittets fysioterapeut.

Måleparametre:

- Patientens vurdering ved hjælp af skema udfyldt før og efter behandlingen. Se bilag x
- Fysioterapeutens observationer. Se bilag y.
- personale evaluering/ observationer gennem sygeplejejournal. Se bilag z.

Henvisning til “boksetræning”: For at sikre, at det er forsvarligt for patientens sikkerhed og helbred, kræves der lægelig henvisning til denne træningsform.

Træningsbeskrivelse

- Forløb:** Træningen består af en opvarmningsdel, instruktion af slagteknik, træningsseance og udspændingsdel.
- Opvarmning:** Vil rumme mobiliserende og pulsstigende øvelser, som aktiverer alle de store muskelgrupper, der bliver involveret i træningen.
Herefter instrueres patienten i hensigtsmæssig slagtræning på sandsæk, så risikoen for skader minimeres.
- Træningsseance:** for utrænede patienter: 1 minut slagtræning - 30 sekunders pause.
Max. 15 min. træning ad gangen
for let trænede patienter: 2 min. slagtræning - 1 min. pause.
for trænede patienter : 3 min. slagtræning - 1 min. pause.
- Udspænding:** De store muskelgrupper der er trænes udspændes, mens patienten falder til ro efter træningen.
- Træningens varighed:** 30 minutters varighed med opvarmning, instruktion og udspænding.
- Træningsformen.** Interval- og struktureret træning, afgrænset.
- Aftale med patienten:** Der aftales på forhånd med patienten, hvordan træningsformen er.
Patienten træner ikke alene på noget tidspunkt. Fysioterapeuten eller instrueret personale er tilstede under træningen.
Der aftales træningstider, som føres i kalender, således at patienten på tilstødende værelse kan orienteres om, at der vil være støj grundet træning.
- Afgrænsning i projektet:** er at behandlingen i første omgang er rettet til patienter , som vi (behandlingskonference) vurderer, vil have en positiv udbytte at behandlingen. Det er derfor en snæver ramme, vi arbejder inden for.

Registrering af kroppens signaler før og efter træning med sandsæk:

1. Hvad mærker du af ro i kroppen lige nu ? (sæt x i ét felt)

ingen ro	lidt ro	nogen ro	megen ro
----------	---------	----------	----------

2. Hvad mærker du af muskulær anspændthed i kroppen? (sæt x i ét felt)

meget anspændt	noget anspændt	lidt anspændt	ikke anspændt
----------------	----------------	---------------	---------------

Evt. bemærkninger:

EFTER BEHANDLINGEN:

1. Hvad mærker du af ro i kroppen lige nu ? (sæt x i ét felt)

ingen ro	lidt ro	nogen ro	megen ro
----------	---------	----------	----------

2. Hvad mærker du af muskulær anspændthed i kroppen? (sæt x i ét felt)

meget anspændt	noget anspændt	lidt anspændt	ikke anspændt
----------------	----------------	---------------	---------------

Evt. bemærkninger:

Hvordan har behandlingen været ? (sæt x i ét felt)

behagelig	nogenlunde	lidt ubehagelig	ubehagelig
-----------	------------	-----------------	------------

Kunne en gåtur have hjulpet dig lige godt ?

Mange tak fordi du gav dig tid til at besvare spørgsmålene.

Venlig hilsen

Fysioterapeut Gitte Elmelund

Pædagog Michael

Sygeplejerske Jørgen Peder

Evaluering af projekt sandsæk.

Projektet har eksisteret fra d. 1/12-04 og afsluttes om ca 1/2 -1 år. Fysioterapeut Gitte vil evaluere forløbet sammen med de tværfaglige kolleger, Michael og Jørgen Peder, der er med i projektet og finde frem til i hvilket omfang og under hvilke forhold det evt. vil være relevant at fortsætte projektet. Personalets indtryk og observationer af forløbet er derfor meget relevante og væsentlige.

Har du observeret, at projekt sandsæk og denne form for behandling har haft en virkning på patienten? Evt. hvilken ?

Har du observeret forskel på patienten før og efter behandlingen ? Evt. hvilken ?

**Har du i øvrigt observeret andet i forhold til patienten og denne form for behandling?
Hvilket?**

Mange tak fordi du gav dig tid til at besvare spørgsmålene.

**Venlig hilsen
Gitte Elmelund
Michael
Jørgen Peder**



Målrrettede aktiviteter

Der er 5 aktivitetstjekliste til bevarelse af selvkontrol ved følgende tilstande:

- Suicidal/selvskadende adfærd
- Fysisk/verbal aggressivitet
- Maniforme tilstande/uro
- Psykose
- Depressive tanker/angst

Aktivitetstjeklisterne indeholder hver især forslag til aktiviteter tilpasset den enkelte tilstand samt principper for udførelsen heraf. Aktivitetstjeklisterne udfyldes i samarbejde med patienten ved indlæggelsens start, og patienten kommer med oplysninger om, hvilke udløsende faktorer samt advarsels-signaler patienten udviser ved den enkelte tilstand.

Aktivitetstjeklisten lægges i journalen og kan ligeledes være på patientens stue, hvor patienten kan bruge tjeklisten som "huskekort" til brug som led i mestringsstrategi.

Så vidt muligt udfyldes tjeklisterne i samarbejde med patienten ved indlæggelsens start, som regel det modtagende plejepersonale. I tilfælde hvor patienten ikke kan samarbejde om aktivitetstjeklisten, forsøges denne udfyldt ved hjælp af plejepersonalets viden samt eventuelle erfaringer fra tidligere indlæggelser.

Kontaktinformation:

Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle, Skærmet Afsnit E31

Ergoterapeut Birgitte Jørgensen
Tlf.: 7940 5861

E-mail: Birgitte.C.Joergensen@vgs.regionsyddanmark.dk

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning
Afdeling for Regionsfunktioner,
Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Målrettede aktiviteter

Tjekliste til bevarelse af selvkontrol

Patientlabel:

Tjekliste til bevarelse af selvkontrol Ved suicidal/selvskadende adfærd

- Personalet skal kunne **rumme** patientens uro og bevare roen og overblikket
- **Medicin** er beroligende og giver et godt grundlag for anden behandling
- **Samtaleformerne** støttende- og kognitiv kan anvendes
- **Beroligende tilbud** som **kugledyne** kan være med til at hæmme impulser om selvskaade/suicidaltrang
- **Hobbyaktiviteter** er gode til at aflede, og kan medvirke til at patienten genvinder kontrollen
- **Musik** kan virke beroligende og afledende
- **Vagt/tilsyn** giver patienten det ansvar der svarer til dennes tilstand

Tjekliste ved suicidal/selvskadende adfærd

Udløsende faktor:

Advarselssignaler:

Kommunikation:

Ophidset/vred <input type="checkbox"/>	Truende <input type="checkbox"/>
Urolig/indre uro <input type="checkbox"/>	Stemmehørende <input type="checkbox"/>
Depressiv/angst <input type="checkbox"/>	Normal komm. umulig <input type="checkbox"/>
Selv mordstruende <input type="checkbox"/>	Selvdestruktiv <input type="checkbox"/>

Behandlings-/aktivitetsforslag	Sæt X
Kreative aktiviteter:	
Tegne/male	
Mandalategninger	
Kreative aktiviteter ud fra pt.s valg, interesse og tilstand	
Fysiske aktiviteter:	
Gåture i højt tempo	
Groundingøvelser med fys/ergo	
Sanseintegrerende aktiviteter:	
Kugledyne	
Ballstickmassage	
Andre aktiviteter:	
Lytte til musik	
Samtale(fokusflyttende/støttende)	
5-koloneskema	
Spille spil	
Konkrete gøremål, fx lave kaffe, vande blomster mm.	
Kryds og tværs/sudoku	
Se film med happy end	
Skrive tanker ned	
NADA	

Ved tilrettelæggelse af aktiviteten tages der højde for:

- At aktiviteten kan aflede fra negative tanker/impulser
- At aktiviteten er lystbetonet og giver mening for pt.
 - At aktiviteten ikke stiller for store krav

Nedenfor anføres eventuelle uddybende kommentar til de relevante aktiviteter, eller hvis patienten giver udtryk for aktiviteter der kan forværre den aktuelle situation.



Tjekliste til bevarelse af selvkontrol Ved maniforme tilstande/uro

Patientlabel:

- Personalet skal kunne **rumme** patientens uro og bevare roen og overblikket
- **Medicin** har positiv effekt
- **Samtale**formerne støttende-, realitetskorrigerende- og kognitiv samtale kan anvendes
- **Beroligende tilbud** som **kugledyne** kan være med til at dæmpe uroen og give patienten en fornemmelse af afgrænsning
- **Hobby-, ADL – og fysiske aktiviteter** kan med god virkning bruges ved patienter med uro. Dog kan fysiske aktiviteter også have en dårlig virkning på nogle patienter. Dette bedømmes individuelt.
- **Musik** kan virke beroligende og afledende. Ved maniske patienter skal man dog være opmærksom på, at musikken kan give meget stimuli og øge uroen
- **Begrænsninger** kan hjælpe til at nedsætte stimuli og mindske kaos

Tjekliste ved maniforme tilstande/uro

Udløsende faktor:

Advarselssignaler:

Kommunikation:

Ophidset/vred Truende

Urolig/indre uro Stemme hørende

Depressiv/angst Normal komm. Umulig

Selv mordstruende Selvd destruktiv

Ved tilrettelæggelse af aktiviteten tages der højde for:

Behandlings-/aktivitetsforslag	Sæt X
Kreative aktiviteter:	
Male/tegne	
Mandalategninger	
Strikke	
Bage boller/ælte dej	
Fysiske aktiviteter:	
Cykle i <i>langsomt</i> tempo	
Sanseintegrerende aktiviteter:	
Kugledyne	
Ballstickmassage med godt tryk	
Andre aktiviteter:	
Lytte til musik, langsom men med rytme, fx musicure	
Samtale med kontaktperson	
Korrigeres i at være hurtigkørende	
Lave plan/aftaler for de næste timer	
Opholde sig på egen stue, evt. med aktivitet	
NADA	
Beroligende medicin	

- At der benyttes aktiviteter der hæmmer strømmen af stimuli
 - At aktiviteten er enkel og overskuelig
 - At patienten kun gives få valg
- At aktiviteten vælges ud fra patientens motivation, ressourcer og aktuelle tilstand

Nedenfor anføres eventuelle uddybende kommentar til de relevante aktiviteter, eller hvis patienten giver udtryk for aktiviteter der kan forværre den aktuelle situation.



Tjekliste til bevarelse af selvkontrol Ved fysisk/verbal aggressivitet

Patientlabel:

- **Personalet** skal rumme patientens vrede og aflede så patienten kan få ro
- **Medicin** er et godt middel til at dæmpe fysisk og verbal aggressivitet
- **Samtalerne** skal i den akutte fase være korte, konkrete og målrettede. Smalltalk kan være en god metode til at aflede og skabe en kontakt
- **Beroligende tilbud** som **kugledyne** kan være med til at dæmpe uroen og give patienten en fornemmelse af afgrænsning
- **Hobby- og ADL-aktiviteter** samt **kugledynen** kan give ro
- **Musik** og **spil** kan virke afledende
- **Begrænsninger** kan hjælpe til at nedsætte stimuli og mindske kaos
- **Fysisk aktivitet** er en god måde at komme af med sin energi på, men kræver visse forbehold

Tjekliste ved fysisk/verbal aggressivitet

Udløsende faktor:

Advarselssignaler:

Kommunikation:

Ophidset/vred	<input type="checkbox"/>	Truende	<input type="checkbox"/>
Urolig/indre uro	<input type="checkbox"/>	Stemmehørende	<input type="checkbox"/>
Depressiv/angst	<input type="checkbox"/>	Normal komm. umulig	<input type="checkbox"/>
Selv mordstruende	<input type="checkbox"/>	Selvdestruktiv	<input type="checkbox"/>

Behandlings-/aktivitetsforslag	Sæt X
Kreative aktiviteter:	
Male/tegne	
Mandalategninger	
Fysiske aktiviteter:	
Gåture i højt tempo	
Bokse på boksebold	
Sjippe	
Løb	
Motionscykel	
Sanseintegrerende aktiviteter:	
Kugledyne	
Andre aktiviteter:	
Lytte til musik	
Samtale med kontaktperson	
Spille spil	
NADA	
Beroligende medicin	

Ved tilrettelæggelse af aktiviteten tages der højde for:

- At aktiviteten skal virke beroligende og afledende
- At aktiviteten er forudsigelig og struktureret

At aktiviteten vælges ud fra patientens motivation, ressourcer og aktuelle **Ved tilrettelæggelse af aktiviteten tages der højde for:**

- At aktiviteten skal virke beroligende og afledende
- At aktiviteten er forudsigelig og struktureret
- At aktiviteten vælges ud fra patientens motivation, ressourcer og aktuelle tilstand

Nedenfor anføres eventuelle uddybende kommentar til de relevante aktiviteter, eller hvis patienten giver udtryk for aktiviteter der kan forværre den aktuelle situation.

Tjekliste til bevarelse af selvkontrol Ved depressive tanker/angst.

Patientlabel:

- Personalet arbejder efter jeg-støttende principper, hvor den fornemste opgave er at virke som patientens **vikarierende håb** for fremtiden og vilje til at fortsætte.
- **Faste og beskyttende rammer** giver ro, aflastning og mulighed for hvile.
- **PN-medicin, musik og fysisk aktivitet** har en god effekt. Det påvirker stemningslejet og dæmper de depressive tanker.
- **Samtale** sætter ord og struktur på tankerne, hvilket virker forløsende og afslappende.
- **Miljøterapi** kan forebygge, at patienten fastholdes i sin depressive og isolerede adfærd.

Tjekliste ved depressive tanker/angst

Udløsende faktor:

Advarselssignaler:

Kommunikation:

- Ophidset/vred Truende
- Urolig/indre uro Stemme hørende
- Depressiv/angst Normal komm. umulig
- Selv mordstruende Selvd destruktiv

Behandlings-/aktivitetsforslag	Sæt X
Kreative aktiviteter:	
Tegne/Male (evt. med musik til)	
Mandalategninger	
Dekorere æsker, kort eller andre skabende akt.	
Bage	
Fysiske aktiviteter:	
Gåture i rask tempo	
Motionscykel	
Anden bevægelse af min. 30 min.	
Sanseintegrerende aktiviteter:	
Ballstickmassage	
Andre aktiviteter:	
Lytte til musik med hurtig fast rytme	
Høre lydbånd	
Samtale med kontaktperson	
Se film med happy end	
Spille spil	
NADA	

Ved tilrettelæggelse af aktiviteten tages der højde for:

- At aktiviteten øger lystfølelse, stemningslejet og iltoptagelsen
 - At aktiviteten er forudsigelig og struktureret
- At aktiviteten ikke stiller for høje krav og kan resultere i nederlag for patienten
- At aktiviteten vælges ud fra patientens motivation, ressourcer og aktuelle tilstand

Nedenfor anføres eventuelle uddybende kommentar til de relevante aktiviteter, eller hvis patienten giver udtryk for aktiviteter der kan forværre den aktuelle situation.



Patientlabel:

**Tjekliste til bevarelse af selvkontrol
ved psykose**

- Personalet skal kunne **rumme** patientens uro og bevare roen og overblikket
- **Medicin** har en positiv effekt
- **Samtaleformerne** støttende- og realitetskorrigerende kan anvendes
- **Beroligende tilbud** som **kugledyne** kan være med til at dæmpe uroen og give patienten kropsfornemmelse, samt en fornemmelse af afgrænsning
- **Hobby-, ADL – og fysiske aktiviteter** kan virke afledende på psykosen. Dog kan for høje krav forværre tilstanden., hvilket bedømmes individuelt.
- **Musik** kan virke beroligende og afledende. Vær dog opmærksom på at noget musik kan fremme psykosen, fx meget voldsomt musik
- **Begrænsninger** kan hjælpe til at nedsætte stimuli og mindske kaos

Tjekliste ved psykose

Udløsende faktor:

Advarselssignaler:

Kommunikation:

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Ophidset/vred | <input type="checkbox"/> | Truende | <input type="checkbox"/> |
| Urolig/indre uro | <input type="checkbox"/> | Stemmehørende | <input type="checkbox"/> |
| Depressiv/angst | <input type="checkbox"/> | Normal komm. umulig | <input type="checkbox"/> |
| Selvmodstruende | <input type="checkbox"/> | Selvdestruktiv | <input type="checkbox"/> |

Behandlings-/aktivitetsforslag	Sæt X
Kreative aktiviteter:	
Tegne/male	
Mandalategninger	
Kreative aktiviteter ud fra pt.s valg, interesse og tilstand	
Fysiske aktiviteter:	
Gåture	
Groundingøvelser med fys/ergo	
Sanseintegrerende aktiviteter:	
Kugledyne	
Ballstickmassage	
Andre aktiviteter:	
Lytte til musik	
Samtale (Realitetskorrigerende)	
Spille spil	
Konkrete gøremål, fx lave kaffe, vande blomster mm.	
NADA	
Antipsykotisk medicin	

Ved tilrettelæggelse af aktiviteten tages der højde for:

- At aktiviteten kan virke afledende og beroligende
- At aktiviteten er enkel, struktureret og overskuelig
 - At aktiviteten gerne må være genkendelig
- At aktiviteten vælges ud fra patientens motivation, ressourcer og aktuelle tilstand

Nedenfor anføres eventuelle uddybende kommentar til de relevante aktiviteter, eller hvis patienten giver udtryk for aktiviteter der kan forværre den aktuelle situation.



Vejledning til aktiviteter

Redskabet retter sig mod personale, som arbejder med unge, der er skærmet eller bæltefikseret. Vejledningen tænkes anvendt af kontaktperson, oftest vil det dog primært være en fast vagt, som varetager opgaven. Det er formålet med aktiviteten at tilbyde kontakt og støtte til aktiviteter, der kan hjælpe den unge med at indgå i en meningsfyldt og tilpasset aktivitet.

Aktivitetsplanen er et væsentligt forebyggende element i forhold til at reducere tvang, da patienten får mulighed for at være optaget af noget uden for sig selv og derved opleve aktiviteterne som et midlertidigt fristed

Kontaktinformation:

Andre kilder:

**Børne- og Ungdoms Psykiatrisk Center
Glostrup**

Aktiviteter til psykotiske unge

Vejledning til brug ved iværksættelse af aktiviteter til psykotiske unge i afsnit 62:

Formål: At forebygge anvendelse af tvang.

Metode: Gennemføre individuelle aktiviteter.

Deltagelse: 1 ung samt 1 personale.

Unge: Psykotiske unge der er skærmet med eller uden fast vagt.
Psykotiske unge der er bæltefikseret.

Personale: Fast ansat personale, fx. fast kontaktperson eller dagens kontaktperson, derudover vikarer.
Oftest vil det være den faste vagt, som kan varetage opgaven.

Sted: Skærmede unge: Aktiviteten kan foregå i lille TV-stue eller på værelset.
Bæltefikserede unge: Aktiviteten foregår i sengen.

Krav til aktiviteten:

- Målrettede
- Systematiske
- Ikke fremprovokere for store følelsesmæssige udsving.
- Lille sværhedsgrad
- Minus farlighed

Formål med aktiviteten:

- Tilbyde kontakt
- Støttende
- Samlende
- Beroligende
- Angstdæmpende

Forslag til aktiviteter:

- Film med dansk tale, fx. tegnefilm,
- Rytmefast musik, fx.

Aktiviteter til psykotiske unge

- Playstation-spil
- Modellervoks
- Perleplader
- Lette gymnastikøvelser, i korte perioder
- Fodrulle (skal købes)
- Tegneserier, ugeblade,
- Kabale
- Puslespil 50-100 brikker
- Ballstick-massage, stor ballstick, på ryg, nakke, skuldre
- Kugledyne
- Bøger til oplæsning, fx. eventyr,
- Simple spil, fx. kalaha, backgammon, ludo,

Tid: Aktiviteterne kan gennemføres fra 5-10 minutter ad gangen, for aktiviteter, der stiller krav til fuld koncentration, til 1 times tid for fx. film.
OBS. behov for pauser mellem aktiviteter

Valg af aktivitet: Personalet udvælger på baggrund af kendskab til den unge, fx. 2 aktiviteter eller 2 muligheder for film, musik osv., hvoraf den unge vælger 1.

Aktiviteter til psykotiske unge

Vedrørende iværksættelse af aktiviteter til psykotiske unge:

kvalitative data/spørgeskema til dokumentation af patient tilfredshed:

(Udfyldes ved hver projektaktivitet)

Dato: _____

Label

Arbejdsdiagnose/diagnose: _____

Indikation (fx. uro, angst, truende adfærd): _____

Aktivitet: _____

Varighed: _____ Personaleinitialer: _____

Til patienten:

Hvad synes du om (aktiviteten) ?:

Hvad synes du om tidspunktet for aktiviteten ?:

Hvad synes du om varigheden (for kort, tilpas, for lang) ?:

Hvordan havde du det inden (aktiviteten)

- Var du urolig/rolig
- Var du anspændt/afslappet
- Var du bange

Hvordan havde du det efter (aktiviteten)

- Var du urolig/rolig
- Var du anspændt/afslappet
- Var du bange

Hvad var anderledes/godt/mindre godt ?:

Var det effekten af aktiviteten eller samværet der var god/mindre god ?:

Aktiviteter til psykotiske unge

Vedrørende iværksættelse af aktiviteter til psykotiske unge:

Kvantitative data til dokumentation af tests:

(Udfyldes ved hver projektaktivitet)

Dato: _____

Label

Arbejdsdiagnose/diagnose: _____

Indikation (fx. uro, angst, truende adfærd): _____

Aktivitet: _____

Varighed: _____ Personaleinitialer: _____

Afkrydsningsskema:

Vurdering af effekten af aktiviteten/samværet under aktiviteten:

Tilstand ved aktivitetsperiodens ophør	Bedret	Uændret	Forværret	Ved ikke	Ikke relevant
Angstniveau					
Motorisk uro					
Koncentrationsevne					
Selvmutilerende adfærd					
Udadreagerende adfærd					
Tvangsforanstaltninger					



Psykiatrisk skærmning er en intensiv pleje- og behandlingsmetode, der praktiseres i en relation mellem patient og behandler. Metoden er karakteriseret ved en grad af ansvarsovertagelse, kompensation og omsorg for den enkelte.

Skærmning anvendes, når patienten har brug for en særlig tilrettelagt og intensiv omsorg. Afhængig af patientens tilstand udføres observationen på forskellige niveauer. Fastsættelse af skærmningsniveau foregår i samarbejde mellem læge og plejepersonale og justeres løbende efter patientens tilstand.

De midler, der kan tages i anvendelse i den konkrete skærmning, er forskellige fra situation til situation. Det kan derfor være en god idé at udarbejde vejledende rammebeskrivelser eller guidelines for den lokale miljøterapeutiske indsats.

Skærmningens hovedformål er at være trygheds-skabende, og det bør derfor være kendt personale, der varetager opgaven som fast vagt.

Skærmning kan medvirke til at mindske behov for anvendelse af tvang.

Skærmning er også et begreb, der anvendes i forbindelse med lovgivningen. Det er vigtigt at være opmærksom på, at skærmning i længere perioder skal registreres som tvang, og at der i denne forbindelse skal være en læge til stede.

Arbejdsredskaber:

Observationsniveauer	150
----------------------	-----

Patientens tilstand samt miljøterapeutiske handlinger i forhold til skærmningsniveau	157
--	-----



Observationsniveauer

Psykiatrisk skærmning er en intensiv pleje- og behandlingsmetode, der praktiseres i en relation mellem patient og behandler. Metoden er karakteriseret ved en grad af ansvarsovertagelse, kompensation og omsorg for den enkelte.

Skærmning anvendes, når patienten har brug for en særlig tilrettelagt og intensiv omsorg. Dette redskab angiver forskellige observationsniveauer med klare angivelser af ansvarsfordeling.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Bispebjerg

Udviklingschef Kristina Schwartz Heuser
E-mail: Kristina.Heuser@bbh.regionh.dk

Udgiver: [H:S](#) / [Region Hovedstadens Psykiatri](#)

- » Se lokal version for [AH / Psykiatrisk Afdeling](#)
- » Se lokal version for [SHH](#)
- » Se lokal version for [FH / Psykiatrisk afdeling](#)

Observationsniveauer

(AMSK-7LHD7B V.17.00/08)

Vejledningen beskriver, hvilke observationsniveauer der er gældende for indlagte patienter i Region Hovedstadens Psykiatri. Der beskrives indikationer for tildeling af forhøjet observationsniveau, samt fordeling af ansvar og opgaver. Principper for dokumentation og kompetenceniveau beskrives.

Der beskrives fem observationsniveauer gående fra Alment Observationsniveau, A.O. til Skærpet Fast Vagt, S.F.V.

Niveauerne er gradueret efter den ønskede frekvens af observation af patienten. Patienten orienteres om beslutning og begrundelse for observationsniveau. Patientens samarbejde søges opnået.

Type: **Vejledning**

Kategori: **Klinisk**

Ikrafttrædelse: **01/12/2008**

Gældende for: **Læger, Sygeplejersker, Plejepersonale**

Formål

Anvendelse af differentierede observationsniveauer i patientplejen sker med henblik på at øge patientsikkerheden, idet hyppigheden af observation tager udgangspunkt i den enkelte patients situation. Samtidig er anvendelse af differentierede observationsniveauer en støtte for personalet til sikring af relevant observation i forhold til den enkelte patients tilstand.

Definitioner/Afgrænsninger

Patienten orienteres om beslutning og begrundelse for observationsniveau. Patientens samarbejde søges opnået. Observationsniveauerne anvendes i den kliniske praksis i forhold til døgnindlagte patienter i såvel Voksen som Børne- og Ungdomspsykiatrien. Observationsniveauerne differentieres i 5 niveauer.

Begrundelse for at iværksætte differentierede observationsniveauer udover alment niveau kan være:

- Somatisk sygdom
- Mistanke om øget risiko eller særligt øget risiko for selvmord
- At patienten har en udtalt angsttilstand og ikke selv evner at henvende sig, når der er symptomer
- Latent, lettere eller udtalt aggressiv adfærd
- Uhensigtsmæssig adfærd, der forulemper andre
- Patienten kompromitterer sig selv
- Selvmutilerende adfærd
- Udøvelse af hærværk

Der er ikke tale om anvendelse af tvang i forbindelse med tildelingen af observationsniveauer. Der kan være tale om tvang i forbindelse med ”fast vagt” og ”skærpet fast vagt”. Se afsnit om fast vagt og skærpet fast vagt.

Fremgangsmåde

Ordination og seponering

I forbindelse med indlæggelsen skal indlæggende læge i behandlingsplanen ordinere observationsniveau gældende for de første 24 timer.

Ved ’gennemgangen’ skal lægen, der udfører denne, fastlægge det efterfølgende observationsniveau i samarbejde med plejepersonalet, og dokumentere det i behandlingsplanen.

Alle ordinationer af ’fast vagt’ eller ’skærpet fast vagt’ foretages af læge i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske eller tilsvarende og dokumenteres i patientjournalen. Ansvarshavende sygeplejerske eller tilsvarende kan fastlægge observationsniveauerne 1-3.

Sænkning af observationsniveau 1-3 kan udføres af ansvarshavende sygeplejerske – læge skal orienteres. Sænkning af observationsniveau 4-5 kræver en lægelig stillingtagen.

Dokumentation

Alle iværksatte observationsniveauer, udover alment observationsniveau, skal dokumenteres i patientjournalen. Det påhviler den, der ordinerer observationsniveauerne, at sikre, at det dokumenteres. Dokumentationen skal minimum indeholde:

- Baggrunden for observationsniveauet
- Varigheden af observationsniveauet med angivelse af tidspunktet for næste vurdering

Skitsering af observationsniveauerne

Alment Observationsniveau - A.O.:

Observationsniveauet følger de aktuelle rutiner i afsnittet. Afsnittets døgnrytme giver en naturlig mulighed for at sikre patientens tilstedeværelse og velbefindende. Afsnittet skal have en beskrivelse af de minimale observationer, der foretages ved hver vagt.

Ansvar og opgavefordeling:

Plejepersonalets ansvarsområde.

Kvalifikation og kompetence:

Plejepersonalet har kompetence til at varetage opgaven.

Udvidet Alment Observationsniveau - U.A.O.:

Patienten observeres ud fra et fastlagt tidsinterval, med mindst 30 minutter og højst 2 timer. Fastsættelse af tidsintervallet tager udgangspunkt i patientens tilstand og skal

ændres i forbindelse med ændring af patientens tilstand.

Ansvar og opgavefordeling:

Observationsniveauet herunder fastsættelse af tidsinterval ordineres af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske. Fastsættelse af tidsinterval skal dokumenteres i patientjournalen. Plejen af patienten i relation til observationsniveauet skal fremgå af patientens sygeplejedokumentation.

Observationer i relation til observationsniveauet dokumenteres i hver vagt af plejepersonalet.

Minimum én gang i døgnet revurderes observationsniveauet af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske.

Kvalifikation og kompetence:

Observationsniveauet varetages af klinisk personale – herunder studerende/elever under supervision.

Skærpet Alment Observationsniveau – S.A.O.:

Patienten observeres ud fra et fastlagt tidsinterval, med mindst 0 minutter og højst 30 minutter. Fastsættelse af tidsintervallet tager udgangspunkt i patientens tilstand og skal ændres i forbindelse med ændring af patientens tilstand.

Ansvar og opgavefordeling:

Observationsniveauet samt fastsættelse af tidsinterval ordineres af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske og dokumenteres i patientjournalen. Plejen af patienten i relation til observationsniveauet skal fremgå af patientens sygeplejedokumentation.

Observationer i relation til observationsniveauet dokumenteres i hver vagt af plejepersonalet.

Minimum én gang i døgnet revurderes observationsniveauet af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske.

Kvalifikation og kompetence:

Observationsniveauet varetages af klinisk personale – herunder studerende/elever under supervision.

Fast Vagt – F.V.:

Patienten observeres kontinuerligt, og et personale er tilknyttet patienten som fast vagt. Opgaven som fast vagt er beskrevet i centrets instruks (LOKAL LINK). Der er ikke krav om vedvarende visuel kontakt – dette afhænger af patientens situation. Der kan være mulighed for fx toiletbesøg uden observation.

Personlig skærmning

Hvis patienten ikke frivilligt accepterer den faste vagt, kontaktes vagthavende læge med henblik på stillingtagen til anvendelse af personlig skærmning jf. Psykiatriloven § 18 c. Medicinstuderende kan ikke selvstændigt tage stilling til personlig skærmning.

Ansvar og opgavefordeling:

Observationsniveauet samt fastsættelse af tidsinterval besluttet af læge i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske og dokumenteres i patientjournalen. Plejen af patienten i relation til observationsniveauet skal fremgå af patientens sygeplejedokumentation.

Observationer i relation til observationsniveauet dokumenteres i hver vagt af plejepersonalet.

I hver vagt revurderes observationsniveauet af læge og ansvarshavende sygeplejerske.

Kvalifikation og kompetence:

Observationsniveauet varetages af klinisk personale. Niveauet kræver høj faglig kvalitet, og varetages som udgangspunkt af klinisk uddannet personale. Indikationen for fast vagt kan variere betydeligt, og det kommer an på et konkret skøn, om elever og studerende kan varetage opgaven. Hvis dette besluttet, kræves begrundelse af dette i patientjournalen.

Observations niveau skal varetages af kompetent personale*

***Kompetentniveau**

Personen har inden for eget fagområde en fagspecifik forståelse, tekniske færdigheder, organisatoriske evner og evne til at forudse sandsynlige begivenheder samt identificere betydningsfulde signaler og symptomer. Gennem erfaring har personen udviklet kompetence i at håndtere kendte situationer og evne til at planlægge arbejdet i lyset af mulighederne og skelne mellem væsentligt og uvæsentligt. Personen kan på baggrund af teoretiske kundskaber og analytisk kunnen foretage etiske vurderinger og selvstændige bedømmelser på et bredt grundlag med mange delelementer. Personen er bevidst om egne begrænsninger og søger viden når det kræves. Personen handler samvittighedsfuldt velovervejede med en elementær problemløsning. (P. Benner, 1997).

Skærpet Fast Vagt – S.F.V.:

Der er krav om vedvarende visuel kontakt med patienten.

Ansvar og opgavefordeling:

Observationsniveauet besluttet af læge i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske og dokumenteres i patientjournalen. Plejen af patienten i relation til observationsniveauet skal fremgå af patientens sygeplejedokumentation.

Observationer i relation til observationsniveauet dokumenteres i hver vagt af plejepersonalet.

I hver vagt revurderes observationsniveauet af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske.

Personlig skærmning

Hvis patienten ikke frivilligt accepterer den faste vagt, kontaktes vagthavende læge med henblik på stillingtagen til anvendelse af personlig skærmning jf. Psykiatriloven § 18 c. Medicinstuderende kan ikke selvstændigt tage stilling til personlig skærmning.

Kvalifikation og kompetence:

Det skal være kompetent uddannet personale**, der varetager observationen. Studerende samt elever kan kun varetage opgaven efter særlig oplæring. Ved fravigelse af dette kræves stillingtagen ud fra den konkrete patientsituation. Beslutningen om dette træffes af ansvarlige læge og ansvarshavende sygeplejerske.

****Kompetentniveau**

Personen har inden for eget fagområde en fagspecifik forståelse, tekniske færdigheder, organisatoriske evner og evne til at forudse sandsynlige begivenheder samt identificere betydningsfulde signaler og symptomer. Gennem erfaring har personen udviklet kompetence i at håndtere kendte situationer og evne til at planlægge arbejdet i lyset af mulighederne og skelne mellem væsentligt og uvæsentligt. Personen kan på baggrund af teoretiske kundskaber og analytisk kunnen foretage etiske vurderinger og selvstændige bedømmelser på et bredt grundlag med mange delelementer. Personen er bevidst om egne begrænsninger og søger viden når det kræves. Personen handler samvittighedsfuldt velovervejede med en elementær problemløsning. (P. Benner, 1997).

Omfang og gyldighedsområde

Observationsniveauerne anvendes af det kliniske personale i forhold til indlagte patienter.

Ansvar og opgavefordeling/Ansvar og organisation

Centerledelsen er overordnet ansvarlig for implementering af ovenstående. Afsnitsledelserne er ansvarlig for implementering i praksis.

Henvisninger og links

Lov nr. 1111, Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 1. november 2006.
Lokalt link om Fast Vagt.

Bilag

Bilag 1 Observation - skema ved bæltefikseringer



Observationsskema ved bæltefiksering - sept. 2008.doc

Referencer

Lov nr. 1111, Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 1. november 2006.
Psykiatriloven § 18 c.

Indikatorer

- Audit med fokus på ordination og seponering af observationsniveau
- Audit med fokus på dokumentation af observationer

-
- Audit med fokus på revurdering af observationsniveau

DDKM Standarder

Observation

JCI Standarder

BE, KP

Ændringslog:

- Søgeord tilføjet

Akkrediteringsstandarder:

Relaterede VIP-dokumenter:

Emneord: [Behandling](#) || [Forebyggelse](#) || [Patientsikkerhed](#)

Fagområde: [Psykiatri](#)

Dokumentet vedligeholdes af **Anne-Marie Schjerbeck**, og er sidst opdateret **18-11-2008**
Mia Hellestøj



Patientens tilstand samt miljøterapeutiske handlinger i forhold til skærningsniveau

Redskabet indeholder en enkel skematisk beskrivelse af hvilke karakteristika, der findes ved patienters tilstand i forhold til hvilket skærningsniveau, der anvendes. Der arbejdes ud fra 5 skærningsniveauer. Til hvert niveau præsenteres forslag til miljøterapeutiske handlinger.

I praksis anføres patientens skærningsniveau senest et døgn efter indlæggelsen. Skærningsniveauet revurderes under indlæggelsen og endvidere på sygeplejekonferencer.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Middelfart, P2

Oversygeplejerske Isabel Gindeberg

Afdelingssygeplejerske Dorthe Møllegaard
Tlf.: 6348 4364

Typiske miljøterapeutiske handlinger ved skæringsniveauerne

1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> - spise sammen med ptt. - tale om mad, ernæring m.m. - pt. sørger selv for personlig hygiejne - lytte til pt.s måde at administrere penge m.m. på - forvente pt. melder sig til opgaver - gøre miljøet overskueligt - samtale om sociale sammenhænge - visualisere valgmuligheder - skematisere valgmuligheder - vejlede pt. - rådgive pt. - lytte til pt.s meninger og løsningsforslag - fysisk kontakt mulig - vide hvor pt. er 	<ul style="list-style-type: none"> - spise sammen med ptt. - sætte sig hos en bestemt pt. - tale med pt. om personlig hygiejne, som han selv sørger for - rådgive pt. om administration af penge m.m. - melde tilbage til pt. om udførte opgaver - verbal realitetskorrigerig - samtale om sociale sammenhænge - samtale om udvalgte temaer - opstille valgmuligheder - træne i at foretage valg - lære pt. noget - opmuntre til aktivitet udenfor afd. - fysisk kontakt, f.eks. som skulderklap - udgang med kendt formål 	<ul style="list-style-type: none"> - tale om og vise bordskik - overholde spisetider - aftale tider for bad m.m. - tale om passende påklædning - opstille administrative muligheder - aftale at pt. melder sig til opgaver - vise pt. hvordan man gør noget - foreslå noget - kontrollere at ting gøres - accept af pt.s oplevelser - bekræftelse på patientens følelsesmæssige forhold - samtale om opgaver - opfordre pt. til noget - aftaler/struktur omkring valg - lave døgn/ugeplan - begrænse pt. verbalt - påpege konsekvenser verbalt - vise at man er til rådighed - vurdere fysisk kontaktmulighed - tidsbestemt udgang med kendt formål 	<ul style="list-style-type: none"> - tale med pt. om hvad han skal spise - demonstrere bordskik - sikre sig at pt. bader - finde tøj/ting sammen med pt. - fordele penge, cigaretter m.m. på dag/uge, evt. skema - foreslå noget - hjælpe pt. med eventuelle opgaver - meddele egen virkelighedsopfattelse - information om afgrænsede emner - tilbyde at beslutte noget for pt. - tale med pt. om hvad han skal og må - korte konkrete samtaler - overskueliggøre ting - give få valgmuligheder - stoppe pt. - begrænse stimuli - gribe ind overfor uhensigtsmæssig adfærd - holde fysisk afstand - udgang med personale og andre 	<ul style="list-style-type: none"> - sikre sig at pt. spiser og drikker - beslutte hvad pt. skal spise - sikre sig at pt. bader m.m. - klæde pt. af og på - fordele cigaretter, telefontider m.m. på timer/minutter - hindre pt. i at melde sig til opgaver han ikke magter - aflede pt. fra dennes tanker - kort, klar information - beslutte for patienten - undlade at give pt. valg - give få stimuli - om nødvendigt gå tydelig udenom pt. - evt. undgå fysisk kontakt - pt. opholder sig i lukket eller mindre del af afsnittet eller på egen stue

Beskrivelse af patientens tilstand på skærmningsniveauerne

Patienten:

1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> - har en realistisk virkelighedsopfattelse og indsigt i egen situation - udviser fuld selvkontrol - kan være sårbar overfor moderat stress - har ingen koncentrationsvanskeligheder - kan have lette kontaktvanskeligheder, men kun i nære relationer - kan virke lettere usikker og have en let nedsat selvfølelse - dækker selv sine basale behov - samarbejder aktivt om behandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> - udviser generelt realistisk virkelighedsopfattelse og har overblik over egen situation - udviser næsten fuld selvkontrol - er sårbar overfor moderat stress - kan have lette koncentrationsvanskeligheder - kan have lette kontaktvanskeligheder - kan virke usikker og have lav selvfølelse - kan dække de fleste basale behov selvstændigt - er i stand til, under vejledning, at samarbejde aktivt om behandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> - kan til tider have svigtende virkelighedsopfattelse og svært ved at overskue sin egen situation - kan have svigtende selvkontrol - kan være sårbar overfor let stress - kan have moderate koncentrationsvanskeligheder - kan have moderate kontaktvanskeligheder - kan til tider virke urolig eller let hæmmet i sin udfoldelse - kan dække nogle af sine basale behov selvstændigt - kan på nogle områder samarbejde om behandlingen, men forholder sig på andre områder accepterende til forslag 	<ul style="list-style-type: none"> - har ofte en svigtende virkelighedsopfattelse og har begrænset overblik over egen situation - har ringe selvkontrol og kan fremtræde kaotisk og impulsstyret - kan reagere kraftigt på moderat stress - kan have svære koncentrationsvanskeligheder - kan have svære kontaktvanskeligheder - kan have selvdestruktive tanker eller være verbalt aggressiv - kan kun dække enkelte basale behov selvstændigt - bidrager ikke eller kun urealistisk til samarbejdet om behandlingen, men accepterer de fleste forslag 	<ul style="list-style-type: none"> - kan have helt urealistisk virkelighedsopfattelse og ingen overblik over egen situation - har ingen selvkontrol og kan fremtræde kaotisk og impulsstyret - kan reagere kraftigt overfor let stress - har svære koncentrationsvanskeligheder - har svære kontaktvanskeligheder - kan handle selvdestruktivt eller aggressivt iforhold til andre - kan generelt ikke selv dække sine basale behov - bidrager ikke eller kun urealistisk til samarbejdet om behandlingen, ej heller accepterer de fleste forslag



For at fremme samarbejdet med pårørende så de føler sig informeret, inddraget og som reelle samarbejdspartnere med personalet i patientens behandling og pleje, er dialog og kontakt vigtig. Pårørende har mange værdifulde informationer at bidrage med til behandlingen, fordi de kender patienten. Disse informationer kan være med til at gøre arbejdet med patienten lettere. Omvendt får pårørende informationer om lokale forhold og oplysninger om undervisning og støtte. Ved at invitere til formelle pårørendesamtaler skabes der en platform for dialog og samarbejde. Samarbejdet kan afsluttes med en udskrivningssamtale.

Som pårørende kan det være en stor fordel at få udleveret forskelligt informationsmateriale f.eks. om behandlingsstedet, gode råd og informationer om særlige sygdomme, den lokale pårørendepolitik eller andre værdier omkring pårørendesamarbejde i organisationen m.m. Fordelen ved det skriftlige materiale er, at pårørende kan tage det med hjem og læse det, når de får tid og overskud. Informationsmaterialet bidrager også til, at personalet giver en god og ensartet information til pårørende om forholdene .

Det er dokumenteret, at inddragelse af pårørende hjælper på både effekten af behandlingen og mindsker risikoen for tilbagefald.

Arbejdsredskaber:

Pårørendefolder	161
Guideline for første opsøgende kontakt til pårørende	164
Pårørendepolitik	167
Standard for pårørendesamarbejde	170
Dialogguide til første kontakt til pårørende	172



Pårørendefolder

Som pårørende kan det være en stor fordel at få udleveret forskelligt informationsmateriale f.eks. om behandlingsstedet, gode råd og informationer om særlige sygdomme, den lokale pårørendepolitik eller andre værdier omkring pårørendesamarbejde i organisationen m.m. Fordelen ved det skriftlige materiale er, at pårørende kan tage det med hjem og læse det, når de får tid og overskud. Informationsmaterialet bidrager også til, at personalet giver en god og ensartet information til pårørende om forholdene.

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien Herning

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: hecac@ringamt.dk

Andre kilder:

Se Idékatalog "Pårørende i Psykiatrien"
på hjemmesiden: www.cfk.dk

Praktiske oplysninger

Afdelingens postadresse er:

Regionspsykiatrien Herning
Afsnit E2
Gl. Landevej 61, 7400 Herning

Tlf.nr.: 99 27 24 02

Patienttelefonen,
som passes af patienterne, har
Tlf.nr.: 97 21 03 80

Besøgstid
hverdage:
Kl. 15.00 til 17.30 og 18.30 til 21.00
I weekenden er besøgstiden mere fleksibel.

E2 er et røgfrit afsnit
Kun ved individuelle aftaler kan patienter
ryge på afdelingen.

Relevante links

Landsforeningen Bedre Psykiatri
www.bedrepsykiatri.dk

Sind
www.sind.dk

Psykinfo
www.psykinfo.dk

Psykiatriskole Vest
www.psykiatriskolevest.dk

Regionspsykiatrien Herning
www.rm.dk

Til pårørende i E2



Kære pårørende

Vi ved af erfaring at det at være pårørende til et menneske med psykisk sygdom kan være svært. Viden om sygdom og behandling virker fremmede for forløbet og letter tilværelsen for både den syge og de pårørende, derfor vil vi gerne give information og undervisning i forhold til den aktuelle sygdom.

Som pårørende har du også en viden og erfaring om sygdomsforløbet, din syge pårørendes livshistorie, interesser og ressourcer.

Din inddragelse i selve behandlingsforløbet forudsætter, at din syge pårørende giver sit samtykke hertil. Men du kan altid henvende dig med *din* oplevelse og *dine* behov som pårørende samt få generel information om sygdom og behandling.

Vi ved at et godt og gensidigt samarbejde mellem patienten, de pårørende og personalet er værdifuld for hele pleje- og behandlingsforløbet.

Vi vil gerne invitere til dette samarbejde.

Du er altid velkommen til at kontakte personalet i afsnittet eller telefonisk:

Tlf. nr. til E2: 99 27 24 02

Tlf. nr. til afd.sygeplejerske

Marguerite Weng: 99 27 24 60

Afsnit E2

E2 er et åbent døgnafsnit med 12 pladser.

Døren kan i perioder være låst, hvis én eller flere patienter har behov for det.

Patienten har 3 kontaktpersoner under indlæggelsen. Det er en læge og 2 fra plejepersonalet. Det vil primært være disse personer, der planlægger behandlingsforløbet sammen med din syge pårørende og deltager i alle samtaler - også med dig som pårørende.

Personalegruppen er sammensat af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger, sekretær, fysioterapeut, ergoterapeut og socialrådgiver.

Ved indlæggelsen udleverer vi en samarbejdsmappe til din syge pårørende. Mappen hedder: "Undervisning og gensidig information"

Mappen beskriver afsnittets døgnrytme og miljøterapi, og den udvides i løbet af indlæggelsen med flere relevante informationer i forhold til det aktuelle sygdomsforløb.

Onsdag aften fra kl. 19-21 er afsnittet vært ved en kop kaffe og et stykke brød.



Guideline for første opsøgende kontakt til pårørende

Flere pårørende har givet udtryk for, at de ikke altid har overskud til selv at tage kontakt til personalet, fordi de er belastede af situationen og måske bange for at trænge sig på. De opfordrer personalet til aktivt at etablere kontakt, så pårørende kan blive inddraget som en ressource i behandlingsforløbet så tidligt som muligt.

Guideline til første opsøgende kontakt har fokus på, hvordan den pårørende har det lige nu og er en vejledning til personalet om, hvordan den første kontakt kan gribes an. Den første kontakt er ikke en formel samtale, men kan være indgangen til at aftale en sådan.

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien Herning

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: hecac@ringamt.dk

Andre kilder:

Se Idékatalog "Pårørende i Psykiatrien" på hjemmesiden: www.cfk.dk

Guideline for 1. opsøgende kontakt til pårørende

Tema	Hjælpe spørgsmål
<p>Form: Enkel - let tilgængelig overskuelig - forståelig. Huske at det "kun" er en opsøgende og indledende kontakt.</p>	
<p>Mål: at den pårørende oplever at blive set - hørt og taget alvorligt.</p>	
<p>Tidsramme: 1-2 døgn efter indlæggelse</p>	
<p>Forberedelse: Samtalen kan foregå telefonisk eller spontant i afd. - overvej hvad er bedst? Hvem er den nærmeste pårørende? Hvordan har kontakten været på E 4? OBS samtykke - se orientering på bagsiden</p>	
<p>Indledning (lytte - empati - tage notater - tænke på pårørenderoller) Figur Pårørenderoller.</p>	<p>"Vi lægger stor vægt på at få kontakt og samarbejde med pårørende. Dette er grunden til at jeg kontakter dig - for at høre hvordan du/I har det i forbindelse med at din pårørende er indlagt her hos os".</p>
<p>Inddragelse: Vær opmærksom på pårørenderoller og pårørendes overskud og behov - anerkend også behov for ikke at være inddraget lige nu.</p>	<p>"PÅ hvilken måde ønsker du at blive inddraget?"</p>
<p>Opsummering: Skal være kort og konkret. Gentage hvad "jeg" har hørt, så essensen kommer frem.</p>	
<p>Opfølgning: Er den pårørende positiv eller negativ over at blive kontaktet. Muligheder: ny tlf.kontakt - aftale samtale i afd. - informationsmateriale - evt. udlevere tlf.nr OBS samtykke - se orientering på bagsiden</p>	<p>"Husk at I som pårørende altid er velkomne til at henvende jer til os i afd - også selvom vi måske ser ud til at have travlt, så kan vi altid lave en aftale".</p>

Guideline for 1. opsøgende kontakt til pårørende

Orientering om "1. opsøgende kontakt til pårørende"

Et forandringstiltag, som handler om at personalet på E2 tager kontakt til nærmeste pårørende 1-2 døgn efter indlæggelse på afdelingen.

E2 har siden januar 2008 deltaget i et nationalt kvalitetsudviklingsprojekt omhandlende pårørende i psykiatrien. Det overordnede formål er at forbedre de pårørendes oplevelse af tilfredshed med deres kontakt til psykiatrien.

Ideen om "1. opsøgende kontakt til pårørende" er opstået med baggrund i interviews vi har lavet med pårørende og vores samarbejde med "Bedre Psykiatri". De pårørende oplever det ofte svært at tage kontakt til personalet samtidig med at de kan stå i en svær situation.

Kontakten har primært fokus på hvordan den pårørende har det, og ikke på hvordan patienten har det. Det betyder, at vi har mulighed for at foretage kontakten uden at give patientoplysninger. Dog skal vi sikre os, at patienten har givet samtykke til at pårørende må oplyses om indlæggelse. Når vi orienterer patienten om den opsøgende kontakt til pårørende, er det vores oplevelse at mange patienter er glade for at der også tages hånd om deres pårørende.

Det er vigtigt at have fokus på ordet "kontakt" - det er ikke en formel samtale af længere varighed. Vi har brugt 10-15 min. på hver kontakt. Efterfølgende kan pårørende tilbydes en samtale i afdelingen med plejepersonale og/eller læge såfremt patienten giver samtykke.

For at vi bedre kan huske at få det gjort har vi på E2 aftalt følgende:

Den, der modtager patienten er ansvarlig for enten selv at tage kontakt eller videregive det til en kollega. Skrives i kalenderen på samme måde som i depressionsprojektet.

Vores sekretær har været behjælpelig med at huske os på det. Ved belægningsedlerne ligger et afkrydsningsskema.



Pårørendepolitik

De pårørende er de sindslidendes primære netværk og er ofte betydningsfulde støttepersoner og talerør for den sindslidende. De pårørende er tilsvarende vigtige ressourcepersoner og samarbejdspartnere for de professionelle behandlere.

I dag har man sikker viden om, at der kan opnås en væsentlig positiv effekt på lidelsens forløb og udvikling af den sindslidendes evne til at etablere og leve et acceptabelt hverdagsliv, når de professionelle tidligt og målrettet inddrager og samarbejder med pårørende¹.

¹ Rapport fra Udvalget vedr. bedre samspil mellem tilbudene i psykiatrien og socialpsykiatrien

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien Herning

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: hecac@ringamt.dk

Andre kilder:

Se Idékatalog "Pårørende i Psykiatrien"
på hjemmesiden: www.cfk.dk

Pårørendepolitik

De pårørende er de sindslidendes primære netværk og er ofte betydningsfulde støt-tepersoner og talerør for den sindslidende. De pårørende er tilsvarende vigtige res-sourcepersoner og samarbejdspartnere for de professionelle behandlere.

I dag har man sikker viden om, at der kan opnås en væsentlig positiv effekt på lidel-sens forløb og udvikling af den sindslidendes evne til at etablere og leve et accepta-belt hverdagsliv, når de professionelle tidligt og målrettet inddrager og samarbejder med pårørende.

(Rapport fra Udvalget vedr. bedre samspil mellem tilbudene i psykiatrien og socialpsykiatrien)

Formål

1. At udvikle samarbejde og dialog mellem pårørende og behandlerteam.
2. At synliggøre de pårørendes vigtige rolle i forbindelse med patientens pleje- og behandlingsforløb, da vi ved, at de kan være:
 - ♦ En vigtig del af patientens private og sociale net- værk
 - ♦ Hjælp-, støtte- og omsorgsgivere
 - ♦ Vidensformidlere
 - ♦ Koordinatorer

Inddragelse af de pårørende i den enkeltes behandling forudsætter samtykke fra den sindslidende.

I Regionspsykiatrien Herning tilbydes pårørende hurtig og kontinuerligt medinddragelse i patientens pleje og behandling i ambulant regi eller i dag- og døgnbe-handling.

Dette indebærer

- Der tilbydes samtale med patientens behandlerteam med henblik på at etablere dialog og udveksle information om sygdom, behandling og udskrivningsplaner:
 - ♦ Indenfor de første 14 dage af indlæggelsen på sengeafsnit
 - ♦ Ved første indlæggelse tilbydes samtalen dog indenfor de første seks dage. Forudsætningen er, at patienten giver samtykke og medvirker, så vidt det er muligt.
 - ♦ Såfremt patienten ikk kan give samtykke, tilbydes pårørende en generel orien-tering.
 - ♦ Indenfor den første måned af behandlingen på dagafsnit samt i distrikts- og gerontopsykiatrisk ambulatorium.

Pårørendepolitik

- ② Relevant informationsmateriale udleveres ved indlæggelsen eller senest i forbindelse med samtalen.
- ③ Pårørende informeres af personalet om andre informationskilder.
- ④ Pårørende informeres om Psykiatriskolen.
- ⑤ Pårørende til patienter med skizofreni eller skizofrenilignende tilstande tilbydes mulighed for deltagelse i undervisningsgruppe på afdelingen.

Februar 2005 /ad



Standard for pårørende-samarbejde

Formålet med en standard for pårørendesamarbejde er at sikre overblik samt udførelse af de samlede tiltag i pårørendesamarbejdet. Standarden anvendes målrettet af kontaktpersonen i planlægningen af inddragelsen af pårørende i samarbejdet.

Det er erfaringen, at pårørendetilfredshed er øget markant efter pårørendesamarbejdet er blevet standardiseret.

Kontaktinformation:

Afdeling for Regionsfunktioner Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Udviklingssygeplejerske Marianne Balcer
Tlf.: 5535 1302
E-mail: kiba@regionsjaelland.dk

Afdelingssygeplejerske Kirsten Willum
Tlf.: 5535 1245
E-mail: kwje@regionsjaelland.dk

Andre kilder:

Se Idékatalog "Pårørende i Psykiatrien"
på hjemmesiden: www.cfk.dk

Standard for pårørendesamarbejde

Mål: - at 85 % af de pårørende giver udtryk for at være velinformeret og oplever sig medinddraget

Struktur	Proces	Resultat
<p>Samtykkeerklæring indhentes og udfyldes af modtagende personale indenfor 24 timer</p> <p>"Første kontakt" til pårørende etableres indenfor 24 timer.</p> <p>Er tiden til det og kontaktpersonen er til stede ved 1. kontakt gennemgås også dialogguide for "Første møde", hvis ikke følges dialogguide "1. Kontakt", hvor pårørende inviteres til 1. møde med kp. indenfor 5 hverdage.</p> <p>Pårørende får udleveret afsnittets pjese "Pårørende samarbejde på afsnit G" ved første besøg.</p> <p>Ved indlæggelse af depressive og demente patienter udleveres henholdsvis depressions- og demensinformationsfolder til pårørende. Patienter henvises til afsnittets informationsreoler rundt om i miljøet.</p> <p>Kontaktpersonen er ansvarlig for at etablere og vedligeholde kontakt til den nærmeste pårørende min. x1 ugentlig eller efter aftale</p> <p>Kontaktpersonen tilbyder pårørende en lægesamtale indenfor de første 14 dages indlæggelse</p> <p>Pårørende skal altid informeres og medinddrages ved alle væsentlige ændringer og beslutninger der angår patienten.</p> <p>Kontaktpersonen medinddrager pårørende ved hjemmebesøg / orlov</p> <p>Pårørende inviteres til planlægningsmøder med kommunen.</p> <p>Pårørende inviteres til at deltage i "Samtale før udskrivning"</p> <p>Den konkrete dokumentation skal være i overensstemmelse med samtykkeerklæring, dialogguides og standarder.</p> <p>"Checkliste vedrørende sygeplejehandlinger" anvendes i hele indlæggelsesforløbet.</p> <p>Iværksætter journalaudit på pårørendesamarbejdet med jævne tidsintervaller.</p>	<p>Vejledning bag på samtykkeerklæringen følges</p> <p>"Dialogguide til 1. kontakt" følges</p> <p>Såfremt kontaktpersonen ikke har været til stede ved 1. kontakt, planlægges med patient og pårørende, hvornår samtalen for "Første møde" kan finde sted samt behovet herfor. "Dialogguide til 1. møde" følges ved dette møde.</p> <p>Personale informerer kort om formål med og indhold i pjecen samt om den relevante informationsfolder om depression / demens</p> <p>Den givne information og udlevering af pjecer dokumenteres og der refereres kort om samtaleens indhold.</p> <p>Pårørende informeres pr telefon eller ved besøg. Tidsfaktoren må bero på et fagligt skøn.</p> <p>"Standard for lægesamtale" følges</p> <p>Efter hjemmebesøget / orlov spørges til pårørendes vurdering af hjemmebesøget</p> <p>Kontaktpersonen orienterer pårørende og deltager så vidt muligt i planlægningskonferencen med kommunen</p> <p>"Guide til samtale før udskrivning" følges</p> <p>Kontaktpersonen dokumenterer løbende relevante gensidige oplysninger / vejledning i forhold til den konkrete pårørendekontakt</p> <p>Tidsrammen for de enkelte pårørendesamtaler skal så vidt muligt overholdes. Hvis dette ikke er muligt skal årsagen dokumenteres samt, hvornår og hvordan man har tænkt sig at følge op på den ikke afholdte samtale.</p> <p>Kontaktpersonen ajourfører sig daglig og planlægger/koordinerer i forhold til listen</p>	<p>Tavshedspligten overholdes uden at blive en barriere for pårørendesamarbejdet.</p> <p>At patientens selvbestemmelsesret respekteres.</p> <p>At pårørende føler sig velkommen i afsnittet.</p> <p>At pårørende kender navnet på kontaktpersonen.</p> <p>Pårørende oplever sig velinformeret og medinddraget i pleje- og behandlingsforløbet.</p> <p>Pårørende oplever støtte og opbakning ud fra egne behov</p> <p>Pårørende oplever, at de får styrket deres mulighed for at støtte og opretholde relationen til patienten under indlæggelsen.</p> <p>Sikre det gode patientforløb og indfri behovet for tryk, tillid og nærvær for patienten og dennes pårørende.</p> <p>At opnå at patienten og pårørende bliver tilfreds med behandlingsforløbet.</p> <p>At den individuelle plejeplan udformes således, at der sikres stabile kontakter til pårørende.</p> <p>At pårørende er "klædt på" til patientens udskrivelse.</p> <p>Samarbejdet med pårørende er veldokumenteret i Opus - Notat</p> <p>Kontaktpersonen tilegner sig det nødvendige overblik i forbindelse med pårørendesamarbejdet.</p>



Dialogguide til første kontakt til pårørende

Guiden har til formål at sikre, at de pårørende får en varm og imødekommende velkomst. Guiden er en tjekliste for, hvad man som personale har ansvar for og skal huske i forhold til den 1. pårørendekontakt.

Kontaktinformation:

Afdeling for Regionsfunktioner Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Udviklingssygeplejerske Marianne Balcer
Tlf.: 5535 1302
E-mail: kiba@regionsjaelland.dk

Afdelingssygeplejerske Kirsten Willum
Tlf.: 5535 1245
E-mail: kwje@regionsjaelland.dk

Andre kilder:

Se Idékatalog "Pårørende i Psykiatrien"
på hjemmesiden: www.cfk.dk

Dialogguide til første opsøgende kontakt mellem patientens nærmeste pårørende og plejeperson

Formålet: At give pårørende en varm og imødekommende velkomst.

- 1. kontakt etableres max. 1 døgn efter indlæggelsen. Sker dette ikke skal der i Opus-Notat begrundes, hvorfor dette ikke er opfyldt.
- Udlevering af pårørendepjece, samtidig orientere om formål og indhold om pjecen. Opfordre pårørende til at henvende sig ved uklarheder i pjecen.
- Tilbud om at sende pjecen til pårørende, såfremt det er svært for pårørende at komme på besøg i afsnittet.
- Orienter om hvem der er patientens kontaktperson, og derved også pårørendes.
- Fortælle kort om afsnittet.
- Spørge ind til den aktuelle situation og vejlede efter behov. Svar på evt. spørgsmål.
- Orienterer om, at den nærmeste pårørende, som patienten vælger, vil blive inviteret til et møde mellem pårørende, patient, kontaktpersonen om pårørendesamarbejdet i afsnittet, indenfor de første 5 hverdage. Inden dette tilbud gives til pårørende tages der hensyn til, om patienten har givet sit samtykke til medinddragelse, og i hvilket omfang.
- Dokumentere om kontakten med nærmeste pårørende er i overensstemmelse med denne guide. Dokumentere evt. afvigelser fra denne dialogguide.
- I øvrigt henvises til pårørendeguide.



Alle patienter skal ifølge sundhedsloven tildeles en kontaktperson i løbet af det første indlæggelsesdøgn. Kontaktpersonen har særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet. Kontaktpersonen er en sundhedsfaglig medarbejder, der er direkte involveret i patientforløbet.

Kontaktpersonen er tilknyttet den enkelte patient og har særligt ansvar for sikre et brugerorienteret og sammenhængende patientforløb.

Kontaktpersonsordningen har fungeret i mange år inden for det psykiatriske behandlingssystem. Tidligere har målet primært været at etablere og træne relationen. Det at patienten altid ved, hvem han skal rette henvendelse til, er med til at give ekstra trykthed, en oplevelse af sammenhæng i plejen og behandlingen og overblik over egen situation.

Der er erfaringen, at kontaktpersonordningen er et væsentlig miljøterapeutisk element i forhold til at støtte patienten i at bevare ro og selvkontrol og mestre vanskelige situationer.

Arbejdsredskaber:

Kontaktpersonordning

175



Kontaktpersonordning

Omhandler en standard for, hvordan kontaktpersonerne skal forholde sig og agere i samarbejdet med patienten i hele indlæggelsesforløbet

Kontaktpersonordningen er et væsentligt miljøterapeutisk element i forhold til at nedsætte tvang i afsnittet. At etablere, opretholde og udvikle en konstruktiv relation til patienten og sikre helhed og kontinuitet er altafgørende for den enkeltes pleje og behandling i indlæggelsesforløbet.

Det er erfaringen, at et øget fokus på kontaktpersonernes kompetencer er disse blevet øget og tydeliggjorte, således at der i større grad bliver skabt en samarbejdsrelation og ligeledes en følelsesmæssig base for patienten, som har betydning for patientens compliance, velbefindende og helse. Det er medvirkende til, at personalet agerer proaktivt og derved nedsætter tvangsanvendelse.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Afdeling for Regionsfunktioner Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Udviklingssygeplejerske Marianne Balcer
Tlf.: 5535 1302
E-mail: kiba@regionsjaelland.dk

Afdelingssygeplejerske Kirsten Willum
Tlf.: 5535 1245
E-mail: kwje@regionsjaelland.dk

Standard og guide til kontaktpersonordningen samt faste kontaktpersonsopgaver

Standard kontaktpersonordningen

Standard: 100 % af indlagte patienter på afsnit G2 har tilknyttet kontaktperson under hele indlæggelsen

Struktur	Proces	Resultat
<p>Patienten tildeles en primær og i høj skærm også en sekundær kontaktperson (KP) ved indlæggelsen, men senest 24 timer efter indlæggelsen.</p> <p>Kontaktpersonfunktionen varetages af afsnittets personale, som kan være sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller plejer</p> <p>Kontaktpersonen vælges ud fra kompetence i forhold til patientens problematik, tidligere kendskab og tidsmæssige ressourcer.</p> <p>Navnet på kontaktpersonen skrives på tavlen ved patientens seng.</p> <p>Personalet kan være primær/sekundær kontaktperson for én men max. 3 patienter ad gangen.</p> <p>Afdelingssygeplejersken /souschefen har det overordnede ansvar for at alle patienter har kontaktpersoner.</p> <p>Afdelingssygeplejersken /souschefen indgår ikke som faste kontaktpersoner, men rådgiver, vejleder og uddelegerer kompetence til den enkelte kontaktperson.</p> <p>KP er ansvarlig for at opbygge en relation, som bygger på tillid, tryghed og fortrolighed og har ansvar for at patienten føler sig set, hørt og forstået.</p> <p>KP skal afklare patientens informationsbehov, således at patienten bedst mulig er i stand til at blive inddraget i pleje / behandlingsforløbet.</p> <p>Ved kontaktpersonernes fravær tildeles patienten "dagens kontaktperson"</p>	<p>KP etablerer hurtigst muligt kontakt til patienten m.h.p. at skabe et tillidsforhold.</p> <p>Patienten informeres mundtligt og skriftligt om kontaktpersonordningen samt navnet på primær KP ved udlevering af velkomstfolder.</p> <p>Den givne information dokumenteres i Opus – Notat samt for - og efternavn på primærkontaktperson</p> <p>Primær kontaktpersons opgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Være patientens faste kontakt under hele indlæggelsen • Være opsøgende og tilbyde kontakt • Foretage indlæggelses- og udskrivningssamtale (jvf. relevante standarder) • Sammen med patienten udarbejde en problemformulering og planlægge en målrettet ,individuel sygepleje fra indlæggelse til udskrivning ud fra patientens specielle behov og ressourcer • Skabe kontakt til/samarbejde med pårørende pårørende(jvf. standard for pårørendesamarbejdet) • Afholde samtaler med patienten med udgangspunkt i de jeg - støttende principper • Så vidt muligt deltage ved lægesamtaler og ved evt. fremtidsmøder. • Hjælpe til struktur • Være container • Motivere og fastholde <p>Sekundær kontaktpersonens opgave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afløse primær KP i dennes fravær <p>Primær og sekundær KP vil kunne indgå i et konstruktivt samarbejde, være sparringspartnere og diskutere ideer/ forslag /tanker i.f.t. patientens plejeplan</p> <p>Opgaver for "dagens kontaktperson"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter sig om de aftaler og tiltag KP har iværksat • Følge op på aftaler og tiltag • Have den daglige kontakt med patienten 	<p>At patienterne oplever tryghed og kontinuitet under indlæggelsen</p> <p>Kontaktpersonen skal sikre en løbende, fyldestgørende korrekt observation, som har betydning for, at opnå diagnostisk afklaring samt iværksætte pleje / behandlingstiltag.</p> <p>At den enkelte medarbejder oplever engagement og ansvar i forhold til sit arbejde</p> <p>At skabe og opretholde en bærende relation i indlæggelsesforløbet, som har betydning for problemløsningen og planlægning af pleje/behandlingsforløbet.</p> <p>Kontaktpersonen sikrer, at patienten gennem hele patientforløbet er velinformeret gennem skriftlig og mundtlig information på relevant vis</p> <p>Patienten oplever kontinuitet og tryghed i behandlingen også når kontaktpersonen er fraværende</p>

Guide til kontaktpersonordningen på afsnit G2

Formålet : At etablere, opretholde og udvikle et konstruktivt forhold / relation til patienten, samt at sikre helhed og kontinuitet for den enkelte patient under indlæggelsesforløbet.

Målet : At skabe en samarbejdsrelation med patienten, samt at skabe en følelsesmæssig base for patienten under indlæggelsesforløbet.

Primær og sekundær kontaktperson og vil agere i både det relationelle og funktionelle aspekt afhængig af patientens tilstand/situation. Henvisning til "Teoretisk baggrund for kontaktpersonfunktionen".

Sekundær funktionen er at overtage ansvaret for patientens plejeplan, når primær KP ikke er til stede. Ligeså at fungere som primær kontaktpersonens sparringspartner.

Primær og sekundær kontaktpersonens hovedopgaver:

- Indlæggessamtale
- Iværksætte pleje / behandlingstiltag, indsamle information, få overblik / evaluere planlagt og udført pleje.
- Samarbejde med pårørende
- Aktivitetsplan
- Iværksætte eller deltage i samtaler med / om patienten, hvis det er muligt og hensigtsmæssigt. Eks. fremadrettede samtaler, samarbejdssamtaler med udgangspunkt i det miljøterapeutiske, eftersamtaler.
- Skærmningsopgaver
- Stuegang
- Oplæg til tværfaglig konference
- Udskrivningssamtale, hvor pårørende er inviteret med.
- Dokumentation

Dagens kontaktperson vil fortrinsvis agere i det funktionelle aspekt, når kontaktpersonerne er fraværende.

Dagens kontaktpersons primære opgaver

- Måltider
- Undersøgelser
- Medicingivning
- Personlig hygiejne
- Formidling
- Dokumentation
- Daglige opfølgningssamtaler, hvordan er dagen gået – godt / skidt.

Værdier og holdninger, som bør afspejles i kontaktpersonordningen: Tillid, tryghed, empati, forståelse, respekt, faglighed og ansvar.

Kontaktpersonen skal optræde venlig, hjælpsom, udvise omsorg og udtrykke omtanke og anerkendelse.

Kontaktpersonen skaber trygge rammer for patienten ved bl.a. at overholde aftaler og skabe en sammenhængende struktur i indlæggelsesforløbet.

Tillid skabes bl.a. ved, at der er overensstemmelse i ord og handling.

Det er vigtigt at dagens kontaktperson præsenterer sig for patienten og pårørende og fortæller, hvad det vil sige at være dagens kontaktperson.

Standard og guide til kontaktpersonordningen samt faste kontaktpersonsopgaver

Kommunikation skal være klar, tydelig og afgrænset. Kontaktpersonen skal sammen med patienten afdække tanker, følelser og adfærd for herigennem finde problemområder og sætte mål for pleje- og behandling.

En god og nærværende information baseret på indlevelse giver mulighed for medbestemmelse både for patient og pårørende. Det er vigtigt at sikre sig at patienten og pårørende har forstået informationen.

I kontakten til patienten skal kontaktpersonen være positiv og undrende.

Kontaktpersonen skal være opmærksom på patientens ressourcer samt pege på disse i konkrete situationer.

Kontaktpersonen skal være oprigtig interesseret, nærværende, aktiv og deltagende i relationen for at kunne give patienten en realistisk mulighed for at nå sine mål.

Kontaktpersonen accepterer patientens forestillingsverden som gyldig for patienten.

Det faglige skøn afgør, hvornår realitetsorientering kan finde sted. Sker dette for tidligt i forløbet kan patienten opleve det truende og ensomt og dermed forværre situationen.

Patientens ressourcer er vigtige at fremhæve overfor patienten. Disse observationer danner grundlag for kontaktpersonens vurdering af, hvilke områder patienten er i stand til at tage ansvar for og derved får patienten mulighed for at mestre egenomsorgen eller dele af egenomsorgen på en tilfredsstillende måde.

I dokumentationen skal fremgå, hvem der er patientens kontaktperson, og at patienten er mundtlig og skriftlig informeret om navnet på kontaktpersonen samt kontaktpersonordningen. Dette skal dokumenteres i Opus - Notat så snart patienten har fået tildelt en kontaktperson.

Af hensyn til kontinuiteten indgår aften - og nattevagter som primært er ansat i denne turnus ikke som kontaktpersoner. Ligeledes personale som er ansat mindre end 30 timer/ugentlig.

Kontaktpersonens refleksioner er omdrejningspunktet for at kunne håndtere opgaven som kontaktperson på en kvalitativ måde. Gennem refleksion af konkrete patientsituationer vil kontaktpersonen oparbejde evnen til at udvikle sin praktiske erfaring på dette område.

Middagsrapporten er et egnet forum til refleksion, og derfor højt prioriteret.

Kontaktpersonen opfordres til at søge råd hos afdelingssygeplejersken, souschef, udviklingsygeplejersken og øvrige kollegaer afhængig af problemets art.

Standard og guide til kontaktpersonordningen samt faste kontaktpersonsopgaver

Husk at forståelse er den mest beroligende og omsorgsgivende "medicin"

Gensvar indenfor relationen. Gensvar giver mulighed for, at patienten kan reflektere over egen situation og derved få yderligere indsigt. Eksemplerne er afhængige af den konkrete situation og skal kun opfattes som eksempler og inspiration.

Afklaring af ansvar med patienten : *" Hvornår og i hvilke sammenhænge ønsker du at tage ansvar og i hvilken grad?"*

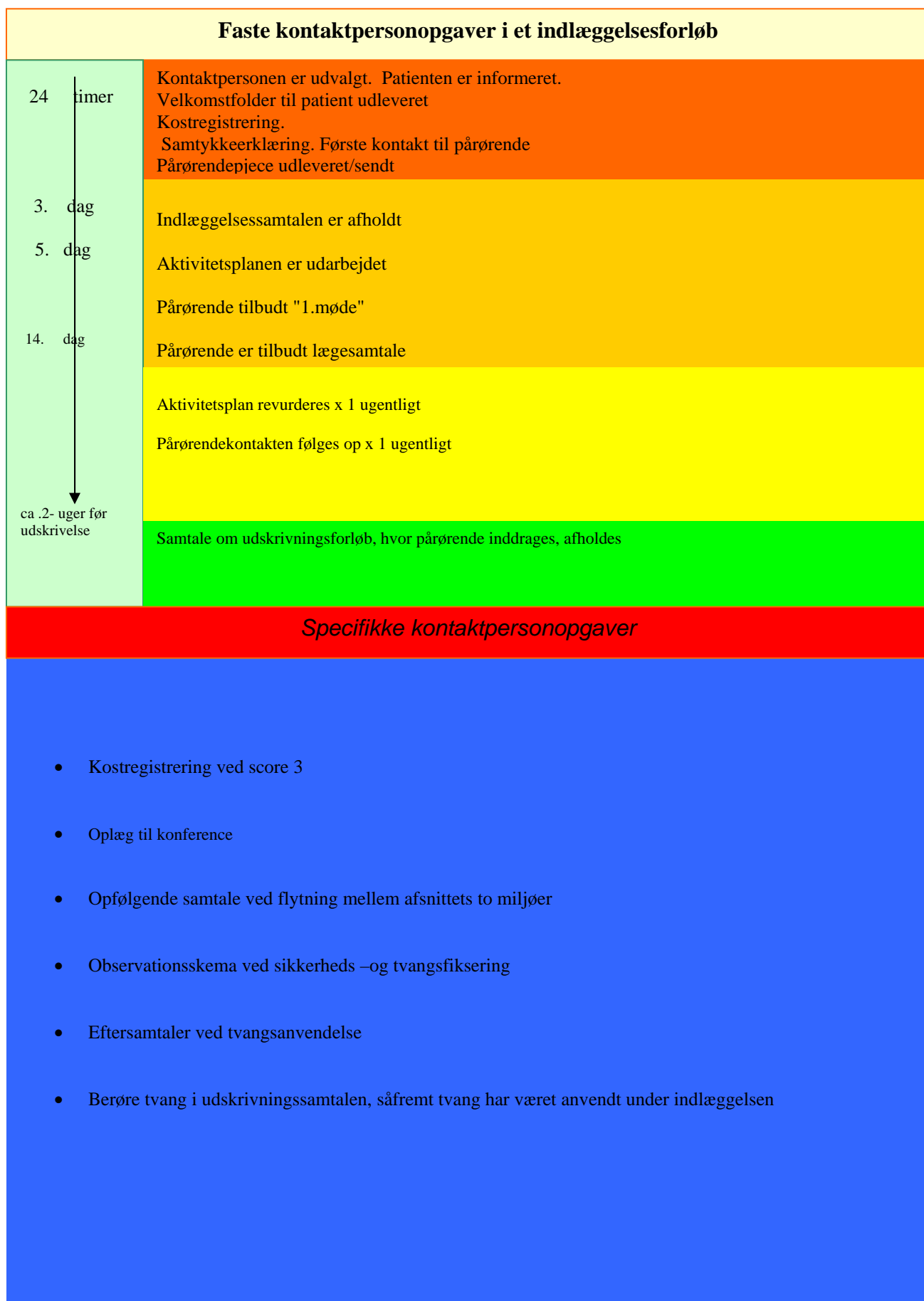
Ved især depressive patienter: *"Jeg er klar over, at du har et stort ønske om at blive hjulpet, og det er svært for dig at bevare optimismen"*

Ved patienter som er paranoide i forhold til mad / drikke og medicin: *" Det må være svært for dig at være sådan i tvivl om, hvorvidt du tør spise / drikke eller tage medicin eller ej. Hvad kan vi aftale, jeg kan gøre for at gøre det lettere for dig?"*

Ved en vred og afvisende patient: *"Jeg spekulerer på, hvad det kommer af, at du er så vred?"* Dette gensvar er sagt ud fra oprigtighed og undersøgende vis og hvor kontaktpersonen forholder sig neutral, men positiv.

Ved demente personer tillægger andre personer motiver de reelt ikke har og vil handle på denne forestilling: *"Jeg forstår godt, at det kan vække din bekymring / vrede, men jeg synes du skal passe på dig selv, ved at lade andre om deres problemer ellers kan det ske at du helt glemmer dig selv og dine behov"*

Som studerende / elev vil du blive tilknyttet 1-2 patienter i lavtskærmet regi eller 1 patient i højtskærmet regi, som du bliver medkontaktperson for. Du skal følge patienten under indlæggelsen, og dermed får du medansvar i takt med din egen faglige udvikling og erfaring. Du får mulighed for sammen med den faste kontaktperson, at arbejde med målrettet kommunikation, ved at planlægge og gennemføre målrettede samtaler. Der vil være tid til, at du kan fordybe dig i den enkelte, og der er mulighed for daglig vejledning i situationen og hjælp til refleksion. Specielt i starten skal du være opmærksom på ikke at være for indspørgende og konfronterende, men være mere formel og rummende. Vær dig selv og ager, som du normalt vil gøre, ved et menneske du ikke kender. Mød patienten med respekt og vær naturlig i kontakten til patienten. Vær hele tiden bevidst om, at du er her som fagperson og har hovedansvaret i relationen med patienten og ikke omvendt. Vær tydelig, tag uklarheder op, gå ind i situationer ude i miljøet, som du føler du har kompetence til. Tilstræb at have overensstemmelse mellem det talte ord og dit non verbale sprog. Vær synlig, og se patienten når du møder den enkelte.





Solid viden og kompetence hos personalet vedrørende kommunikation og konflikthåndtering er væsentlig i forhold til at understøtte forebyggelse af tvang.

Konfliktnedtrappende kommunikation kan bidrage til at gøre potentielle konflikter til fredelige dialoger og er et godt og effektivt redskab til at finde andre strategier, der kan medvirke til, at patientens behov og muligheder bliver mødt bedre indenfor den givne ramme.

For at sikre at den faglige kvalitet inden for konflikthåndtering og at voldsforebyggelse videreudvikles og fastholdes på et højt niveau er det vigtigt at prioritere drøftelse af konfliktfyldte eller problematiske patientsituationer i hverdagen på konferencer eller andre fælles fora.

Arbejdsredskaber:

Konflikthåndtering

182



Konflikthåndtering

Vejledning til konflikthåndtering er et redskab til brug for team-refleksion i forhold til, hvordan man kan lære af konkrete konfliktsituationer, hvilket understøtter forebyggelsen af tvang. Der fokuseres i særlig grad på konfliktnedtrappende kommunikation.

Der er særdeles gode læringsmæssige erfaringer med at prioritere teamdrøftelser af konfliktsituationer gennem denne strukturerede ramme for drøftelserne. 'Konflikthåndtering' som metode kræver, at dette faktisk prioriteres højt i forbindelse med konferencer og andre fælles fora. I en travl hverdag på et akut afsnit er redskabet i fare for at blive nedprioriteret af tidsmæssige årsager. Dette er en forfejlet prioritering, da redskabet i høj grad medvirker til mere effektiv behandling.

Det er erfaringen, at redskabet i høj grad har været medvirkende til at reducere anvendelsen af tvang. Konfliktsituationer flyttes fra individuel arbejdsbelastning til kollektiv refleksion og læring. Metoden understøtter godt arbejdsmiljø og forebygger foruden tvang også stress og arbejdsskader.

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien Herning

Sygeplejerske Bente Pedersen
Akut modtageafsnit E4
Tlf. 9927 2400
E-mail: hecbep@ringamt.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: hecac@ringamt.dk

Andre kilder:

Psykiatrien i Syddanmark, Odense
Afdeling P

Vejledning til konflikthåndtering

Fra Aker sygehus i Norge er det erfaringen, at fokus på konflikthåndtering i sig selv reducerer antallet af bæltefikseringer.

De sidste 10 minutter af hver afdelingskonference bruges til at drøfte konflikthåndtering. Afdelingssygeplejersken/den assisterende afdelingssygeplejerske noterer de afholdte drøftelser på vedhæftede ark.

Vejledningen er tænkt som inspiration til at arbejde med konflikthåndtering på afdelingskonferencer. Man kan plukke de temaer ud, som er relevante og giver mening aktuelt i afdelingen.

Hensigten med drøftelserne er at udveksle gode ideer, at få inspiration og hjælp til at se nye muligheder at håndtere, nedtrappe og afværge konflikter på. En god debat handler ikke om at skabe løsninger eller resultater, men om at pirre refleksionen.

Som erfaren medarbejder har man et særligt ansvar for at sætte sin viden og erfaringer i spil. Samtidig er nye medarbejders undrende spørgsmål og nye vinkler meget vigtige i forhold til kontinuerligt at udvikle handlemuligheder og bryde vanen.

Drøftelse af konfliktfyldte/problematiske patientsituationer

Hvad skete der i situationen?

Hvad skete der forud for situationen?

Hvordan var kommunikationen - verbalt/non verbalt?

Hvordan har medarbejderen det?

Hvad er personalets oplevelse?

Hvordan kunne situationen ellers håndteres?

Erfaringsudveksling om konflikter og situationer der er svære at håndtere bredt (fra småkonflikter til opkørte situationer).

Tag udgangspunkt i en svær situation med en bestemt patient, f.eks. medicingivning, rygning, grænsesætning, adfærd.

Drøfte et støtte-skærmningsforløb.

Vejledning til konflikthåndtering

Kommunikation

Gennemgå/analysere kommunikationen i konfliktsituationer ift. "ulv" og "giraf" sprog.

Afdække de impliceredes kropssprog.

Faglige artikler

Artikler som vedrører konkrete aktuelle problemstillinger i afdelingen drøftes. En medarbejder udvælger, kopierer og omdeler en artikel til konferencen. Medarbejderen refererer artiklen som oplæg til en debat om problemstillingen.

Konflikthåndtering drøftet på konference den:

(dato noteres)

Januar

Februar

Marts

April

Maj

Juni

Juli

August

September

Oktober

November

December

Specialbehandling - Støtte til patienter med anoreksi



Kontrollen over følelserne, behovene, lysterne og over maden hjælper den anorektiske patient med at skabe en følelse af kontrol generelt. Det kan hjælpe på følelsen af manglende kontrol i forhold til tilværelsen. Kontrollen levner ikke plads til glæde og lyst eller plads til at lade anorektikeren mærke, hvad han eller hun inderst inde føler eller ønsker – og derfor handler patienten sjældent i overensstemmelse med egne behov.

For at kunne støtte den anorektiske patient med at håndtere kontrollen bedst muligt i forbindelse med måltider er det nødvendigt i detaljer at afdække patientens egne erfaringer med spisesituationen. På baggrund af den indsamlede viden planlægges indsatsen i det videre forløb.

Arbejdsredskaber:

Spørgeskema vedr. støtte til anoreksi-patienter

186



Spørgeskema vedr. støtte til anoreksi-patienter

Redskabet har til hensigt at sikre den bedst mulige og mindst indgribende støtte til unge patienter med anoreksi. Redskabet lægger vægt på inddragelse af patienten i planlægning af spisesituationer. Redskabet anvendes efter 2-3 dages indlæggelse og herefter mindst én gang ugentligt med henblik på en præcis og opdateret plan.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

**Børne- og ungdomspsykiatriske Afdeling
Odense, Afsnit 3, Det børne- og ungdoms-
psykiatriske Hus**

Udviklingssygeplejerske & kvalitetskoordinator
Dorthe Juul Lorenz
Tlf.: 65412 066 el. 6541 4260
E-mail: dorthe.lorenz@ouh.regionsyddanmark.dk

Spørgeskema vedr. støtte til anoreksi-patienter

Den bedst mulige støtte for dig i forhold til måltider.

Formål: At begrænse tvangsindgreb ved at medinddrage og ansvarliggøre patienten i forhold til måltidet.

Ramme: Interview 2-3 dage efter indlæggelse. Herefter én gang ugentlig i 4 uger, hvorefter der lægges plan for det videre forløb.

Forudsætninger:

- At der er kontakt med patienten i højere grad end med anoreksien.
- I de tilfælde, hvor patienten er overmandet af anoreksi må patientens nære netværk inddrages.

Generelt:

Er der nogle måltider, der adskiller sig fra andre måltider?

Har det betydning for dig at spise sammen med de andre unge, eller er det bedre for dig at spise alene?

Er der nogle i personalegruppen, som du hellere vil spise med end andre?

Er der noget mad, som er lettere for dig at spise end andet?

Er der noget mad, som er sværere for dig at spise end andet? Hvordan kan personalet støtte dig i at spise det?

Er der noget, vi som personale skal vide om dig, som gør det lettere/sværere for dig at spise?

(eks.: musik, snak om andet end mad, spisested, åben/lukket dør mv.)

1) _____

2) _____

3) _____

Spørgeskema vedr. støtte til anoreksi-patienter

Før måltidet:

- Har du brug for et lille møde for at "sætte dig op" til måltidet?

- Er det vigtigt for dig at vide, hvad menuen består af?

- Har det betydning for dig, at måltidets rammer rides op før hvert måltid/hver dag/hver uge?

- Har det betydning for dig at vide hvem i personalegruppen du skal spise med?

Under måltidet.

Har du gjort dig nogle tanker om, hvad der er godt for dig under måltidet?

1)

2)

3)

Har du gjort dig nogle tanker om, hvad der er svært under måltidet?

1)

2)

3)

Hvordan synes du, at vi hjælper dig bedst?

1)

2)

3)

Spørgeskema vedr. støtte til anoreksi-patienter

Efter måltidet.

Er der noget særligt, som du har brug for efter måltidet (omsorg, være alene, få historie, gå en tur, tale måltidet igennem med videre)?

1) _____

2) _____

3) _____

Monitorering af behandlingsmiljø



Daglige målinger af miljøfaktorer kan medvirke til at give et overblik over, hvilket behandlingsmiljø personalet har haft mulighed for at tilbyde patienterne i de forskellige vagter.

Monitoreringen bruges til at vurdere aktuelle udfordringer i behandlingsmiljø og forandringer over tid. Medarbejderne anvender data til at fokusere indsatsen og samarbejder med patienterne om at mestre vrede og aggression. Samtidig er monitoreringen et godt ledelsesværktøj til at have hånd i hanke med både behandlings- og arbejdsmiljøet. Dermed kan behandlingen målrettes patientens adfærd, og man kan forebygge, at eksempelvis lang tid med truende og vrede patienter medfører nedslidning af personalet.

Arbejdsredskaber:

Miljø-registreringsskema

191



Miljø-registreringsskema

Monitorering af behandlingsmiljøet kan give medarbejdere og ledere et overblik over rammerne for indsatsen. I alle vagter vurderes personalets individuelle oplevelser og gruppen laver en fælles scoringen af aggressionsniveauet i vagten, skæringsbehovet, muligheden for orden, struktur og forudsigelighed, muligheden for at imødekomme behov for støtte og muligheden for at tilbyde målrettede aktiviteter.

Scoringsskemaet medvirker til at få subjektive oplevelser gjort objektive og få flere perspektiver på individuelle fornemmelser. På den måde kan personalet i fællesskab justere indsatsen og skabe bedre sammenhæng og kontinuitet.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Psykiatrien i Roskilde, Toftehus Afsnit 21/22

Afdelingssygeplejerske Eva Enevoldsen
Tlf.: 4732 7722
E-mail: eme@regionsjaelland.dk



Miljø-registreringskema

Mål med skemaet:

- At personalet slutter hver vagt med at evaluere og tale om vaggens forløb.
- At få en evaluering og dokumentation af, hvilket behandlingsmiljø personalet har haft mulighed for at tilbyde afsnittets patienter.

Skemaet udfyldes i slutningen af alle vagter, hvor personalegruppen sammen finder en værdi for hver af de 5 miljøfaktorer, som passer bedst med vaggens forløb.

Det udfyldte skema lægges til afsnittets sekretær, som taster data ind.

Dato: _____

Afsnit:	Åben dør - timer i alt:	Vrede & aggression	Orden, struktur & forudsigelighed	Støtte	Fællesaktiviteter & gruppesamvær	Skærmning & episoder
Dagvagt						
Aftenvagt						
Nattevagt	Låst dør				Ikke relevant	

Når døren udelukkende må holdes lukket af administrative grunde (f.eks. pga. patient med arrestantstatus) noteres dette med "adm."

Se bagsiden for vejledning



Vejledning

Miljøfaktorernes point vurderes efter følgende skala:

(Skalaen for miljøfaktorerne er baseret på ”Institutionsbehandling i moderne psykiatri” af Vaglum, Karterud og Jørstad, 1984)

Vrede & aggression	<ol style="list-style-type: none"> 1. Truende og udadreagerende, vrede patienter, situationer, der evt. medfører alarmkald. 2. Verbalt og nonverbalt truende patienter eller evt. enkeltepisoder. 3. Oprørte, råbende eller højlydt ophidset tale fra patienter. 4. Utilfredse og irriterede patienter. 5. Ingen utilfredshed eller irritation udtrykkes af patienter.
Orden, struktur & forudsigelighed	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingen mulighed for at opretholde tidsstrukturen, orden eller give information til patienterne. 2. Tidsstrukturen overskrides i mindre mål, aftaler må aflyses, ingen mulighed for at informere patienterne. 3. Kun delvis mulighed for at overholde tidsstrukturen og aftaler, ringe mulighed for at opretholde orden og ingen mulighed for at informere patienterne. 4. Mulighed for at overholde tidsstrukturen og aftaler og opretholde orden, men med mangelfuld information til patienterne. 5. God mulighed for at overholde tidsstrukturen og aftaler, opretholde orden og informere patienterne.
Støtte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alene mulighed for at give støtte til de akutte patientproblemer. 2. Kun muligt at give støtte til patienternes akutte og uopsættelige behov. 3. Mulighed for at imødekomme de fleste patienters behov for støtte, dog med en del ventetid. 4. Mulighed for at imødekomme de fleste patienters behov for støtte inden for rimelig tid. 5. God mulighed for at imødekomme alle patienters behov for støtte.
Fællesaktiviteter & gruppesamvær	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingen mulighed for praktiske fællesaktiviteter. 2. Ringe mulighed for at gennemføre nødvendige, praktiske fællesaktiviteter. 3. Kun mulighed for at gennemføre nødvendige, praktiske fællesaktiviteter. 4. Mulighed for at gennemføre de nødvendige, praktiske fællesaktiviteter. 5. Gode muligheder for praktiske fællesaktiviteter.
Skærmning & episoder	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intensivt behov for skærmning eller øget agtpågivenhed, mange tilspidsede situationer. 2. Øget behov for skærmning og agtpågivenhed, nogle tilspidsede episoder. 3. Moderat behov for skærmning og agtpågivenhed, enkelte tilspidsede situationer. 4. Ringe behov for skærmning eller øget agtpågivenhed. 5. Ikke behov for skærmning eller øget agtpågivenhed.

19. juni 2009/lvn

	Vrede dag	Vrede aften	Vrede nat	Orden dag	Orden aften	Orden nat	Støtte dag	Støtte aften	Støtte nat	Gruppe dag	Gruppe aften	Skærmning dag	Skærmning aften	Skærmning nat
--	-----------	-------------	-----------	-----------	-------------	-----------	------------	--------------	------------	------------	--------------	---------------	-----------------	---------------

MILJØREGISTRERING 2009 afs 21

FREKVENSPANALYSE:

minimum														
1	5	4	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	2	2
2	9	9	5	2	2	0	1	0	0	1	1	11	12	8
3	14	7	1	13	5	2	27	11	3	8	4	18	21	14
4	28	31	11	51	36	17	40	34	20	24	32	28	43	15
5	288	296	332	278	304	330	276	300	325	307	309	282	267	307

maximum

Antal vurderinger	344	347	349	344	347	349	344	345	348	342	346	342	345	346
-------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PROCENTFORDELING

minimum														
1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
2	3	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3	2
3	4	2	0	4	1	1	8	3	1	2	1	5	6	4
4	8	9	3	15	10	5	12	10	6	7	9	8	12	4
5	84	85	95	81	88	95	80	87	93	90	89	82	77	89

maximum

	Vrede dag	Vrede aften	Vrede nat	Orden dag	Orden aften	Orden nat	Støtte dag	Støtte aften	Støtte nat	Gruppe dag	Gruppe aften	Skærmning dag	Skærmning aften	Skærmning nat
--	-----------	-------------	-----------	-----------	-------------	-----------	------------	--------------	------------	------------	--------------	---------------	-----------------	---------------

MILJØREGISTRERING 2009 afs 22

FREKVENSPANALYSE:

minimum														
1	29	24	6	1	1	0	1	2	0	1	4	46	27	7
2	65	39	5	5	5	5	1	2	1	5	5	79	51	28
3	55	58	11	15	13	3	7	13	3	12	16	57	91	31
4	70	67	38	38	22	27	7	10	7	19	18	61	38	116
5	136	169	290	297	314	316	340	328	338	319	313	113	148	169

maximum

Antal vurderinger	355	355	357	350	356	355	351	356	355	349	356	356	356	355
-------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PROCENTFORDELING

minimum														
1	8	7	2	0	0	0	0	1	0	0	1	13	8	2
2	18	11	1	1	1	1	0	1	0	1	1	22	14	8
3	15	16	3	4	4	1	2	4	1	3	4	16	26	9
4	20	19	11	11	6	8	2	3	2	5	5	17	11	33
5	38	48	81	85	88	89	97	92	95	91	88	32	42	48

maximum

Tvangsmedicinering



Gennem de seneste 10 år har antallet af personer, der blev udsat for medikamentel tvangsbehandling ligget nogenlunde uændret omkring 500 årligt. Behandling med antipsykotiske lægemidler er en del af en mangefacetteret behandlingsindsats.

Men behandling med antipsykotiske lægemidler er oftest en forudsætning for, at patienten bliver modtagelig over for de øvrige behandlingstiltag.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for patienter, der opfylder kravene for at blive frihedsberøvede. Det vil sige, at patienterne skal være sindssyge og udgøre en fare for sig selv eller andre, eller at en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, såfremt der ikke iværksættes behandling.

Tilrettelæggelse af tvangsmedicinering kan medvirke til, at patienten bevarer sin værdighed. Der er fokus på personalets rolle og opgavefordelingen i forløbet med henblik på at styrke relationsbehandlingen.

Arbejdsredskaber:

Rolle- og opgavefordeling ved tvangsmedicinering

196



Rolle- og opgavefordeling ved tvangsmedicinering

'Rolle- og opgavefordeling ved tvangsmedicinering' er en anvendelig procedure for, hvordan en første gangs tvangsmedicinering kan forberedes og gennemføres. Den beskriver personaleroller og praktiske forberedelser. Proceduren gør brug af '5-trins modellen', som er en model for hvordan, der konkret kan arbejdes for motivering af patienten på fem forskellige niveauer for personalets indgriben.

Proceduren bruges også som hjælp til forberedelse og forebyggelse af andre mulige tvangssituationer. Det er erfaringen, at denne faste procedure ofte er med til at forebygge tvang, og at den medvirker til høj faglighed ved konkret tvangsmedicinering. Antallet af tvangsmedicineringer er halveret i Regionspsykiatrien Herning i perioden 2005-2008.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning, E3

Udviklingssygeplejerske Randi Skousbøll
Tlf.: 9927 2403
E-mail: Randi.Skousboell@ps.rm.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: agnethe.clemmensen@ps.rm.dk

Rolle- og opgavefordeling ved tvangsmedicinering

Procedure ved 1. gangs tvangsmedicinering:

Generelt:

- Der udvælges en leder af tvangsmedicineringen
- Der skal altid være 2 portører tilstede i afsnittet
- Èt personale tager sig af medpatienterne. Disse kan være varslet om muligheden for lettere postyr
- Patienten har op til medicineringen tilkøbt støtte eller skærmningsperson, for at støtte op om ophold på stuen og denne er endvidere omkring patienten en tid efter tvangsmedicineringen
- Gardinerne på stuen skal trækkes for, hvis det kan lade sig gøre
- Fortrinsvis gives medicinen på stuen

Udførelse:

Leder og læge planlægger fremgangsproceduren.

Relevante overvejelser:

" 5 trins modellen": Mød patienten på det aktuelle trin:

Trin 1: Stil spørgsmålet - pænt og høfligt: Appellerer til den andens moral

Trin 2: Begrund dit ønske - sagligt og professionelt: Appellerer til den andens fornuft

Trin 3: Beskriv de alternativer der i modsat fald må tages i brug: Appellerer til den andens egoisme

Trin 4: Bed den anden bekræfte, hvorvidt ønske om samarbejde er til stede. Appellerer til personen

Trin 5: Handling - mest nødvendige indgriben

Vær bevidst om den magt, der ligger i de forskellige roller gennem tvangsmedicineringen.

- Hvem skal give medicinen ?
Kontaktpersonen grundet kontakt og eller vil det vanskeliggøre relationsopbygning?
- Hvor skal medicineringen foregå ?
På stuen som foretrukket?
Kan tabletten forsøges tilbudt i miljøet hvis dette kan støtte patienten i at tage imod medicinen eller virke angstdæmpende? Hvis dette forsøges og ikke lykkes, foregår det videre forløb på stuen.
- Hvor skal portørerne befinde sig ?

Rolle- og opgavefordeling ved tvangsmedicinering

På kontoret eller udenfor stuedøren? Hvilke erfaringer har vi?

- Hvordan deltager støtte/skærmningspersonen i tvangsmedicineringen ?

Skal denne have en aktiv rolle? Hvilken konsekvens kan det have for relationen

Være på stuen eller udenfor døren med det formål at støtte op om patienten når alle andre går?

- Lægen informerer om, hvilken medicin der skal gives og det besluttes:

Skal injektionen være klar?

Skal den med på stuen sammen med tabletten eller bare være klar?

- Hvem er hjælperen/ den disponible på gangen?

I periode med få personaler, kan det så også være denne der støtter medpatienter?

Elle skal vi have hjælp fra andet afsnit?

Efter tvangsmedicineringen:

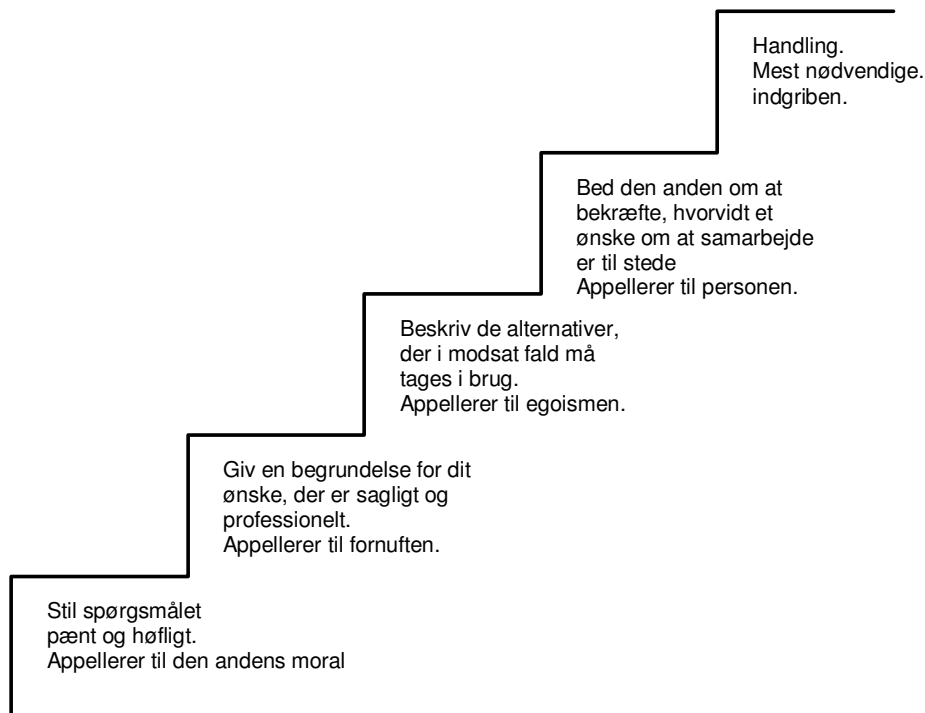
- Der afholdes defusing (se opslag vedr. dette på kontoret) og reflekteres på kontoret
- Der udfærdiges handlingsplan til næste og gerne fremtidige tvangs- medicineringer for patienten og noteres i EPJ
- Lægen udfylder tvangsprotokol
- Sygeplejersken administrerer den givne medicin

Procedure ved efterfølgende tvangsmedicineringer

- Tjek handlingsplan hvis denne er udfærdiget 1. gang og overvej om denne stadig er relevant?
- Er der facts gennem epj som lægger op til ændringer?
- Gå ellers frem efter 1. gangs procedure og overvej eventuelle lempelser

5 - trins modellen

At motivere de modvillige!



Overtalelse - at opnå en frivillig medvirken - er selve grundideen i verbal judo.

Og det centrale i overtalelsen er at anvende 5-trins modellen, der ikke forulemper den anden part. Modellen giver dem mulighed for ikke at tabe ansigt.

Kilde: Verbal Judo - George J. Thompson



Sundhedsstyrelsen har i 2009 udgivet udredningen "Tvangsforanstaltninger i Psykiatrien", heraf fremgår at antallet af tvangsfikseringer gennem de seneste 10 år har ligget nogenlunde uændret på omkring 6-7.000 årligt med en lille undtagelse i 2004, hvor tallet var 5.262. Hver person, som bliver udsat for tvangsfiksering, bliver i gennemsnit tvangsfikseret 3,5-4 gange på et år. Dette betyder, at mellem 1700-2000 personer bliver tvangsfikseret årligt.

I forbindelse med tvangsfikseringen skal patienten have fast vagt. Den tvangsfikserede patient tilses minimum fire gange dagligt med henblik på at vurdere behovet for fortsat tvangsfiksering. Herudover skal patienten tilses af en af behandlingen uafhængig overlæge efter 48 timer for at få en uvildig vurdering af, om der er indikation for videre tvangsfiksering .

Mange afsnit har intensiveret observationen og vurderingen af den bæltefikserede patient, hvilket har medvirket til at reducere varigheden af bæltefikseringer markant. Patienten bliver observeret og vurderet kontinuerligt på samme måde som den intensive somatiske patient. Observationerne bliver samlet i en bæltefikseringsjournal, hvorved det er muligt at få et overblik over mønstre i patientens tilstand og mulighed for at undvære bælte. Den tætte vurdering og opsamling af data bidrager samtidig til at fremme kvaliteten af behandlingen.

Det er vigtigt at opsamle data om tvangsfikseringer på afsnitsniveau med henblik på kontinuerligt at følge omfanget og varigheden af fikseringer. Via den nye funktionalitet i SEI kan afsnittene nu trække lister med cpr-numre og på den baggrund dechifrere egne data fra afdelingens samlede indberetninger.

Arbejdsredskaber:

Bæltefikseringsjournal 	201
Aktiviteter under tvangsfiksering	212
Beskyttelsesfiksering	217
Tromboseprofylakse ved tvangsfikserede patienter	220



Bæltefikseringsjournal

'Bæltefikseringsjournal' er skærmningspersonalets og lægens kontinuerlige og systematiske redskab til brug for observation, vurdering, samarbejde og overlevering, således at bæltefiksering foregår på en høj faglig kvalificeret måde og tidsmæssigt ikke varer længere end højst nødvendigt i forhold til det kliniske billede.

Bæltefikseringsjournalen er et meget centralt redskab i forhold til sikring af bedst mulig kvalitet under udøvelsen af nødvendig tvang. Bæltefikseringsjournalen har betydet, at længden af bæltefikseringsperioderne er blevet meget væsentligt afkortede - op til 50 %.

Fordele ved bæltefikseringsjournalen:

- Systematisk og struktureret vurdering
- Kontinuerlig vurdering: Tilstanden vurderes hver time under hele fikseringsperioden
- Tydeliggør mønstre i patientens tilstand - også patientens muligheder for at undvære bælte
- Inviterer til samarbejde med patienten
- Sikrer grundig dokumentation og information i forbindelse med alle overleveringer og ved vagtskifte
- Sikrer høj faglighed i vurdering af både psykiske og fysiske tilstande

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien Herning

Sygeplejerske Bente Pedersen
Akut modtageafsnit E4
Tlf.: 9927 2400
E-mail: bente.pedersen2@ps.rm.dk

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: agnethe.clemmensen@ps.rm.dk

Psykiatrisk Center Frederiksberg

Afdelingssygeplejerske Maj Greifenstein
Afsnit F2 øst
Tlf.: 3816 4602
E-mail: Maj.Greifenstein@frh.regionh.dk

Social- og sundhedsassistent Kim Jørgensen
Afsnit F2 øst,
Tlf.: 3816 4604
E-mail: Per.Kim.Jørgensen@frh.regionh.dk

Projektkoordinator Anette Lauritsen
Tlf.: 3816 4468
E-mail: Anette.Lauritsen@frh.regionh.dk

Almenpsykiatrisk Afdeling Odense

Stedfortræder f. oversygeplejerske
Lene Granhøj Jensen
Tlf.: 6541 4135
E-mail: lene.granhoej@ouh.regionyddanmark.dk

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding
Regionspsykiatrien Horsens
Aalborg Psykiatriske Sygehus
Psykiatrisk Center Glostrup
Distrikt Næstved
Regionspsykiatrien Silkeborg
Almenpsykiatrisk afdeling Svendborg

Bæltefikseringsjournal

Det nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang psykiatrien med anvendelse af Gennembrudsmetoden

Vejledning i bæltefikseringsjournaler

Der er to bæltefikseringsjournaler til hhv. den sygeplejefaglige registrering og vurdering og en fælles bæltejournal i EPJ.

Der anvendes en journal pr. døgn. Døgnet starter kl. 24.00.

Når en ny bæltefiksering på begynder, opstartes samtidig en ny bæltefikseringsjournal, også selv om patienten har været bæltefikseret inden for samme døgn.

Praksis

Ved en bæltefiksering skal journalerne være hos patienten.

Den sygeplejerske/SOSA, som iværksætter bæltefikseringen, har ansvaret for at opstarte journalen.

Afsnittets læge/den vagthavende læge tilser patienten hver 4. time fra kl. 8-22, derefter ved behov.

Den ansvarshavende sygeplejerske tilser patienten hver time. Opgaven kan uddelegeres til patientens kontaktperson eller den faste vagt.

Den ansvarshavende læge og den ansvarshavende sygeplejerske konfererer med hinanden ved ændringer af situationen.

Ved opstart af journal tages stilling til behov for væskeskema. Behov for målinger vurderes løbende.

Ved afslutning af bæltefikseringen er sygeplejersken/SOSA' en ansvarlig for at afslutte journalen. Den tid, patienten har været tvangsfikseret, udregnes, og tiden overføres til skemaet "Skema til registrering af samlet tid i bælte". Skemaet findes i en rød mappe på kontoret. Bæltefikseringsjournalen arkiveres i mappen til førte bæltefikseringsjournaler.

Patienter, der frivilligt lægges i bælte, skal udelukkende vurderes vha. den sygeplejefaglige bæltefikseringsjournal.

Beskrivelser

P.n. medicin registreres under bemærkninger.

Somatiske lidelser beskrives under bemærkninger.

Bemærkninger på journalen skal være korte og præcise.

Bæltefikseringsjournal

Dato _____ nr. _____

Bæltefikseringsjournal - sygeplejefaglig vurdering

Patientens navn: _____

Patienten vurderes hver time.

Vurdering af patientens psykiske tilstand

	Ophidset/vred	Truende	Psykomotorisk urolig	Norm. komm. umulig pga. psykose	Depressiv/angst	Suicidaltruet	Selvdestruktiv	Tidspunkt	Sign.
x hvis positiv									

Er det muligt at kommunikere relevant? Kan der laves aftaler?		Tidspkt.	Sign.
Kort beskrivelse			

Bæltefikseringsjournal

Vurdering af patientens fysiske tilstand				
BT/p e.ord.	Temp.e.ord.	Bl.pr.e.ord.	Tids- pkt.	Sign.

	Mad	Drik- ke	Søvn	Urin aff.	Pæn hud	Nat. resp.	Smt. kla- ger	Pro- blem med som. lidel- se	Lig- ger bæl- te/ rem- me korr.	Tids- pkt.	Sign.
x hvis posi- tiv											

Bæltefikseringsjournal

Registrering af perioder ude af bælte			
Ud	Ind	Til hvad	Sign.

Bemærkninger/særlig opmærksomhed ved vagtskifte		
	Tids- pkt.	Sign.

Bæltefikseringsjournal

Skal patienten fortsat være fikseret?			
x hvis positiv	Begrundelse	Tids- pkt.	Sign.

Samlet tid i bælte: _____

Observationsskema ved bæltfikseringer

Psykiatrisk Center Frederiksberg Afsnit _____ Dato: _____ Skemanr.: _____



Psykiatri

Fast vagt: Vurdering inkl. dokumentation minimum hver time
Plejepersonale: Dagens plejensvarlige vurderer patienten vha observationerne minimum 4 gange hver vagt
Læge: Tilsyn og vurdering minimum x 4 i døgnnet


Patient navn og cpr.

Én gang hver vagt – kl: _____ BT: _____ / _____ Puls: _____ Tp. _____ Resp. _____ /min

Initialer:									
Klokken:									
Sover patienten	ja nej								
Er patientens respiration fri og regelmæssig	ja nej								
Ligger bælte og evt. remme korrekt	ja nej								
Har patienten normale farver på hud, læber, negle	ja nej								
Har patienten trykudsatte steder	ja nej								
Er patientens hud varm og tør	ja nej								
Er patienten psykomotorisk urolig	ja nej								
Klager patienten over smerter	ja nej								
Har patienten haft vandladning? Bækken (B) Kolbe (K) Toilet (T)	ja nej								
Har patienten haft afføring? Bækken (B) Toilet (T)	ja nej								
Er patienten ophidset/vred	ja nej								
Er patienten udadreagerende/truende	ja nej								
Er patienten selvdestruktiv	ja nej								
Er patienten hallucineret	ja nej								
Er patienten forpint?	ja nej								
Har patienten fået beroligende medicin? <small>Frivilligt(F) eller med tvang (T)</small>	ja nej								
Er alm. kommunikation med patienten mulig	ja nej								
Er det muligt at lave aftaler med patienten?	ja nej								
Har patienten fået tilbudt mad og drikke	ja nej								
Er patienten mobiliseret i sengen (ex vippeøvelser -)	ja nej								
Er patienten tilbudt en aktivitet	ja nej								
Er patienten tilbudt personlig hygiejne (min 1 gang hv. vagt)	ja nej								
”ude af bælte” – udfyldes af dagens plejensvarlige		Ude kl.: I bælte kl.:	Ude kl.: I bælte kl.:	Ude kl.: I bælte kl.:	Ude kl.: I bælte kl.:				

Fiksering med bælte og remme

Psykiatri - Odense - Almen - 2 Generelle dokumenter - 2. 7 Vurdering og planlægning - 2. 7. 3 Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

INFONET Region Syddanmark	Odense - Almen Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.				Niveau: Instruks
	Fiksering med bælte og remme i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien				
Dokumentbrugere:	Forfatter: LG	Dokumentansvarlig: Kv. Udvalg	Dokumentnummer: I.2. 7. 3.2	Version: 1	Godkendt af: LG
Anvendelsesområde:					24.03.2009

- 1) Formål
- 2) Definitioner
- 3) Fremgangsmåde
- 4) Dokumentation
- 5) Indikator
- 6) Referencer

1) Formål

At al fiksering på afdeling P foregår i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, og med størst mulig kvalitet for både patienters og personalets sikkerhed.

2) Definitioner

Ordination af tvangsfiksering:

- Jf. lov om anvendelse af tvang i psykiatrien §14 og §15 træffes beslutning om tvangsfiksering af en læge efter at denne har tilset patienten.
- Hvis patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, og det af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed kan være uforsvarligt at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at fiksere den pågældende med **mavebælte**. Lægen skal da straks efterfølgende tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.
- Hånd- og fodremme anlægges kun efter lægelig ordination ved tilstedeværelse af læge.

Patientens værdighed:

- Jf. lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, kapitel 2, §4, stk. 3 skal tvang udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulemper.
- Det sikres, at medpatienter ikke kan se fikseringen, bl.a. ved at trække sengestuens gardiner for og lukke for døren til stuen.
- Der holdes en sober tone både før, under og efter fikseringen.

Mindste middels princip:

- Jf. lov om anvendelse af tvang i psykiatrien kapitel 2 §4 må tvang ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken.
- Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved.
- Tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

Ved et sufficient spændt bælte:

- Kan der lige akkurat føres en flad hånd ind mellem bæltet og patientens mave.

Fiksering med bælte og remme

- Kan patienten ikke komme ud af bæltet.

Ved sufficient spændte hånd- og fodremme:

- Den fikserede hånd/fod kan ikke komme ud af remmen.
- Blodomløbet i hånd/fod opretholdes.

Ledelse af situationen:

- Lægen ordinerer fikseringen.
- Plejepersonalet udfører fikseringen og leder og koordinerer situationen.

Koordinering af situationen:

- For at sikre kvaliteten og sikkerheden i fikseringssituationen er det vigtigt, at patientens kontaktperson, eller andet personale med ansvaret uddelegeret til, har overblikket over situationen og koordinerer detaljerne og kommunikationen

Korrekt fikseringsmateriale:

- Der må kun anvendes afdelingens godkendte fikseringsmateriale til fiksering
- Både mavebælter, hånd- og fodremme findes i forskellige størrelser
- Sufficient fiksering er afhængig af, at der benyttes den korrekte størrelse fikseringsmateriale i forhold til patientens kropsbygning.

Af diskretionshensyn opbevares og transporteres fikseringsmateriale i pudevår.

3) Fremgangsmåde

Fæstning af mavebælte til seng:

- Mavebæltet spændes fast på sengebunden imellem dennes lameller.
- Mavebæltets gjorder føres, om muligt, under sengehestene.

Fiksering af rolig patient:

- Bæltet placeres i sengen med gjordene løst spændt.
- Patienten hjælpes op i sengen.
- Bæltet spændes sufficient om patientens mave.
- Bæltets gjorder efterspændes.

Fiksering af urolig patient:

- Patienten fastholdes, om nødvendigt på gulvet, af det antal personer, der er nødvendigt af hensyn til patientens egen og personalets sikkerhed. Der skal minimum være en person per ekstremitet.
- Imens patienten fastholdes, monterer andre personaler det relevante fikseringsmateriale på sengen.
- Sengen placeres midt i stuen med hovedgærdet vendt mod døren.
- Når dette er gjort, løftes patienten – om nødvendigt – op i sengen og fikseres sufficient.
- Under hele fikseringen fastholdes alle patientens ekstremiteter med en styrke, der modsvarer patientens modstand. Gør patienten voldsomt modstand, kan det være nødvendigt at flere personaler holder fast i samme ekstremitet, eller at man lægger sig oven på denne.
- Kan noget af personalet ikke holde sit greb på grund af træthed eller voldsom modstand fra patienten, skal dette tydeligt tilkendegives med henblik på aflastning.
- Patienten slippes ikke, før denne er forsvarligt fikseret.
- Patienten slippes af alt personale samtidigt, når situationens leder højt har talt til tre.

Fiksering med bælte og remme

Sikkerhed:

- Løse genstande holdes udenfor patientens rækkevidde, så de ikke kan anvendes som kasteskyts.
- Patienten visiteres umiddelbart efter fikseringen for farlige genstande (herunder livrem), genstande der kan anvendes til at låse bæltet op med (f.eks. hårnåle) samt genstande der kan være ubehagelige at ligge på.
- Sengegavlen afmonteres.
- Ved en meget urolig patient kan det også være nødvendigt at fjerne kurven under sengen.

Patientens komfort:

- Patientens sko fjernes.
- Patienten tilbydes delvis afklædning med henblik på afkøling, såfremt situationen tilskynder det.
- Vinduet åbnes, hvis relevant.

Hånd- og fodremme:

- Normalt anlægges fodremme først, og derefter håndremme om nødvendigt.
- Remmene løsnes i modsat rækkefølge, dvs. først håndremme og dernæst fodremme.
- Personalet, der koordinerer fikseringen, kan meddele lægen, at patientens kropsform gør en sufficient og forsvarlig fiksering med mavebælte umulig. Lægen kan så ordinere, at der skal anlægges en enkelt fodrem, selvom patienten ikke er voldsomt psykomotorisk urolig.

Fæstning af fodremme:

- Fodremme monteres gennem sengebundens øjer.
- Gjorden føres under sengen, men over hydraulikpumpen, og samles der.
- Det vil ofte være nødvendigt at efterspænde gjorden.
- Til sidst fikseres fødderne sufficient i remmene.

Fæstning af håndremme:

- Kan enten monteres på sengen først eller på patientens hænder først
- Gjorden fastspændes ud for patientens hofter, imellem sengebundens lameller.
- Bæltelåsene skal vende væk fra patienten, så de ikke kan benyttes til selvbeskadigelse.

Efterfølgende:

- Der holdes defusion jævnfør instruks for *afholdelse af defusion og debriefing efter anvendelse af tvang*
- Der påbegyndes bæltfikseringsjournal (se bilag nederst på siden).
- Psykiatrisk Skadestue informeres om fiksering.
- Hvis patienten ikke har en patientrådgiver beskikkes en sådan.
- Hvis patienten har en patientrådgiver informeres denne om fikseringen.
- Informationsark om bæltfiksering udfyldes af lægen og personalet kopierer dette. Kopien lægges i patientmappen.
- En patient, der er fikseret med bælte, skal have fast vagt.
- En patient, der er frivilligt indlagt og er blevet fikseret med bælte, skal senest ved førstkommende bæltetilsyn vurderes i forhold til tvangstilbageholdelighed af læge, og aktivt spørges om denne fortsat ønsker indlæggelse på frivillig basis.
- Lægen laver en risikovurdering i forhold til *instruksen for tromboseprofylakse*

4) **Dokumentation**

5) **Indikator**

6) **Referencer**

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK 1111 af 1.11.2006
Afdelingsspecifik instruks for faste vagter på Afdeling P

Bilag:

1, Bæltefikseringsjournal



Aktiviteter under tvangs- fiksering

Arbejdsredskabet består dels af et Idekatalog til aktivering under tvangsfiksering og dels et skema til registrering af aktivitet og varighed af aktiviteten.

Det er formålet med aktivitet under bæltefikseringen, at patienten oplever at blive afledt fra at være angst, psykotisk, udadreagerende mm.

Ud fra et fagligt skøn tilbydes patienten en aktivitet under bæltefikseringen, såfremt patienten kan have gavn af aktivitet. Det tilstræbes, at patienten inddrages i beslutning om aktivitet, såfremt patientens tilstand tillader dette.

Kontaktinformation:

Psykiatrisk Center Sct. Hans Afd. L

Kvalitetskoordinator Jeanet Kragerup
Tlf.: 4633 4564
E-mail: Jeanet.kragerup@shh.regionh.dk

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Gentofte
Regionspsykiatrien Herning
Psykiatrisk Center Hvidovre

Formål med aktivitet ved bæltefiksering

Det vil altid være udfra et fagligt skøn, om patienten tilbydes en aktivitet eller ej under bæltefikseringen. Såfremt det vurderes, at patienten kan have gavn af aktivitet, tilbydes han/hun dette. Hvis det vurderes, at det ikke er til gavn for patienten, undlades det at tilbyde patienten dette. Det tilstræbes, at patienten inddrages i beslutning om aktivitet, såfremt patientens tilstand tillader dette.

Aktivitetstilbud under tvangsfiksering, se idekatalog:

Formål:

- At tilbyde patienten en aktivitet under bæltefikseringen, således at patienten oplever at blive afledt fra at være angst, psykotisk, udadreagerende mm.
- At afkorte varigheden af tvangsfikseringen – uden at antallet af tvangsfikseringer øges
- At forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang
- At udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet, når tvang anvendes.
- At forebygge sengelejekomplikationer (DVT)

Aktiviteter under tvangsfiksering

Tillæg til observationsskema: Aktivitet under tvangsfiksering

KL:

Aktiviteten

Varighed

--	--

KL:

Aktiviteten

Varighed

--	--

KL:

Aktiviteten

Varighed

--	--

KL:

Aktiviteten

Varighed

--	--

KL:

Aktiviteten

Varighed

--	--

Aktiviteter under tvangsfiksering

Idé katalog til aktivitet i forbindelse med bæltefiksering

Aktivitet	Formål/virkning	Udstyr
Musik	Beroligende/afledning	Ghettoblaster
Musikpude	Beroligende/afledning	Musikpude
Sengecykel	Kredsløb/motion	Sengecykel
Vægttræning	Kredsløb/motion	Sandvægte
Venepumpeøvelser	Kredsløb/motion	Guide
Sengegymnastik	Kredsløb/motion	Guide
Bøger	Beroligende/afledning	Bibliotek
Lydbøger	Beroligende/afledning	Bibliotek
Suduko	Beroligende/afledning	Sudoku blade
Kryds og tværs	Beroligende/afledning	Kryds og tværs blade
Spil/kort	Beroligende/afledning	Spil/kort
Ugeblade/aviser	Beroligende/afledning	Ugeblade/aviser
Kugledyne	Beroligende	Kugledyne
Tegne/male	Beroligende/afledning	Tegne/male-ting
Ergo-aktiviteter	Beroligende/afledning Kredsløb/motion	Ergoterapeut medbringer materialer
Fysioterapeut-	Beroligende/afledning	Fysioterapeut

Aktiviteter under tvangsfiksering

aktiviteter	Kredsløb/motion	medbringer materialer
Boldspil	Kredsløb/motion	Bolde, evt. guide.
Elektronisk spil	Beroligende/afledning	Nintendo gameboy
Computerspil	Beroligende/afledning	Laptop
Personlig hygiejne	Beroligende/afledning Kredsløb/motion	



Beskyttelsesfiksering

Beskyttelsesfikseringsskemaet anvendes til vurdering af patientens tilstand under en beskyttelsesfiksering, hvor man registrerer/tydeliggør hvilke observationer samt hvilke tiltag, der blev foretaget inden beskyttelsesfikseringen fandt sted.

Det er ligeledes efterfølgende med til at kunne begrunde den fortsatte beskyttelsesfiksering.

Kontaktinformation:

Afdeling for Regionsfunktioner Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Udviklingssygeplejerske Marianne Balcer
Tlf.: 5535 1302
E-mail: kiba@regionsjaelland.dk

Afdelingssygeplejerske Kirsten Willum
Tlf.: 5535 1245
E-mail: kwje@regionsjaelland.dk

Andre kilder:

Århus Universitetshospital Risskov,
Gerontopsykiatrisk Afdeling

Beskyttelsesfiksering

label

Skema nr :

Vurdering af patientens tilstand under beskyttelsesfikseringen

Dato og initialer																						
Klokken																						
usikker gang																						
Faldet																						
manglende forståelse for egen formåen																						
urolig sengeflygtig																						
Pillende																						
Sovende																						
vågner let																						
Bælte = B Bordplade = P																						
løst af bæltet kl.:																						
bordplade fjernet kl.:																						
hvad blev forsøgt inden? # se nedenfor																						

- | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------|------------------|----------------------|------------|
| 1.Højskærm | 4.Ballstick under fødder | 7.Fodbad | 10.kugledyne | 11.Gyngestol | 14.Beroligende musik | 17.samtale |
| 2.Grounding | 5.Ballstick ryg, skuldre | 8.Spil | 11.Bagning | 12.Håndarbejde | 15.Pnmedicin | 18. Andet |
| 3. Ekstra tæppe | 6.Toiletbesøg | 9.åbnet vinduet | 12 tændt lyset | 13 slukket lyset | 16.tilbudt drikke | |

Afdelingen For Regionsfunktioner, Gerontopsykiatrisk afsnit G2

Guide til beskyttelsesfikseringsskemaet

Beskyttelsesfiksering kan udelukkende anvendes ved risiko for **utilsigtet selvbeskadigelse, hvor patientens manglende forståelse for personalets indgriben ved risiko for fald, kan udløse aggressiv adfærd med yderligere tvangsindgriben til følge** (f.eks. fastholdelse)

Patienten **skal** altid tildeles en patientrådgiver.

Patienten skal tilses minimum én gang i timen.

- Skemaet er et redskab til at registrere /tydeliggøre hvilke observationer samt hvilke tiltag ,der blev foretaget inden sikkerheds fikseringen fandt sted, samt efterfølgende at kunne begrunde den fortsatte sikkerhedsfiksering
- Skemaet er **ikke** et juridisk gyldigt dokumentationsark, hvorfor observationer og tiltag derfor **altid skal dokumenteres i Opus-Notat**
- Datoen skal påføres minimum én gang pr vagt, klokkeslæt registreres hver gang der foretages observationer af patienten
- Hvis bælte /bordplade løsnes/fjernes ophører skemaet. Hvis fikseringen gentages indenfor eet døgn kan samme påbegyndte skema benyttes.
- For hver ny påbegyndt sikkerhedsfikseringsseance markeres med en rød lodret streg på skemaet.
- Der afkrydses i felterne, hvad der var den udløsende årsag, samt hvilken form for sikkerhedsfiksering ,der avendes
- Det nederste felt nummereres med hvilke tiltag, der blev afprøvet inden fikseringen

07-03-2007



Tromboseprofylakse ved tvangsfikserede patienter

Der findes ikke statistiske opgørelser over dødsfald med diagnosen lungeemboli forårsaget af bæltefiksering, men i litteraturen er der beskrevet hændelser fra både ind- og udland.

For at undgå at patienten får somatiske komplikationer ved tvangsfikseringen er det vigtigt, at afdelingen har en instruks for forebyggelse af thromboemboliske komplikationer og en tvangsbehandlingsprotokol, som integrerer oplysninger om patientens fysiske og psykiske tilstand.

Kontaktinformation:



Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Odense

Stedfortræder f. oversygeplejerske
Lene Granhøj Jensen
Tlf.: 6541 4135
E-mail: lene.granhoej@ouh.regionyddanmark.dk

Tromboseprofylakse af tvangsfikserede patienter

Psykiatri - Odense - Almen - 2 Generelle dokumenter - 2. 7 Vurdering og planlægning - 2. 7. 3 Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

	Odense - Almen Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.				Niveau: Instruks
	Tromboseprofylakse af tvangsfikserede patienter				
Dokumentbrugere: Anvendelsesområde:	Forfatter: SB	Dokumentansvarlig: Kv. Udvalg	Dokumentnummer: I.2. 7. 3.1	Version: 1	Godkendt af: TS 10.02.2009

- 1) Formål
- 2) Definitioner
- 3) Fremgangsmåde
- 4) Dokumentation
- 5) Indikator
- 6) Referencer

1) Formål

Forebyggelse af tromboemboliske komplikationer hos tvangsfikserede patienter.

2) Definitioner

Trombose er dannelse eller tilstedeværelse af en blodprop inde i et blodkar.

3) Fremgangsmåde

Ved fiksering udover et døgn bør man have fokus på forebyggelse af tromboemboliske komplikationer:

- Patienten mobiliseres mest muligt dvs., at man tilbyder øvelser i sengen, og hvis de er muligt, skal patienten regelmæssigt op at stå på benene. Eventuelt kan antitrombosestrømper anvendes.
- Patienten bør så vidt muligt løsnes til toiletbesøg, dels for at sikre patientens værdighed og selvfølelse, men også som led i mobiliseringen. Efter hver fikseringsløsning bør det vurderes, om fikseringen kan ophøre
- Der tilbydes sveskejuice 150 ml x 1 dagligt eller relevant laksantia
- Patientens somatiske tilstand vurderes efter behov og fagligt skøn, dog mindst én gang dagligt. Der skal undersøges for klinisk dyb venøs trombose (på hverdage afsnittets egne læger og i weekenden af vagtholdet).
- Som led i at imødegå dehydrering skal der føres væskeskema, efter lægeligt skøn måles elektrolytter inklusive hæmatokrit

Patienter med særlig risiko

Tromboseprofylaktisk behandling bør overvejes, hvor flere af nedenstående sammenfaldende risikofaktorer er tilstede:

- Patienter der er fyldt 40 år og/eller har overvægt, dvs. BMI over 27 (BMI = vægt/højde x højde)
- Dehydrerede og/eller underernærede patienter
- Depressive stuporøse patienter
- Katatone patienter
- Patienter med somatiske sygdomme, der disponerer til dyb venetrombose, f.eks. tidligere venøs tromboemboli, maligne lidelser, inflammatoriske tarmlidelser, polycytæmi, traumer eller kirurgi og svære infektioner
- Graviditet, puerperium og p-piller
- Hyperkoagulabilitet ved kogenitte lidelser, f.eks. tromboseembolisme i familien

Tromboseprofylaktisk behandling

Tromboseprofylakse af tvangsfikserede patienter

- Inj. Fragmin 0,2 ml = 5000 enheder subkutan x 1 daglig
- Forprøve ved Fragminbehandling: Blodprøve med koagulationsfaktorerne II, VII og X (INR), erytrocyttal, leukocyttal og trombocytal. Tages kun, hvis der er mistanke om kontraindikationer ved tromboseprofylaktisk behandling.
- Antidot til Fragmin: Blødning som følge af heparinoverdosering behandles med inj Protaminsulfat 10 mg/ml, 1 ml langsomt i.v. over 5 min.

Kontraindikation ved tromboseprofylaktisk behandling

- Svær leverinsufficiens
- Gastrointestinal ulceration
- Signifikant trombocytopeni
- Overfølsomhed for heparin

Information, samtykke og dokumentation

Patienten informeres om formodet risiko for tromboseemboli ved og uden tromboseprofylaktisk behandling samt informeres om blødningsrisiko ved denne behandling.

Patienten skal give samtykke til tromboseprofylaktisk behandling. Et samtykke kan være udtrykkeligt eller stiltiende.

Lægen journalfører hvilken information der er givet til patienten, om patienten har givet samtykke eller ikke givet samtykke, og hvad patienten har tilkendegivet i relation til information om komplikationsrisiko og bivirkninger ved tromboseprofylaktisk behandling (se Instruksbog pkt. 13.40)

Hvis patienten ikke giver samtykke (udtrykkeligt eller stiltiende) til tromboseprofylaktisk behandling

Den tromboseprofylaktiske behandling kan uden samtykke kun finde sted efter lovreglerne i:

1. Psykiatrilovens §13 om behandling af somatisk sygdom med tvang (se Instruksbog pkt. 7.44) eller
2. Regler om patientens retsstilling i Sundhedsloven

Psykiatrilovens §13

Betingelser for tvangsbehandling efter Psykiatrilovens §13 er følgende:

1. Patienten skal opfylde betingelserne for frihedsberøvelse i Psykiatrilovens §5
2. Patienten skal være indlagt
3. Den legemlige lidelse skal udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare

Tvangsbehandling efter Psykiatrilovens §13 kan kun ske efter afgørelse af både den psykiatriske overlæge og den somatiske overlæge. Det er således en overlæge på den somatiske afdeling (sædvanligvis medicinsk afdeling) der træffer beslutning om tromboseprofylaktisk behandling, hvis behandlingen skal ske under tvang efter Psykiatriloven.

De sædvanlige regler for dokumentation ved anvendelse af tvang i journal og på tvangsskemaer følges.

Sundhedslovens regler om patientens retsstilling

Tromboseprofylaktisk behandling kan i visse tilfælde finde sted uden patientens

Tromboseprofylakse af tvangsfikserede patienter

Samtykke efter reglerne i Sundhedsloven om patientens retsstilling, hvis patienten er fornuftsinhabil (f.eks. svært dement). Følgende betingelser skal være opfyldt:

- Patienten er fornuftsinhabil (f.eks. ved delir eller demens)
- Der er et øjeblikkeligt behandlingsbehov, dvs. chancer for overlevelser eller et væsentligt bedre behandlingsresultat øges
- Patienten modsætter sig ikke behandling. Tvang må ikke anvendes ved behandling uden samtykke efter reglerne om patientens retsstilling. Patienten har altid "vetoret".

Ved midlertidig inhabilitet og ikke øjeblikkeligt behandlingsbehov kan patienten ikke behandles uden samtykke.

Ved varig inhabilitet (f.eks. ved demens) og ikke øjeblikkeligt behandlingsbehov skal samtykke til behandling gives af patientens nærmeste eller en værge. Hvis der hverken er en nærmeste eller en værge, gives samtykke af en udpeget uvildig sundhedsperson.

Behandling efter Sundhedslovens regler om behandling uden patientens samtykke ved fornuftsinhabilitet dokumenteres i journalen.

4) Dokumentation

5) Indikator

6) Referencer

Se link til Rationel Farmakoterapi: Dyb venøs trombose, epidemiologi, diagnose og behandling

Se bilag:

1. Videnskab og Praksis: Dyb venetrombose og fatal lungeemboli hos en fikseret patient
2. Acta Psychiatr Scand 2005;111:324-327: Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint

Bilag:

- 1, Dyb venetrombose og fatal lungeemboli hos en fikseret patient
- 2, Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint



Personlig skærmning er først fra 2007 blevet opfattet som en tvangsforanstaltning, hvorfor det først fra da af blev obligatorisk at indberette foranstaltningen som tvang.

Personlig skærmning anvendes for at afværge, at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller, at patienten forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre. Personlig skærmning foretages i praksis ved, at et eller flere lejepersonalemedlemmer hele tiden befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Denne tvangsforanstaltning blev tidligere benævnt fast vagt.

Fastsættelse af observationsniveau foregår i samarbejde mellem læge og plejepersonale og justeres løbende efter patientens tilstand, og ansvaret for observationen tildeles en navngiven medarbejder.

Beskrivelse af observationsniveauer og miljøterapeutiske tiltag kan med fordel støtte den faste vagt i tilrettelæggelse af indsatsen.

Den faste vagt bør være kendt personale, således at det er erfarne medarbejdere, der tager sig af de mest syge patienter. I akutte situationer kan det være nødvendigt at tilkalde vagtpersonale udefra, og det er derfor en god idé at have en ramme for, hvordan opgaven introduceres, og at vagten sikres sparring med personalet i afdelingen.

Arbejdsredskaber:

Fast vagt - samvær og aktiviteter	225
Faglig sparring for faste vagter	228
Fast vagt	230
Observationsniveauer	232



Fast vagt - samvær og aktiviteter

Samvær og aktiviteter er den bærende indsats i den pleje og behandling den faste vagt kan tilbyde patienterne. Arbejdsredskabet indeholder en Idé-bank med de aktiviteter, det umiddelbart er muligt at iværksætte.

Kontaktinformation:

**Psykiatrisk Center Hvidovre
Afsnit 809**

Social og sundhedsassistent Lene Jensen

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Sct. Hans
Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding
Regionspsykiatrien Herning
Regionspsykiatrien Silkeborg

Fast vagt – samvær og aktiviteter med patienter

Vedrørende samvær og aktiviteter med patienter med fast vagt

Patient: _____ Dato/start FV _____ Dato /slut FV: _____

Vores **standarder for faste vagter** ligger i sygeplejejournalen bag dette ark. Har du ikke tidligere læst disse vil vi bede dig læse dem igennem. Læs desuden patientens sygeplejejournal, tag den evt. med ned på stuen.

Af retningslinjer som er anført i standarder for faste vagter vil vi især fremhæve at den fast vagt skal opholde sig sammen med patienten. Synes der at være faglig begrundelse for at holde en vis fysisk afstand til patienten, skal dette drøftes med læge og eventuelle beslutninger herom skal noteres i journalen. Patienten skal under alle omstændigheder altid være synlig for den fast vagt (læs uddybende i standarden).

Samvær og aktiviteter (i bred forstand) er afgørende elementer i den pleje og behandling, du som fast vagt bidrager med. Vi ønsker løbende at opbygge en "idebank" med aktiviteter, fast vagter kan tilbyde i samværet med patienterne. På bagsiden ser du starten på denne liste. Ved tvivl om, hvilke aktiviteter, der er hensigtsmæssige, kan du drøfte dette med det øvrige personale. Har du brug for bøger, mad, musik, transportabelt TV, tegnemateriale eller andet til patienten, så kontakt det øvrige personale og hør, hvad vi har af muligheder. Vi har en "aktivitetskasse", det er muligt at få med på patientens stue.

Observationer og arbejdsopgaver i forhold til denne patient, du bedes være særlig opmærksom på (udfyldes af det faste personale):

VEND

Fast vagt – samvær og aktiviteter med patienter

Der krydses løbende af, hvilke aktivitetsmuligheder der er anvendt i forhold til patienten, samt tilføjes, hvis der er ideer til supplement af listen. Tilføj gerne helt konkret, hvad patienten har haft udbytte af (f.eks. præcist hvilket spil). Det er hermed muligt at få gavn af gode ideer i den kommende behandling af patienten.

Mulige aktiviteter (sæt kryds ved de anvendte):

- Servere mad
- Hjælpe med rygning
- Gøre stuen så indbydende som muligt
- Hjælpe med personlig hygiejne
- Hjælp til tøjvask
- Fysisk berøring (f.eks. holde i hånden eller give en hånd i ryggen)
- Læse højt
- Høre musik (f.eks. Musiccure afslapningsbånd)
- Hjælpe med kontakt til pårørende
- Hjælpe til at få ejendele bragt ind evt. ved hjælp af pårørende
- Støtte i at deltage i afsnittets daglige aktiviteter
- Anvende motionsrummet f.eks. bordtennis eller motionscykel
- Spille spil
- Tegne/male
- Spille guitar
- Støtte i at skrive (patienten kan få udleveret kladdehefte)

Aktiviteter, som kun er mulige med patienter som har terrænfrihed med følge:

- Gå tur
- Gå i Cafeen
- Spille billard i Oasen
- Gå i kiosken

Yderligere ideer:



Faglig sparring for faste vagter

For at kunne tilbyde patienten den bedste støtte, er det vigtigt at den faste vagt bliver introduceret til opgaven og modtager faglig sparring.

Kontaktinformation:

**Psykiatrisk Center Hvidovre
Afsnit 809**

Social og sundhedsassistent Lene Jensen

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Odense

Faglig sparring for faste vagter

Vi vil tilstræbe at faste vagter i dag- og aftenvagter tilbydes faglig sparring. Dette gælder såvel fast personale som vikarer. Den faglige sparring kan ske enten ved deltagelse i refleksionsmøde eller individuelt ved afdelingspsykologen eller ved en kollega.

Refleksionsmødet varer knap en time, og funktionen som fast vagt vil da oftest være ét af flere punkter. Den faste vagt kan evt. deltage i første del af mødet.

Den individuelle faglige sparring påregnes at vare 10-15 minutter.

Tidspunkt for sparring og hvem der tilbyder denne, planlægges i starten af vagten.

Det fastlægges desuden hvem der afløser den fast vagt.

Dato:

Patient:

Tidspunkt:

Hvem tilbyder sparring:

Følgende punkter kan være relevant at drøfte:

- Hvilken former for samvær/samspil/aktiviteter har du kunnet have med patienten?
- Har du brug for praktisk hjælp (f.eks. til at få fat i bestemte materialer)?
- Er der noget, du især har brug for at drøfte?



Fast vagt

Introduktion til fast vagt-opgaven sikrer, at patienten tilbydes den nødvendige støtte, og at der er sikkerhed omkring opgaveløsningen.

For at få et overblik over vagtforbruget kan det være en hjælp at lave en samlet registrering.

Kontaktinformation:

**Almenpsykiatrisk Afdeling Kolding
Afsnit H4 og H5**

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Odense

OBSERVATION, OMSORG, PLEJE

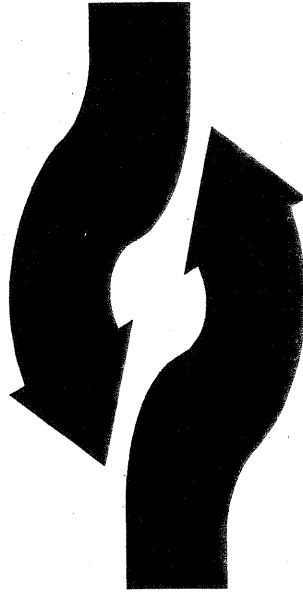
- Indhent data om patienten – læs i EPJ og få rapport af *kontaktpersonen*
- Aftal opgaver omkring patienten og samspil med *kontaktpersonen* eller evt kolleger i løbet af vagten
- Præsenter dig for patienten (hvem, hvad, hvorfor og hvordan)
- Sikr dig, at patienten ved, hvorfor han/hun skal have fast vagt, og hvad du som fast vagt kan hjælpe ham/hende med
- Lad patienten føle ro, trykthed og kontakt gennem din tilstedeværelse
- Observer patienten (bevidsthedsniveau, aktivitet, psykisk/fysisk tilstand) og dokumenter dine observationer i relevante obs.skemaer
- Vær opmærksom på og hjælp patienten med varetagelse af grundlæggende behov (kost, væske, personlig hygiejne etc.)
- Tænk på mulige aktivitetstilbud til patienten (TV, musik, avislæsning, gåtur i haven etc.)
- Hjælp patienten med at undgå at blamere sig (afklædning, råb etc.)
- Meld løbende observationer tilbage til *kontaktpersonen*, så denne hele tiden kan vurdere omfanget af og behovet for konkret tvangsudøvelse
- Drøft dine forslag til plejehandlinger, herunder behov for grænsesætning (mansk patient) med *kontaktpersonen*
- Lav aftaler med patient og *kontaktperson* omkring rygning (hvor ofte), brug af telefon etc.
- Udfyld vagtregistrering (pjecens midtersider). Skemaet skal være opdateret ved vagtoverdragelse
- Aftal dokumentation (EPJ) af observationer, handlinger og vurderinger under vagten med *kontaktpersonen*
- *Kontaktpersonen* er ansvarlig for at tale med patienten om og følge op på udøvet tvang (under/efter tvangen)

SIKKERHED

- Patienten skal kunne observeres hele tiden. Observationen har altid et fagligt fokus.
- Vær opmærksom på, at en fodfulgt patient ikke kommer i besiddelse af genstande, der kan være skadeforvoldende på patienten selv eller andre
- En fikseret patient må ikke have genstande ved sengen som kan være skadeforvoldende på patienten eller andre (termokande, radio, lighter etc.)
- Fikserede patienter må ikke ryge uden opsyn (vurder behov for evt. rygeforklæde)
- Anvend engangsservice og plasticbestik under spising (fikserede patienter)
- Luk aldrig stue- eller toilet døren hos en fodfulgt patient
- Før toiletbesøg: gennemgå toilet- og badeværelse for skadeforvoldende genstande eller genstande, der kan bruge til evt. bælteløsning
- Varetag ikke opgaver, der kan aflede din opmærksomhed fra patienten (koncentreret læsning eksempelvis)
- Hvis andre patienter, der gerne vil snakke med dig, når du er fast vagt, til det øvrige personale
- Et bælte løses altid i samarbejde med en kontaktperson eller et andet fast personale
- Bælteløse skal altid sidde i bæltet, når patienten er midlertidigt ude af bælte
- Overfaldsalarmer må ikke henlægges på bord – den skal bæres
- Forlad aldrig patienten, tilkald kolleger – benyt den bærbare alarm til beskeder
- Oplys ikke patienten om private data på dig selv/andre ansatte
- Kontakt altid *kontaktpersonen* eller andet personale, hvis du oplever utryghed eller er i tvivl om noget (fagligt, sikkerhedsmæssigt eller praktisk)

Fast vagt i psykiatrisk afdeling H Fredericia og Kolding Sygehus

- introduktion
- vagtregistrering
- observation, omsorg og pleje
- sikkerhed



INTRODUKTION TIL EKSTERNE VIKARER

- Anvisning af garderober og taskeskab
- Orientering om påklædningskodeks (sikkerhed/signaler)
- Udlevering af nøgle og bæltænøgle
- Udlevering af og instruktion i brug af bærbart alarm.
- Forholdsregler ved brand og hjertestop (alarm 3000)
- Rundvisning i H4 (relevante birum og kontorer)
- Præsentation af personale i gruppen
- Præsentation af *kontaktperson* i vagten/vagterne
- Aftaler omkring (spise)pauser og kamtinebesøg
- Instruktion i brug af observations- og registreringsskemaer (vagtregistrering (se midtersider)/bæltefikseringsskema/abstiniemsskema/væskeskema etc.)
- Instruktion i brug af EPJ (vikarkode)
- Registrering og anmeldelse af voldsepisoder
- Gennemgang af observations-, omsorgs og plejopgaver samt sikkerhedsmæssige forholdsregler i forhold til den patient, du er fast vagt for (se bagsiden)

Kontaktpersonen er ansvarlig for at checke, at du som fast vagt har fået alle nødvendige oplysninger. Kryds gerne pindene af ...



Observationsniveauer

For at øge patientsikkerheden anvendes differentierede observationsniveauer. Personalets ansvar og opgaver er beskrevet på de enkelte niveauer, således at patienten modtager den nødvendige støtte i forhold til tilstanden.

Der er fem observationsniveauer fra "Alment observationsniveau", der følger afdelingens rutiner i forhold til at sikre patientens velbefindende, til "Skærpet fast vagt" med vedvarende visuel kontakt.

Hvis patienten ikke frivilligt accepterer fast vagt, skal vagthavende læge tage stilling til anvendelse af personlig skærmning, jf. Psykiatriloven § 18.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Psykiatrisk Center København, Bispebjerg

Udviklingschef Kristina Schwartz Heuser
E-mail: Kristina.Heuser@bbh.regionh.dk

Udgiver: [H:S](#) / [Region Hovedstadens Psykiatri](#)

- » Se lokal version for [AH / Psykiatrisk Afdeling](#)
- » Se lokal version for [SHH](#)
- » Se lokal version for [FH / Psykiatrisk afdeling](#)

Observationsniveauer

(AMSK-7LHD7B V.17.00/08)

Vejledningen beskriver, hvilke observationsniveauer der er gældende for indlagte patienter i Region Hovedstadens Psykiatri. Der beskrives indikationer for tildeling af forhøjet observationsniveau, samt fordeling af ansvar og opgaver. Principper for dokumentation og kompetenceniveau beskrives.

Der beskrives fem observationsniveauer gående fra Alment Observationsniveau, A.O. til Skærpet Fast Vagt, S.F.V.

Niveauerne er gradueret efter den ønskede frekvens af observation af patienten. Patienten orienteres om beslutning og begrundelse for observationsniveau. Patientens samarbejde søges opnået.

Type: **Vejledning**

Kategori: **Klinisk**

Ikrafttrædelse: **01/12/2008**

Gældende for: **Læger, Sygeplejersker, Plejepersonale**

Formål

Anvendelse af differentierede observationsniveauer i patientplejen sker med henblik på at øge patientsikkerheden, idet hyppigheden af observation tager udgangspunkt i den enkelte patients situation. Samtidig er anvendelse af differentierede observationsniveauer en støtte for personalet til sikring af relevant observation i forhold til den enkelte patients tilstand.

Definitioner/Afgrænsninger

Patienten orienteres om beslutning og begrundelse for observationsniveau. Patientens samarbejde søges opnået. Observationsniveauerne anvendes i den kliniske praksis i forhold til døgnindlagte patienter i såvel Voksen som Børne- og Ungdomspsykiatrien. Observationsniveauerne differentieres i 5 niveauer.

Begrundelse for at iværksætte differentierede observationsniveauer udover alment niveau kan være:

- Somatisk sygdom
- Mistanke om øget risiko eller særligt øget risiko for selvmord
- At patienten har en udtalt angsttilstand og ikke selv evner at henvende sig, når der er symptomer
- Latent, lettere eller udtalt aggressiv adfærd
- Uhensigtsmæssig adfærd, der forulemper andre
- Patienten kompromitterer sig selv
- Selvmutilerende adfærd
- Udøvelse af hærværk

Der er ikke tale om anvendelse af tvang i forbindelse med tildelingen af observationsniveauer. Der kan være tale om tvang i forbindelse med ”fast vagt” og ”skærpet fast vagt”. Se afsnit om fast vagt og skærpet fast vagt.

Fremgangsmåde

Ordination og seponering

I forbindelse med indlæggelsen skal indlæggende læge i behandlingsplanen ordinere observationsniveau gældende for de første 24 timer.

Ved ’gennemgangen’ skal lægen, der udfører denne, fastlægge det efterfølgende observationsniveau i samarbejde med plejepersonalet, og dokumentere det i behandlingsplanen.

Alle ordinationer af ’fast vagt’ eller ’skærpet fast vagt’ foretages af læge i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske eller tilsvarende og dokumenteres i patientjournalen. Ansvarshavende sygeplejerske eller tilsvarende kan fastlægge observationsniveauerne 1-3.

Sænkning af observationsniveau 1-3 kan udføres af ansvarshavende sygeplejerske – læge skal orienteres. Sænkning af observationsniveau 4-5 kræver en lægelig stillingtagen.

Dokumentation

Alle iværksatte observationsniveauer, udover alment observationsniveau, skal dokumenteres i patientjournalen. Det påhviler den, der ordinerer observationsniveauerne, at sikre, at det dokumenteres. Dokumentationen skal minimum indeholde:

- Baggrunden for observationsniveauet
- Varigheden af observationsniveauet med angivelse af tidspunktet for næste vurdering

Skitsering af observationsniveauerne

Alment Observationsniveau - A.O.:

Observationsniveauet følger de aktuelle rutiner i afsnittet. Afsnittets døgnrytme giver en naturlig mulighed for at sikre patientens tilstedeværelse og velbefindende. Afsnittet skal have en beskrivelse af de minimale observationer, der foretages ved hver vagt.

Ansvar og opgavefordeling:

Plejepersonalets ansvarsområde.

Kvalifikation og kompetence:

Plejepersonalet har kompetence til at varetage opgaven.

Udvidet Alment Observationsniveau - U.A.O.:

Patienten observeres ud fra et fastlagt tidsinterval, med mindst 30 minutter og højst 2 timer. Fastsættelse af tidsintervallet tager udgangspunkt i patientens tilstand og skal

ændres i forbindelse med ændring af patientens tilstand.

Ansvar og opgavefordeling:

Observationsniveauet herunder fastsættelse af tidsinterval ordineres af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske. Fastsættelse af tidsinterval skal dokumenteres i patientjournalen. Plejen af patienten i relation til observationsniveauet skal fremgå af patientens sygeplejedokumentation.

Observationer i relation til observationsniveauet dokumenteres i hver vagt af plejepersonalet.

Minimum én gang i døgnet revurderes observationsniveauet af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske.

Kvalifikation og kompetence:

Observationsniveauet varetages af klinisk personale – herunder studerende/elever under supervision.

Skærpet Alment Observationsniveau – S.A.O.:

Patienten observeres ud fra et fastlagt tidsinterval, med mindst 0 minutter og højst 30 minutter. Fastsættelse af tidsintervallet tager udgangspunkt i patientens tilstand og skal ændres i forbindelse med ændring af patientens tilstand.

Ansvar og opgavefordeling:

Observationsniveauet samt fastsættelse af tidsinterval ordineres af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske og dokumenteres i patientjournalen. Plejen af patienten i relation til observationsniveauet skal fremgå af patientens sygeplejedokumentation.

Observationer i relation til observationsniveauet dokumenteres i hver vagt af plejepersonalet.

Minimum én gang i døgnet revurderes observationsniveauet af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske.

Kvalifikation og kompetence:

Observationsniveauet varetages af klinisk personale – herunder studerende/elever under supervision.

Fast Vagt – F.V.:

Patienten observeres kontinuerligt, og et personale er tilknyttet patienten som fast vagt. Opgaven som fast vagt er beskrevet i centrets instruks (LOKAL LINK). Der er ikke krav om vedvarende visuel kontakt – dette afhænger af patientens situation. Der kan være mulighed for fx toiletbesøg uden observation.

Personlig skærmning

Hvis patienten ikke frivilligt accepterer den faste vagt, kontaktes vagthavende læge med henblik på stillingtagen til anvendelse af personlig skærmning jf. Psykiatriloven § 18 c. Medicinstuderende kan ikke selvstændigt tage stilling til personlig skærmning.

Ansvar og opgavefordeling:

Observationsniveauet samt fastsættelse af tidsinterval besluttet af læge i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske og dokumenteres i patientjournalen. Plejen af patienten i relation til observationsniveauet skal fremgå af patientens sygeplejedokumentation.

Observationer i relation til observationsniveauet dokumenteres i hver vagt af plejepersonalet.

I hver vagt revurderes observationsniveauet af læge og ansvarshavende sygeplejerske.

Kvalifikation og kompetence:

Observationsniveauet varetages af klinisk personale. Niveauet kræver høj faglig kvalitet, og varetages som udgangspunkt af klinisk uddannet personale. Indikationen for fast vagt kan variere betydeligt, og det kommer an på et konkret skøn, om elever og studerende kan varetage opgaven. Hvis dette besluttet, kræves begrundelse af dette i patientjournalen.

Observations niveau skal varetages af kompetent personale*

***Kompetentniveau**

Personen har inden for eget fagområde en fagspecifik forståelse, tekniske færdigheder, organisatoriske evner og evne til at forudse sandsynlige begivenheder samt identificere betydningsfulde signaler og symptomer. Gennem erfaring har personen udviklet kompetence i at håndtere kendte situationer og evne til at planlægge arbejdet i lyset af mulighederne og skelne mellem væsentligt og uvæsentligt. Personen kan på baggrund af teoretiske kundskaber og analytisk kunnen foretage etiske vurderinger og selvstændige bedømmelser på et bredt grundlag med mange delelementer. Personen er bevidst om egne begrænsninger og søger viden når det kræves. Personen handler samvittighedsfuldt velovervejede med en elementær problemløsning. (P. Benner, 1997).

Skærpet Fast Vagt – S.F.V.:

Der er krav om vedvarende visuel kontakt med patienten.

Ansvar og opgavefordeling:

Observationsniveauet besluttet af læge i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske og dokumenteres i patientjournalen. Plejen af patienten i relation til observationsniveauet skal fremgå af patientens sygeplejedokumentation.

Observationer i relation til observationsniveauet dokumenteres i hver vagt af plejepersonalet.

I hver vagt revurderes observationsniveauet af læge og/eller ansvarshavende sygeplejerske.

Personlig skærmning

Hvis patienten ikke frivilligt accepterer den faste vagt, kontaktes vagthavende læge med henblik på stillingtagen til anvendelse af personlig skærmning jf. Psykiatriloven § 18 c. Medicinstuderende kan ikke selvstændigt tage stilling til personlig skærmning.

Kvalifikation og kompetence:

Det skal være kompetent uddannet personale**, der varetager observationen. Studerende samt elever kan kun varetage opgaven efter særlig oplæring. Ved fravigelse af dette kræves stillingtagen ud fra den konkrete patientsituation. Beslutningen om dette træffes af ansvarlige læge og ansvarshavende sygeplejerske.

****Kompetentniveau**

Personen har inden for eget fagområde en fagspecifik forståelse, tekniske færdigheder, organisatoriske evner og evne til at forudse sandsynlige begivenheder samt identificere betydningsfulde signaler og symptomer. Gennem erfaring har personen udviklet kompetence i at håndtere kendte situationer og evne til at planlægge arbejdet i lyset af mulighederne og skelne mellem væsentligt og uvæsentligt. Personen kan på baggrund af teoretiske kundskaber og analytisk kunnen foretage etiske vurderinger og selvstændige bedømmelser på et bredt grundlag med mange delelementer. Personen er bevidst om egne begrænsninger og søger viden når det kræves. Personen handler samvittighedsfuldt velovervejede med en elementær problemløsning. (P. Benner, 1997).

Omfang og gyldighedsområde

Observationsniveauerne anvendes af det kliniske personale i forhold til indlagte patienter.

Ansvar og opgavefordeling/Ansvar og organisation

Centerledelsen er overordnet ansvarlig for implementering af ovenstående. Afsnitsledelserne er ansvarlig for implementering i praksis.

Henvisninger og links

Lov nr. 1111, Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 1. november 2006.
Lokalt link om Fast Vagt.

Bilag

Bilag 1 Observation - skema ved bæltefikseringer



Observationsskema ved bæltefiksering - sept. 2008.doc

Referencer

Lov nr. 1111, Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 1. november 2006.
Psykiatriloven § 18 c.

Indikatorer

- Audit med fokus på ordination og seponering af observationsniveau
- Audit med fokus på dokumentation af observationer

-
- Audit med fokus på revurdering af observationsniveau

DDKM Standarder

Observation

JCI Standarder

BE, KP

Ændringslog:

- Søgeord tilføjet

Akkrediteringsstandarder:

Relaterede VIP-dokumenter:

Emneord: [Behandling](#) || [Forebyggelse](#) || [Patientsikkerhed](#)

Fagområde: [Psykiatri](#)

Dokumentet vedligeholdes af **Anne-Marie Schjerbeck**, og er sidst opdateret **18-11-2008**
Mia Hellestøj

Synliggøre og skabe overblik over afsnittets samlede udøvelse af tvang og indsatsområder



I alle faser af behandlingsforløbene er det vigtigt at sikre, at det enkelte patientforløb omfatter sundhedsfaglige ydelser af høj kvalitet. For at kunne vurdere kvaliteten er det nødvendigt, at indsatsen dokumenteres, gøres synlig og målbar og dermed tilgængelig for kvalitetsudvikling.

Alle afdelinger kan trække egne data vedr. tvangsanvendelsen. Og med den nye funktionalitet i SEI, hvor det er muligt at trække lister med personnumre, kan afsnittene også monitorere data på lokalt niveau.

For at klarlægge udviklingen af tvangsanvendelsen er det nødvendigt at foretage en grundig undersøgelse af data. Den proces kan med fordel udføres ved hjælp af et databehandlingsprogram, der omdanner data til meningsfuld og overskuelig information. Flere programmer er freeware og kan downloades kvit og frit fra internettet. EpiData er et eksempel herpå og kan downloades på denne netadresse: <http://www.epidata.dk>.

Epidata er baseret på statistisk processtyring (SPC), som er en enkel metode til at vise udviklingen over tid og måle ændringer i kvalitetsudvik-

lingsprocesser. SPC kræver ikke forhåndskendskab til statistiske metoder. Det forudsættes dog, at man har indsigt i den proces – anvendelsen af tvang – som ønskes forbedret.

Det er vigtigt, at informationen om afdelingens kvalitetsniveau omkring tvang når ud til alle medarbejdere og ledere i afsnittet/afdelingen. Visuelle illustrationer af data så som grafer og diagrammer er en virkningsfuld måde at formidle data på, og er et godt grundlag for at drøfte udviklingen og planlægge det videre arbejde.

Præsentation af tidstro data – på ugebasis eller månedsbasis – virker meget motiverende i forhold til at fastholde fokus på processen. Og det er nemmere for den enkelte medarbejder at forholde sig til data, når han kan erindre episoder og huske omstændigheder (eksempelvis mange dårlige patienter i uge 34).

Det kan være nyttigt at dedikere en personale til behandlingen af data. Det er erfaringen, at sekretærer har særlige erfaringer med dataudtræk og – analyser.

Arbejdsredskaber:

Monitorering af tvangsanvendelse

240



Monitorering af tvangs- anvendelse

Systematisk og løbende opfølgning på anvendelse af tvang er en forudsætning for at implementere og fastholde forbedringer. Data, der visuelt belyser udviklingen på området, er et væsentligt middel til at fastholde fokus. Og det er meget motiverende at erfare, at indsatsen faktisk viser konkrete resultater.

Når måling og vurdering af kvaliteten foregår som en integreret del af det daglige udviklingsarbejde, kan medarbejdere og ledelse mere kvalificeret tilrettelægge forandringsarbejdet og løbende foretage nødvendige justeringer af praksis.

Kontaktinformation:

Psykiatrisk Center Frederiksberg

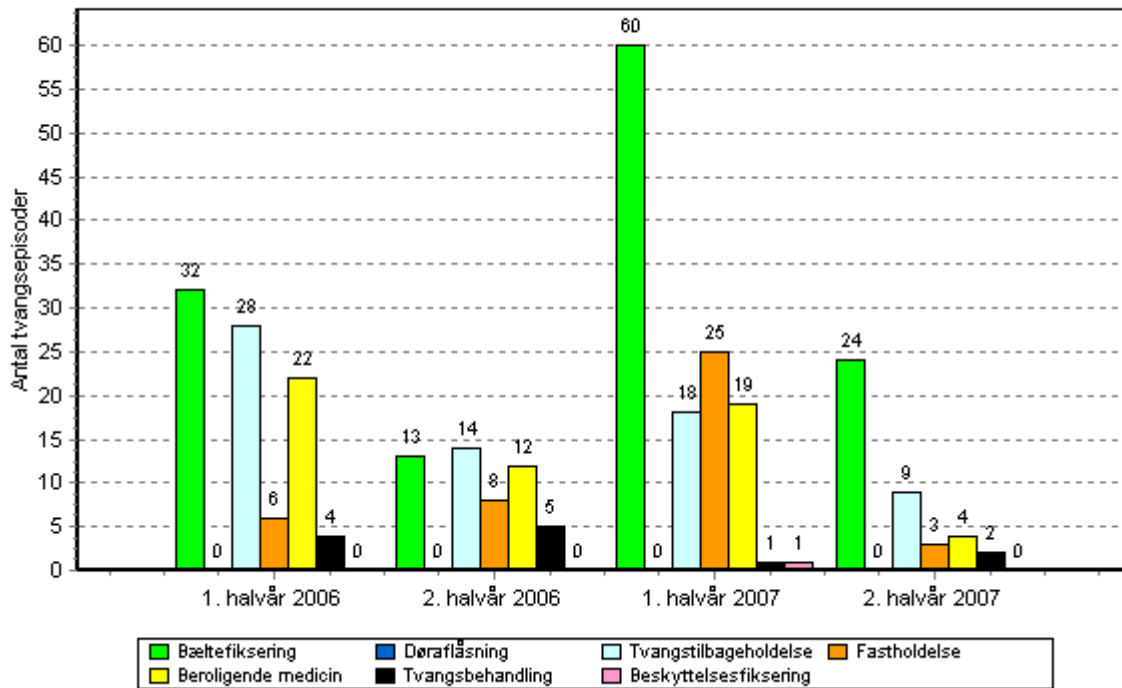
Projektkoordinator Anette Lauritsen
Tlf.: 3816 4468
E-mail: Anette.Lauritsen@frh.regionh.dk

Andre kilder:

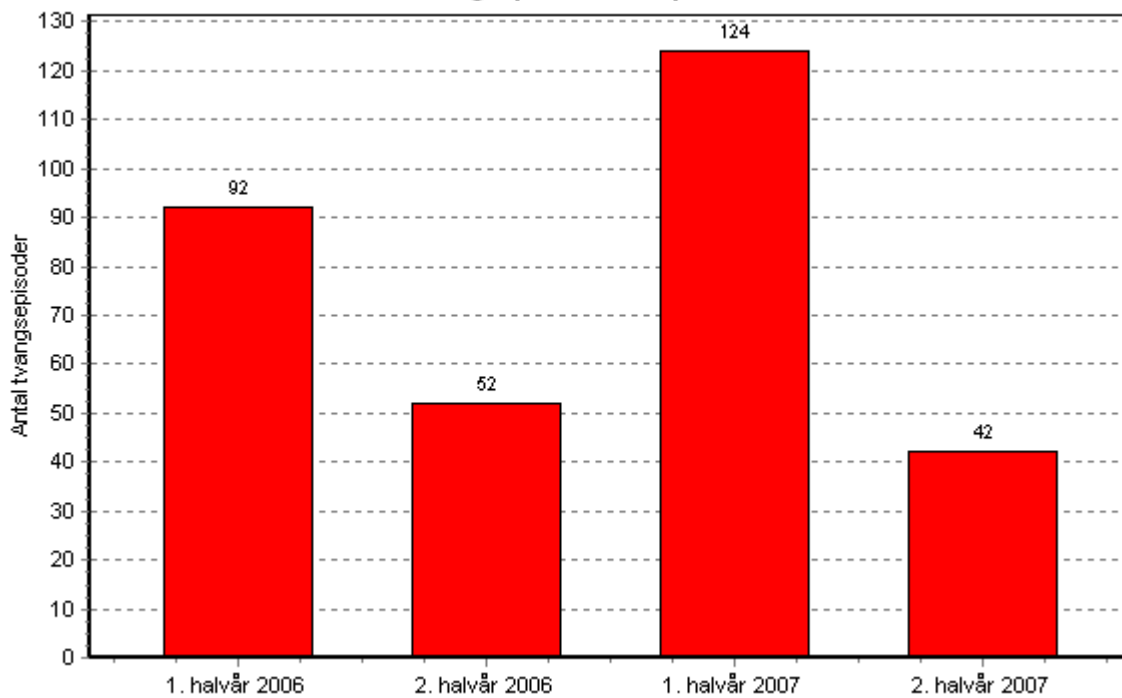
Regionspsykiatrien Herning
Psykiatrisk Center Gentofte
Århus Universitetshospital Risskov,
Gerontopsykiatrisk Afdeling
Almenpsykiatrisk afdeling Svendborg
Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle

Monitorering af tvangsanvendelsen
Tvangsanvendelse 2006-2007 i afsnit D2øst

Antal tvangsepisoder pr. halvår



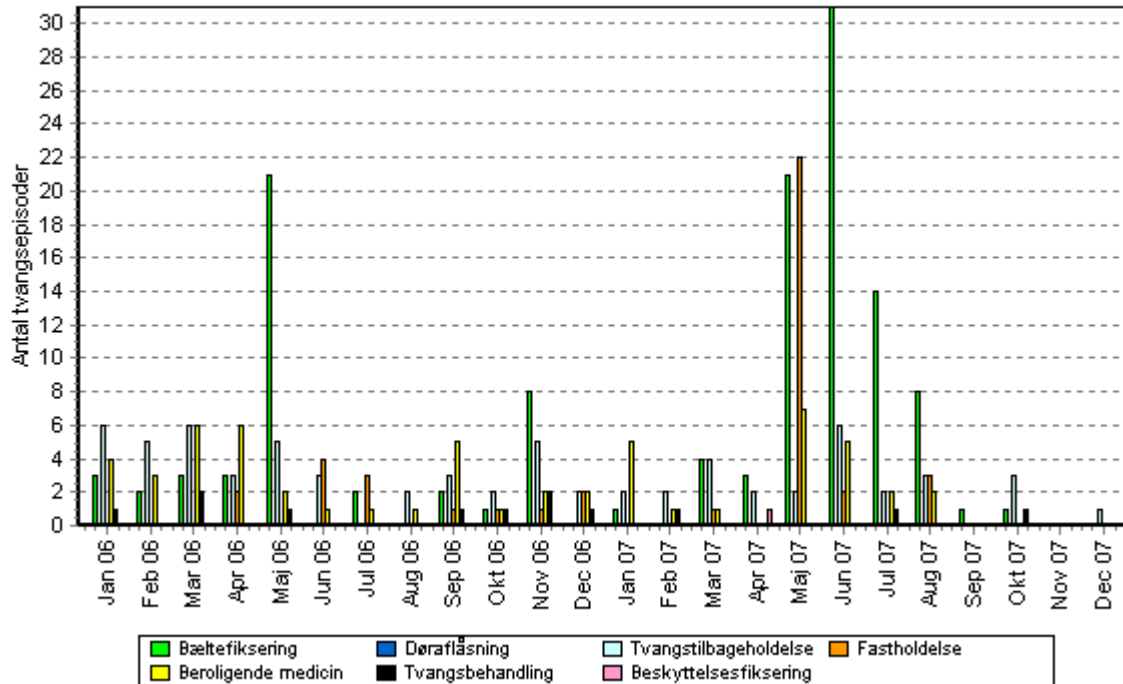
Antal tvangsepisoder i alt pr. halvår



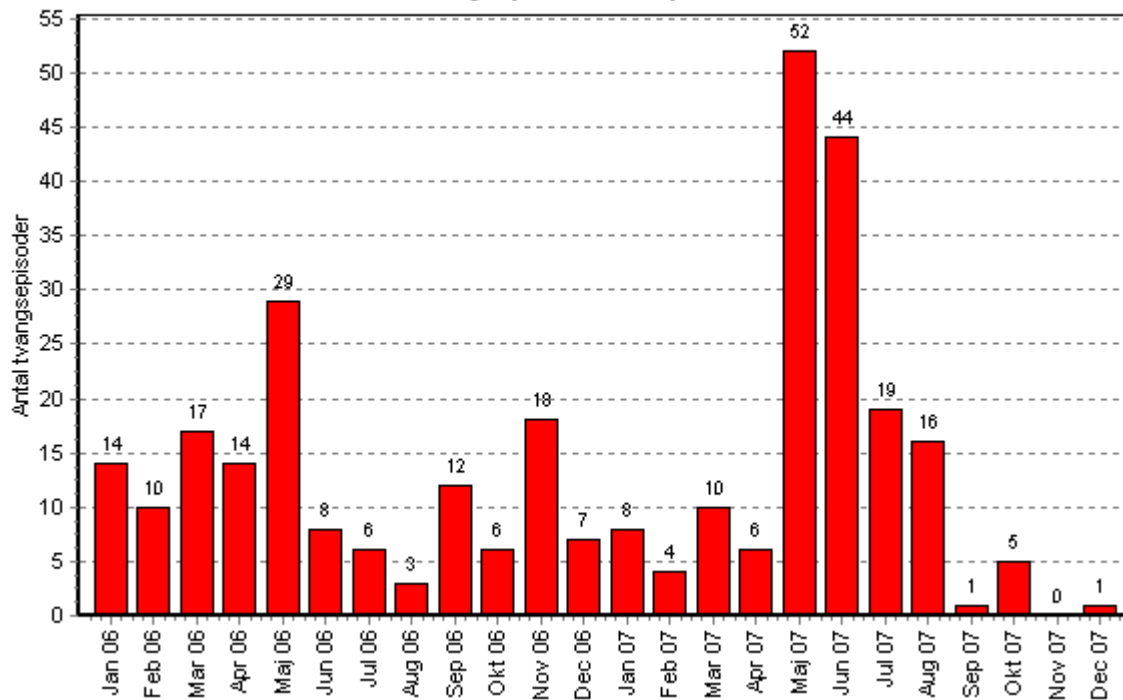
Monitorering af tvangsanvendelsen

Tvangsanvendelse 2006-2007 i afsnit D2øst

Antal tvangsepisoder pr. måned

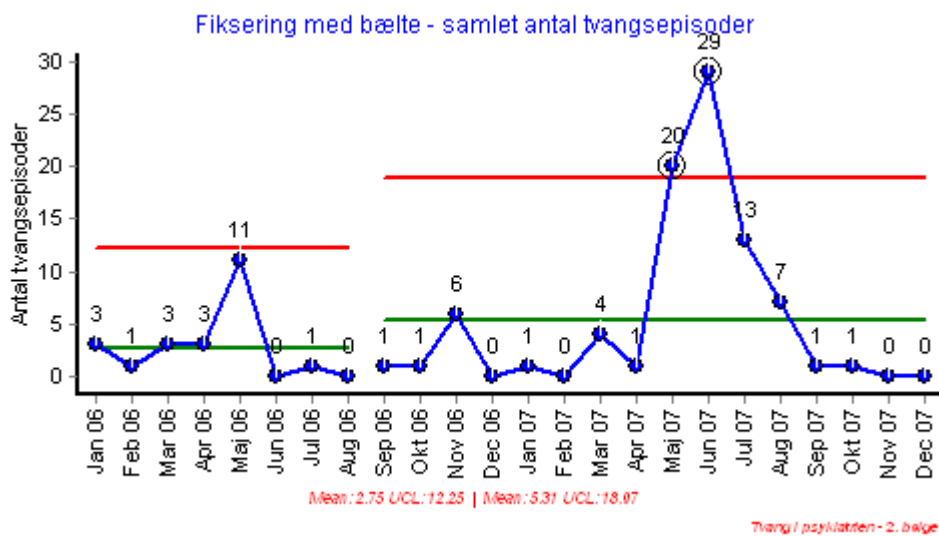
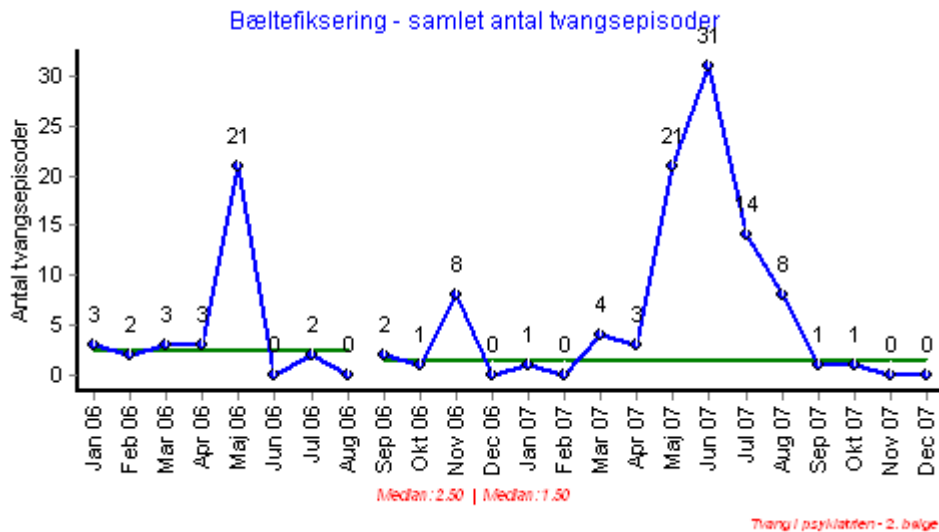


Antal tvangsepisoder i alt pr. måned



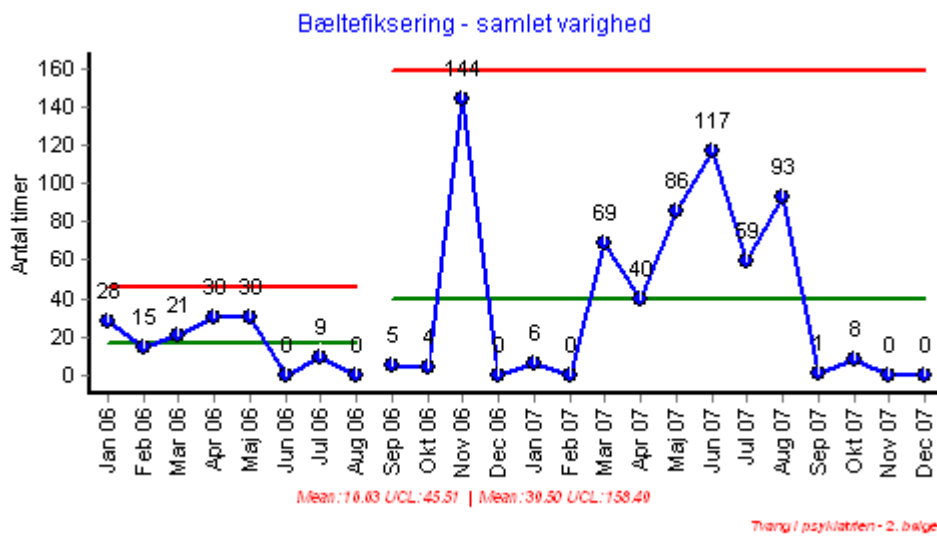
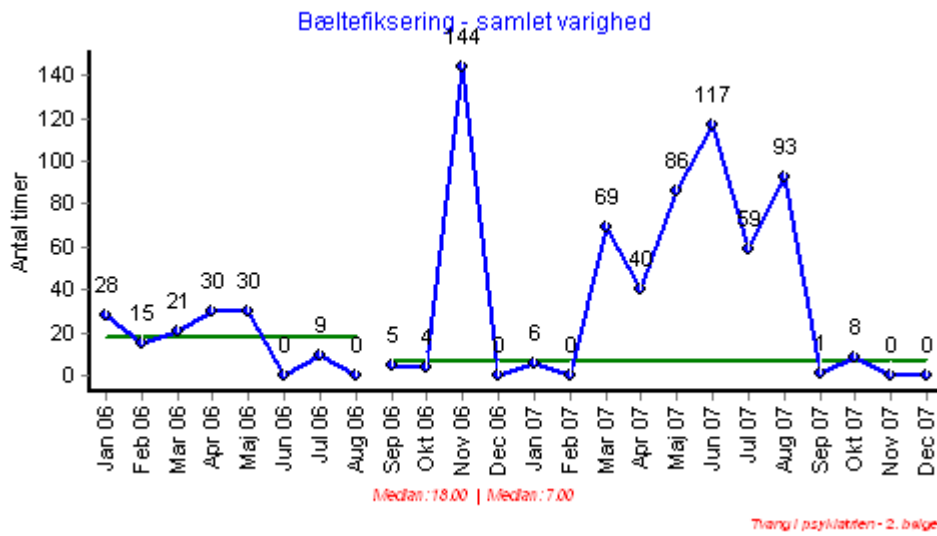
Monitorering af tvangsanvendelsen

Tvangsanvendelse 2006-2007 i afsnit D2øst



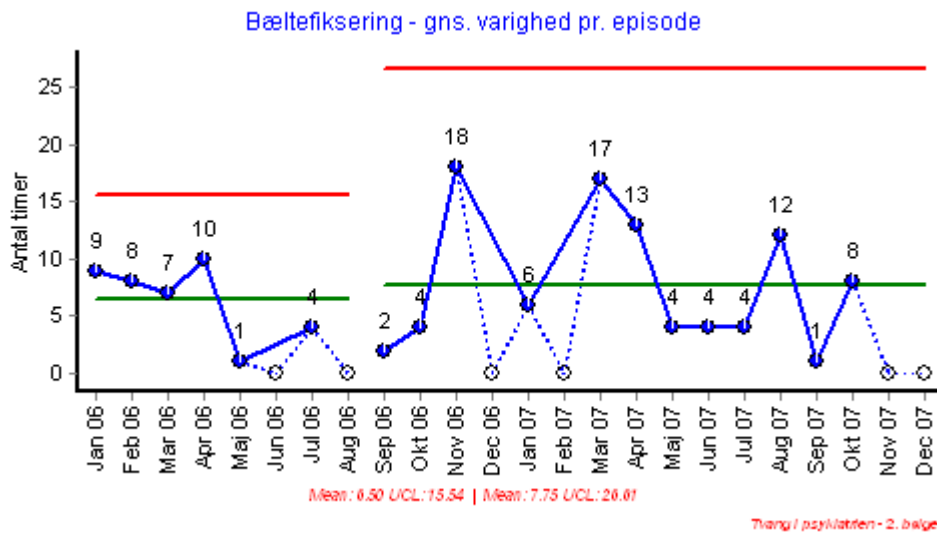
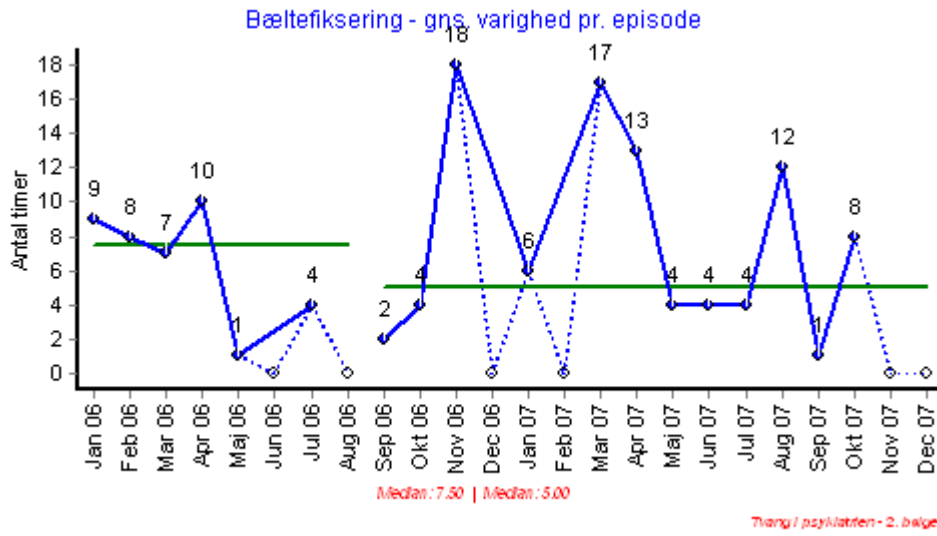
Monitorering af tvangsanvendelsen

Tvangsanvendelse 2006-2007 i afsnit D2øst



Monitorering af tvangsanvendelsen

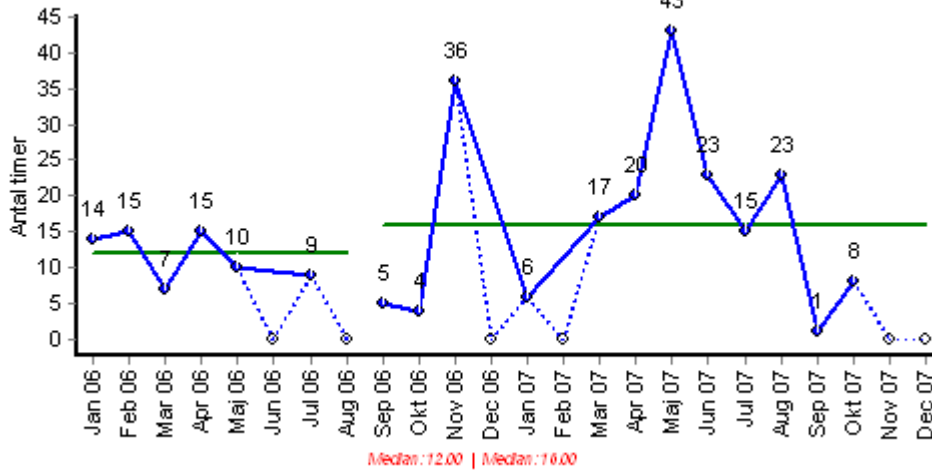
Tvangsanvendelse 2006-2007 i afsnit D2øst



Monitorering af tvangsanvendelsen

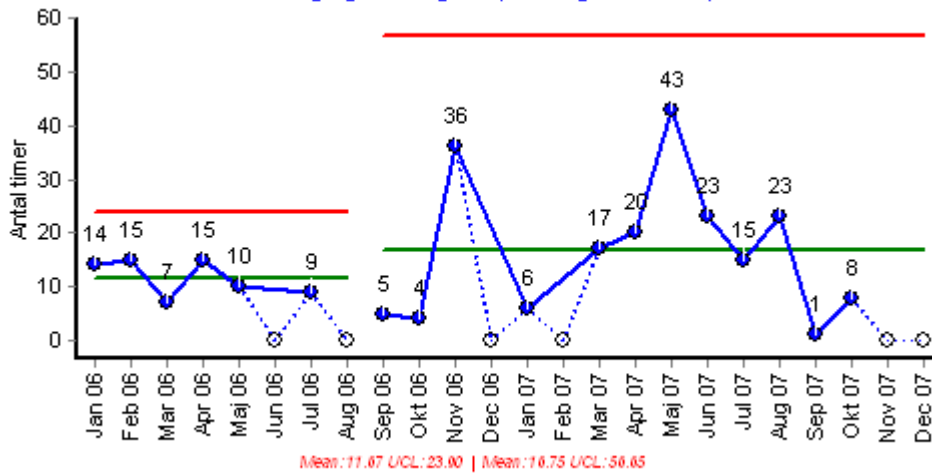
Tvangsanvendelse 2006-2007 i afsnit D2øst

Bæltefiksering - gns. varighed pr. tvangbehandlet patient



Tvang i psykiatrien - 2. bølge

Bæltefiksering - gns. varighed pr. tvangbehandlet patient



Tvang i psykiatrien - 2. bølge

Kommentarer til udviklingen af antal tvangsepisoder i D2øst, Psykiatrisk Center Frederiksberg - søjlediagrammer i Epi-data for 2006 og 2007 (se vedhæftede grafer)

Den samlede anvendelse af tvang har været lettere faldende i en stor del af perioden. I slutningen af projektperioden, i maj og juni 2007, stiger antallet af bæltefikseringer og fastholdelse markant. Stigningen kan især tilskrives en enkelt patient, en hjerneskadet mand i 40-årsalderen, som er færdigbehandlet, men meget dårlig fungerende. Herudover angår størstedelen af bæltefikseringerne en anden patient, der selv ønsker sig i bælte i kortvarige perioder på grund af stærk selvskadende adfærd.

Mange faktorer spiller sammen, og kan påvirke omfanget af tvangsanvendelsen. Projektteamet vurderer, at der igennem de sidste år, har indfundet sig en højere grad af ro, stabilitet og kontinuitet i personalegruppen. Gruppen er sammensat af en del personale, som er indstillet på at tale om tvangsanvendelsen og engagere sig i faglige drøftelser om, hvordan det kan gøres bedre. Kulturen i afsnittet har også udviklet sig hen imod en større rummelighed med hensyn til den psykotiske patients tilstand og adfærd, og personalegruppen har tilegnet sig en øget faglig kompetence i håndtering af konflikter. Personalet vurderer, at denne udvikling har været i gang igennem de sidste 3-4 år, og udviklingen er forstærket yderligere ved deltagelsen i gennembrudsprojektet. Deltagerne i et fokusgruppeinterview vurderer, at det har haft en selvforstærkende virkning, at vi generelt har fået mere systematisk fokus på forebyggelsen af tvang og øget opmærksomhed på et højt fagligt niveau i anvendelsen af den nødvendige tvang.

En anden faktor, der kan have en indflydelse på omfanget af tvangsanvendelse, er patientsammensætningen. Omkring 30 % af patienterne har i en periode været patienter med retspsykiatriske foranstaltninger, hvilket kan påvirke antallet af tvangstilbageholdelser i nedadgående retning. Dertil har vi en formodning om at Det Opsøgende Psykoseteam og Distriktspsykiatrien bevirker at patienterne indlægges tidligere i sygdomsforløbet, hvilket kan influere på omfanget af tvangsanvendelser.



Kulturen på den enkelte afdeling er i høj grad med til at påvirke, hvor meget de enkelte tvangsforanstaltninger anvendes og udøves. Kultur kan bl.a. påvirkes og ændres af, at pleje- og behandlingspersonalet tillærer sig nye eller andre handlinger, fx gennem praksis- og kompetenceudvikling.

Faste uddannelsestilbud eller retningslinjer for kompetenceudvikling i forhold til tvangsanvendelsen er vigtig for at sikre, at alt personale kan løfte deres opgaver på et højt fagligt niveau og en farefri måde. Afdelingerne kan ved at fokusere på interne ressourcer og kontinuerlig uddannelse for mindre personalegrupper få en bedre spredning af "lokale eksperter" viden og erfaring. Samtidig får medarbejderne et fælles sprog og kan trække på kollektive referencer i akutte situationer.

Arbejdsredskaber:

Vejledning i dokumentation af tvang	249
-------------------------------------	-----

Kompetenceudvikling vedrørende anvendelsen af tvang	265
---	-----



Vejledning i dokumentation af tvang

Foruden den lovpligtige dokumentation af tvang har afdelingerne forskellig praksis i forhold til registrering og opfølgning af tvangsepisoder. For at sikre ensartet dokumentationspraksis på området er det nødvendigt med løbende undervisning eller e-læring.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Psykatrien i Roskilde, Toftehus Afsnit 21/22

Afdelingssygeplejerske, Eva Enevoldsen
Tlf.: 4732 7722
E-mail: eme@regionsjaelland.dk

**Værdier i samarbejde
Faglig kvalitet - Gensidig respekt - Indlevelse og omsorg – Information – Sammenhæng**

Vejledning i anvendelse af papirer til dokumentation og registrering af tvang

Formål:

At give en samlet oversigt over korrekt udfyldelse af papirer til registrering og opfølgning af tvangsepisoder til undervisningsformål.

ALLE PAPIRER FINDES I DET GULE RINGBIND MED PAPIRER TIL TVANG DER STÅR I REOLEN PÅ KONTORET.

Rød tvang

1. Ved indlæggelse
2. Efterprøvelse
3. Ophør
4. Udskrivning

Indenfor 48 timer skal en psykiater vurdere om der er fortsat indikation for anvendelse af frihedsberøvelse.

Patientrådgiver skal beskikkes.

Eftersamtale udføres og dokumenteres.

Gul tvang

1. Ved indlæggelse
2. Efterprøvelse
3. Ophør
4. Udskrivning

Indenfor 48 timer skal en psykiater vurdere om der er fortsat indikation for anvendelse af frihedsberøvelse.

Patientrådgiver skal beskikkes.

Eftersamtale udføres og dokumenteres.

**Tilbageholdelse som
fortsættelse af
tvangsindlæggelse**

1. Ved indlæggelse
2. Efterprøvelse
3. Ophør
4. Udskrivning

Efterprøvelsen foregår mindst hver 4. uge efter de første 30 dage.

Patienten kan tilbageføres til afsnittet med politiets hjælp.

Patientrådgiver skal beskikkes.

Eftersamtale udføres og dokumenteres.

Tvangsbehandling

**ECT kun ved fare
for patientens liv.**

Der tages stilling til om en evt. klage har opsættende virkning på iværksættelsen.

Der skal altid beskikkes patientrådgiver.

Patienten skal informeres mundtligt og skriftligt.

Eftersamtaler udføres og dokumenteres.

BÆLTEFIKSERING

Der skal så vidt muligt være en læge tilstede.

Ansvarshavende sygeplejerskes fulde navn påføres.
Patientrådgiver beskikkes og fast vagt etableres.

Observationer noteres ned hver time.
4 gange i døgnet tilses patienten af den ansvarshavende læge.
Skema 5 anvendes

Ved bæltefiksering ud over 48 timer tilses patienten af ekstern læge.
Skema 5 anvendes.

Eftersamtaler udføres og dokumenteres.

Fiksering med remme

1. Altid en overlæge ordination.
2. Patientrådgiver er i forvejen beskikket til bæltefiksering.
3. Eftersamtale udføres sammen med eftersamtale i forbindelse med bæltefiksering.

Fastholden

Kan anvendes i
nødværge indtil lægen
kommer tilstede.

Patientrådgiver skal
beskikkes.

Fastholden som led i
anden tvang
registreres ikke
særskilt.

Eftersamtale udføres
og dokumenteres.

Døraflåsning

Straks ved indlæggelsen søges
etableret aftale om udgang i
forhold til hvad der fagligt
skønnes godt i forhold til
patients tilstand.

Drøftelsen heraf foregår i åben
dialog med patienten.

Kan aftale ikke etableres er der
anledning til at overveje om
patienten opfylder betingelsen
for tvang.

Ordineres døraflåsning
beskikkes patientrådgiver.
Medpatienter orienteres om at
døren er låst, men ikke for dem
individuel.
Der skal foretages
eftersamtaler.

Beroligende medicin
Lægen skal være tilstede.
Ansvarshavende sygeplejerske skal være til stede.
Patientrådgiver skal beskikkes.
Fastholden som led i givning af beroligende medicin registreres ikke særskilt.
Eftersamtale udføres og dokumenteres.

Beskyttelsesfiksering
1. Overlægebeslutning
2. Patientrådgiver beskikkes.
3. Patient og pårørende søges medinddraget i så vid udstrækning som muligt.
4. Patienten skal ikke have fastvagt, men tilses efter ordination og behov.
5. Eftersamtale udføres og dokumenteres

Skema for nye indberetninger til Sundhedsstyrelsen om tvang fra 1. januar 2007		
Følgende udfyldes og gives til lægesekretær LVN:		
Tvangsanvendelsen vedrører:		
Navn:	XXXXXXXXXX	Cpr.nr: YYYYYYYY
Kryds nedenstående af:		
<input checked="" type="checkbox"/> Skærmning med fast vagt uafbrudt > 24 timer, som ikke har patientens samtykke		
Påbegyndt kl.	1520	Afsluttet kl. ZZZZ Initialer læge
Tilsyn x 4/døgn, der skal anføres notat i journalen herom		
Forvagtens navn:	Dato:	Tidspunkt:
Udfyldes med et skema pr. døgn		
Der skal udfyldes 1 skema/døgn !		
Bæltefiksering > 48 timers varighed – ekstern lægevurdering:		
Lægenavn:	Dato:	
Tidspunkt:	Uenighed ? ja/nej:	
Opfølgning efter udskrivning:		
Ved anvendelse af udskrivningsaftale/koordinationsplan indberettes dette til SEI. Indberetning af alle foranstaltninger skal ske elektronisk hvert kvartal. Kopi til Regionsdirektionen. Løsning af bælte kan ske op til 1 time uden ny registrering ved genindlæggelse.		
Udfyldt af:	Dato:	

Skærmning ud over 24 timer

1. Bagvagsbeslutning
2. Patienten er ikke ladt alene på noget tidspunkt og har fast vagt.
3. Patientrådgiver beskikkes.
4. Forvagten tilser patienten 4 gange i døgnet og søger alliance opnået omkring benyttelsen af fast vagt.
5. Eftersamtale udføres og dokumenteres i journalen

Skema for nye indberetninger til Sundhedsstyrelsen om tvang fra 1. januar 2007		
Følgende udfyldes og gives til lægesekretær LVN:		
Tvangsanvendelsen vedrører:		
Navn:	XXXXXXXXXX	Cpr.nr: YYYYYYYY
Kryds nedenstående af:		
<input type="checkbox"/> Skærmning med fast vagt uafbrudt > 24 timer, som ikke har patientens samtykke		
Påbegyndt kl.	1520	Afsluttet kl. ZZZZ Initialer læge
Tilsyn x 4/døgn, der skal anføres notat i journalen herom		
Forvagtens navn:	Dato:	Tidspunkt:
Udfyldes med et skema pr. døgn		
Der skal udfyldes 1 skema/døgn !		
Bæltefiksering > 48 timers varighed – ekstern lægevurdering:		
Lægenavn:	Dato: XXX	
Tidspunkt:	Uenighed ? ja/nej: XXX	
Opfølgning efter udskrivning:		
Ved anvendelse af udskrivningsaftale/koordinationsplan indberettes dette til SEI. Indberetning af alle foranstaltninger skal ske elektronisk hvert kvartal. Kopi til Regionsdirektionen. Løsning af bælte kan ske op til 1 time uden ny registrering ved genindlæggelse.		
Udfyldt af:	Dato: XXXX	

Bæltefiksering over 48 timer.

1. Bagvagt orienteret
2. Forvagten tilser patienten 4 gange i døgnet og begrundet den fortsatte anvendelse.
3. Ekstern læge tilkaldes efter 48 timer til vurdering.
4. Eftersamtale udføres og dokumenteres i journalen

Skema for nye indberetninger til Sundhedsstyrelsen om tvang fra 1. januar 2007

Følgende udfyldes og gives til lægesekretær LVN:

Tvangsanvendelsen vedrører:
 Navn: XXXXXXXXXX Cpr.nr: YYYYYYYYY

Kryds nedenstående af:

Skærmming med fast vagt uafbrudt > 24 timer, som ikke har patientens samtykke

Påbegyndt kl. _____ Afsluttet kl. _____ Initialer: _____

Tilsyn x 4/døgn, der skal anføres notat i journalen herom

Forvagtens navn:	Dato:	Tidspunkt:

Der skal udfyldes 1 skema/døgn !

Bæltefiksering > 48 timers varighed – ekstern lægevurdering:

Lægenavn: _____ Dato: _____
 Tidspunkt: _____ Uenighed ? ja/nej: _____

Opfølgning efter udskrivning:
 Ved anvendelse af udskrivningsaftale/koordinationsplan indberettes dette til SEI. Indberetning af alle foranstaltninger skal ske elektronisk hvert kvartal. Kopi til Regionsdirektionen. Løsning af bælte kan ske op til 1 time uden ny registrering ved genindlæggelse.

Udfyldt af: Overlæge Dato: XXXXXX

Opfølgning efter udskrivning.

1. Overlægebeslutning
2. Patienten er indforstået med aftalen = **udskrivningsaftale.**
3. Patienten er ikke i stand til at indgå aftale = **koordinationsplan.**
4. Patienten får udleveres kopi af aftale /plan.
5. Antal aftaler og planer registreres i Sundhedsstyrelsen på lige fod med al anden tvang.

ROSKILDE AMTSSYGGEHUS FJORDEN

TILBAGEKALDELSE AF KLAGE
 (anvendes fra 1.1.99)

Til Patientklagenævnet for Roskilde Amt
 Til Sygehusledelsen, RAF

Hermed tilbagekaldes tidligere klage, dateret _____ til Patientklagenævnet for Roskilde Amt

vedrørende:

Tvangsindlæggelse
 Tvangstilbageholdelse
 Tvangsbehandling
 Tvangsmedicinering
 Tvangsfiksering
 Beskyttelsesfiksering
 Fysisk magtanvendelse
 Indgift af berørgende midler

Patienten kan få hjælp til udfyldelsen, men underskriver den selv.

Oplysninger vedr. klageren:

Patientens navn og CPR.nr.
Afdeling/afsnit:
Patientrådgiver Navn:

 Dato

 Patientens eller patientrådgivers underskrift

tilbagekaldelse af klage 1/99 ML

Tilbagekaldelse af klage

1. Kan udfyldes af patientrådgiver og al anden personale.
2. Patienten har ret til at genrejse en tilbagetrukket klage når som helst.
3. Patientrådgiveren sikres orienteret.
4. Tilbagekaldelsen registreres i journalen og i patientklagenævnet.

Værdier i samarbejde
Faglig kvalitet - Gensidig respekt - Indlevelse og omsorg –
Information – Sammenhæng

Observationsskema ved bæltefikseringer

Dato: _____

Skema nr.: _____

Primær kontakt person: _____

Fast læge: _____

Fast vagt: Vurdering inkl. dokumentation min. hver time.

Læge: Tilsyn og vurdering inkl. dokumentation min. x 4 i døgnet

Formål med fikseringen:

Udfyld skemaet på bagsiden - vend

Observationsskema ved bæltefiksering (forside)

1. Anvendes ved alle fikseringer.
2. Et skema for hver 8 timer.
3. Den faste vagt får udleveret vejledning til fast vagt.
4. Label påsættes bagsiden, hvor observationerne noteres.

Label

Observationer:

Initialer:		
Klokken:		
Sover patienten?	ja	nej
Er patienten psykomotorisk urolig?	ja	nej
Er patienten hallucineret?	ja	nej
Er patienten selvestruktiv?	ja	nej
Er patienten udløgende/truende?	ja	nej
Er patienten ophids/vred?	ja	nej
Er alm. kommunikation med patienten mulig?	ja	nej
Er patienten tilbuddt medicin?	ja	nej
Er patienten informeret om formål med fiksering?	ja	nej
Ligger bælter og evt. remme korrekt?	ja	nej
Klager patienten over smerter?	ja	nej
Er der foresøgt samtykke omkring mobilisering?	ja	nej
Er patienten tilbuddt ?	ja	nej
Musik (M), kugledyne(K)	ja	nej
Har patienten fået tilbudt mad og drikke?	ja	nej
- evt. væskeskema	ja	nej
Er patientens cirkulation l.a.?	ja	nej
Er patientens respiration l.a. ?	ja	nej
Har patienten været på toiletet? Bækken (B) Kolbe (K)	ja	nej

Bemærkninger:

Observationsskema ved bæltefiksering (bagside)

1. Observationsskemaet følges.
2. Formålet med fikseringen søges opnået .

Region Sjælland
 Psykiatrien i Roskilde og Køge

**REFERATSKEMA TIL BRUG FOR EFTERSAMTALER
 VED TVANGSFORANSTALTNINGER**

Ifht. lov om anvendelse af tvang i psykiatrien skal der efter enhver tvangsforanstaltning tilbydes patienten en eller flere eftersamtaler, snarest efter tvangsforanstaltningens ophør og senest ifm. udskrivningssamtalen, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14.12.2006 herom (bilag nr. 2.5.1.1.10).

Der skal tages referat af disse samtaler, og patienten skal have mulighed for at kommenterer referatet inden det tilgår journalen.

Dette skema kan anvendes både som skabelon for og til referat af samtalen. Kopi af dette skema underskrevet af den ansvarlige medarbejder skal tilgå journalen.

Patientens navn:	
Afsnit hvorpå tvangsforanstaltningen foregik:	
Dato for tvangsforanstaltning:	
Type af tvangsforanstaltning:	
Eftersamtale nummer (vedr. denne tvangsforanstaltning)	
a) Hvordan oplevede patienten den pågældende tvangsforanstaltning og den måde den blev gennemført på?	
b) Hvordan var patientens opfattelse af årsag til og formål med den pågældende tvangsforanstaltning?	
c) Patientens vurdering af om man kunne have undgået tvang i den pågældende situation og i givet fald hvordan man skulle have forholdt sig	
d) Patientens forslag til hvordan man i eventuelle fremtidige situationer kunne undgå tvang	
e) Information om hvordan personalet opfattede årsagen til og formålet med tvangsforanstaltningen	

Sidst revideret: 09.01.2007 / MBH
 Side 1 af 2

Eftersamtaler

1. Skemaet kan bruges til støtte under samtalen så drøftelsen kommer til at indeholde så mange aspekter som muligt og begge parter får en større forståelse af hændelsesforløbet
2. Referat tilgår journalen som skema eller referat af samtalen som journalnotat under søgeordet "eftersamtale"

Region Sjælland
 Psykiatrien i Roskilde og Køge

f) Virkning og eventuelle bivirkninger ved den pågældende tvangsforanstaltning, fx ved medicinering	
Andre forhold i relation til tvangsforanstaltningen, som må antages at kunne fremme formålet med samtalen:	
Dato for patientens kommentar til dette referat af eftersamtalen	
Planlægges der en yderligere eftersamtale? Hvis ja anføres dato herfor:	
Ansvarlig medarbejders underskrift	

Eftersamtaler

Skemaet kan bruges til støtte under samtalen så drøftelsen kommer til at indeholde så mange aspekter som muligt og begge parter får en større forståelse af hændelsesforløbet

Referat tilgår journalen som skema eller referat af samtalen som journalnotat under søgeordet "eftersamtale"

ROSKILDE AMTSSYGGEHUS FJORDEN

Klageblanket
(anvendes fra 1.1.2000)

Denne blanket kan udfyldes af patient, patientrådgiver, pårørende eller eventuelt af et personale-medlem til hvem patienten har fremsat sin klage.
Anvendelse af denne blanket hjælper med til den hurtigst mulige behandling af patientens klage. Blanketten underskrives af den der modtager klagen eller af patienten selv. Desuden underskriver den, der videregiver klagen. **Statsamtet ønsker først blanketten fremsendt, når den ledsages af nærmere redegørelse.**

Patientens navn:	
CPR:	
Adresse:	
Afsnit:	

HERMED KLAGES OVER:

TVANGSINDLÆGGELSE	Dato:
TVANGSTILBAGEHOLDELSE	Dato:
TVANGSFIKSERING	Dato:
BESLUTNING OM TVANGSBEHANDLING	Dato:
Andet:	Dato:

Klage og lægeerklæring vedr. tvangsinlæggelse/tvangstilbageholdelse, tvangsfiksering, beslutning om tvangsbehandling og anden tvang i forbindelse med behandlingen sendes/ faxes til Patientklagenævnet i Roskilde, Algade 12, 4000 Roskilde
FAXNUMMER: 46306004. TEL nr. 46306000.
NB Kopi til distriktsansvarlig overlæge, Sygehusledelsen RAF og journal.

	Klage afgivet/modtaget:	Klage videregendt:
Dato:		
Underskrift:		
Stilling:		
Adresse:		
Telefon:		

klage 1/2000 HF

Klageblanket

1. Avendes ved klage over enhver form for tvang.
2. Udfyldes af patientrådgiver, men kan udfyldes af enhver.
3. Det er ikke nødvendigt at angive adresse på den der modtager klagen.

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN
Psykiatrien Roskilde
Psykiatrien Køge

Til (patientnavn/label): _____

AFSNIT: _____

DATO: _____

Orientering om tvangsanvendelse

Det meddeles dig hermed, at det er besluttet, at iværksætte nedennævnte foranstaltning i henhold til:
Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Lovbekendtgørelse nr. 1111 af 01.11.2006)

Foranstaltningens art:

Årsag:

Formål:

Du er berettiget til en eller flere eftersamtaler med et personalemedlem.
Du har altid ret til at klage over foranstaltningen.
Du vil blive oplyst om din adgang til at påklage foranstaltningen enten til det psykiatriske patientklagenavn eller til sygehusmyndigheden.

Hvis der er sat kryds i rubrikken til venstre har personalet sørget for, at du får beskikket en patientrådgiver.

(underskrift af ansvarlig læge)

NB: Kopi af dette udfyldte skema skal tilgå journalen som dokumentation.

12-01-2007 / US, MBH

Orientering om tvang

1. Forud for anvendelse af tvang søges aftale indgået med patienten om samarbejde omkring behandling.
2. Bliver det nødvendigt at anvende tvang som led i behandlingen skal patienten orienteres mundtligt og skriftligt om art, formål og årsag.
3. Der skal i vid udstrækning tages hensyn til patientens ønsker i anvendelsen af metode og omstændigheder omkring tvangen.

Vejledning i anvendelse af papirer til dokumentation og registrering af tvang

Besikkelse af patientrådgiver

Formularen anvendes til enhver besikkelse.

Patientrådgiveren skal møde inden 24 timer

Har patienten en retslig foranstaltning skal bistandsværger orienteres om tvangens art og omfang.

Kan bistandsværger ikke træffes indenfor rimelig tidshorisont beskikkes der patientrådgiver.

Patientrådgiveren har adgang til behandlingsplan og tvangsprotokol.

Skema til dokumentation af ligelig fordeling af kontakter til patientrådgiver ved besikkelser.

Noter dato ud for person uanset udfald af kontaktforsøg

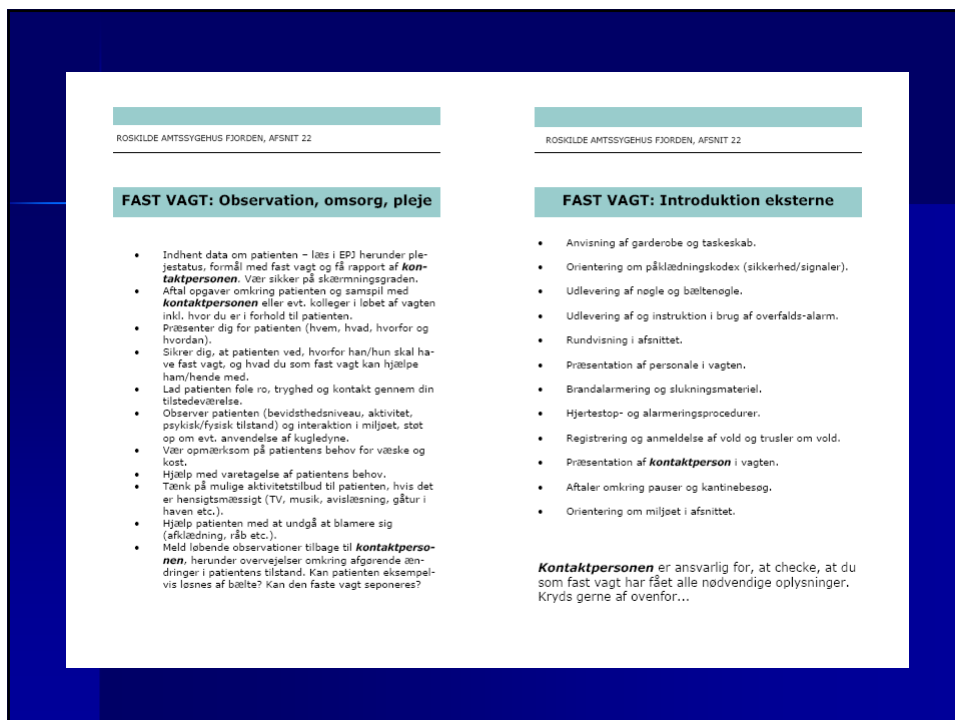
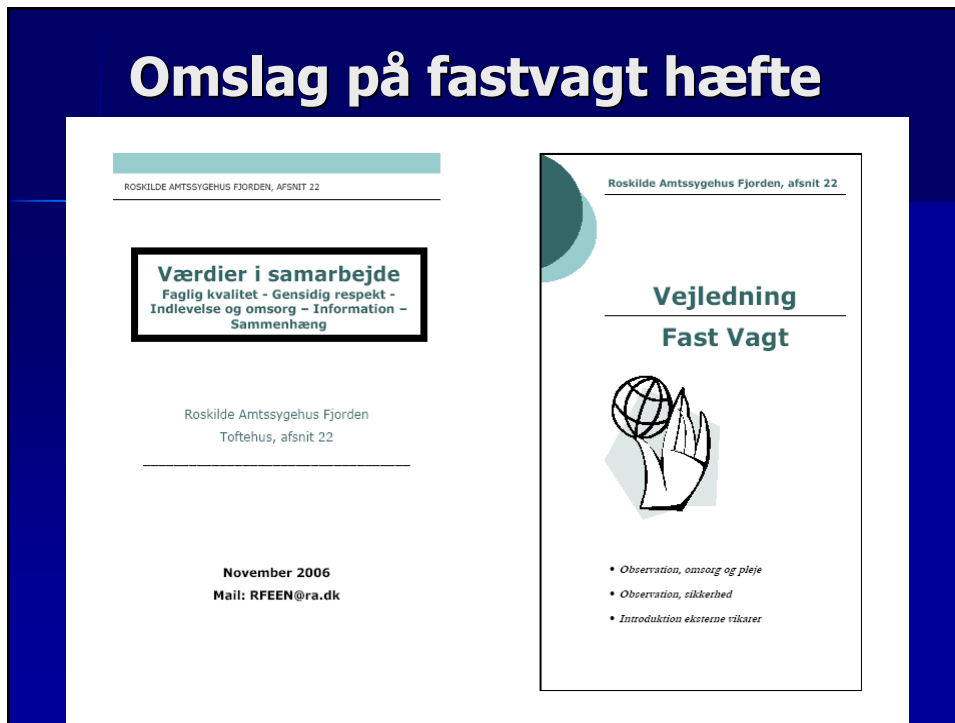
Navn	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato

Vejledning i anvendelse af papirer til dokumentation og registrering af tvang

Værdier i samarbejde Faglig kvalitet - Gensidig respekt - Indlevelse og omsorg – Information – Sammenhæng	
Skema til vurdering af faglig kvalitet ved nødvendig anvendelse af tvang.	
Spørgsmålene drøftes og derefter afgøres ved konsensus den opnåede faglige kvalitet Dato for drøftelse: Label:	
Blev der gjort nogen tiltag for at forebygge tvang ? (f.eks. kugledyne, inddragelse af familie / netværk, andet)	Hvordan reagerede patienten?
Hvordan reagerede miljøet og personalet?	Kunne der være gjort mere for at undgå tvang?
Blev der givet medicin inden tvangsepisoden?	Hvorfor blev det nødvendigt at bruge tvang?
Hvordan reager patient under tvangsanvendelse?	Hvor hurtigt faldt patienten til ro?
Side 1	

Kan anvendes efter tvangsepisoder til evaluering og faglig udvikling af den udførte tvang.

Hvad skete der med patienten efter tvangsanvendelsen?	Hvordan havde patienten det efter ophør af tvangen?
Var der øget opmærksomhed efter tvangsepisoden om patienten? Hvor længe?	Kunne perioden med tvang have været kortere ?
Forstod patienten senere nødvendigheden af tvangsanvendelsen?	Blev patienten set under et behandlet med fuld menneskelig respekt?
Blev der foretaget tilstrækkelig dokumentation i EPJ?	Andet:
<p>Mål : 90% af alle personaler vurderer, at afsnittets håndtering af tvang sker på et "meget højt fagligt niveau." Sammenfattende afgives følgende vurdering: <i>Eventuelle mangler noteres i logbog til hurtig opfølgning.</i></p> <p>1.Meget højt fagligt niveau ved tvangsanvendelsen 2.Tilfredsstillende fagligt niveau. Hvad manglede? 3.Middel fagligt niveau. Hvad manglede? 4.Ikke acceptabelt fagligt niveau. Hvad manglede? Opfølgning sker omgående. 5. Kaos. Der etableres straks nødvendig handleplan for personalet til opretning af orden.</p>	
Ansvarlig for opfølgning	
Side 2	



ROSkilde AMTSSYGEGEHUS FJORDEN, AFSNIT 22

FAST VAGT: Observation og sikkerhed

- Observationen har altid et fagligt fokus.
- Forebyg, at patienten ikke kommer i besiddelse af genstande, der kan være skadeforvoldende på patienten selv eller andre.
- En fikseret patient må ikke have genstande ved sengen, som kan være skadeforvoldende på patienten eller andre (termokande, radio etc.).
- Patienten må ikke have lighter liggende/på sig (brandfare). Vurder om patienten evt. har behov for ryggeførlåde under rygning.
- Anvend om nødvendigt engangsservice og plasticbestik under spisning.
- Luk aldrig stue- eller toiletør hos en selvdestruktiv eller depressiv patient.
- Væretag ikke opgaver, der kan aflede opmærksomheden fra patienten (koncentreret læsning eksempelvis).
- Henvi andre patienter, der gerne vil snakke med dig, når du er fast vagt, til det øvrige personale med mindre andet er aftalt.
- De nære omgivelser skal være ryddelige og stuen udluftet.
- Et bøllet løsnes altid i samarbejde med **kontaktperson** eller et andet fast personale.
- Bølletåse skal altid sidde på bøllet, når patienten er ude af bøllet.
- Overfaldsalarm må ikke henlægges på bord – skal børes. Forlad aldrig patienten, tilkald kolleger – med mindre andet er aftalt.
- Oplys ikke patienten om private data på dig selv/andre ansatte.
- Kontakt altid **kontaktpersonen** eller andet personale, hvis du oplever utryghed eller er i tvivl om noget fagligt eller praktisk.

ROSkilde AMTSSYGEGEHUS FJORDEN, AFSNIT 22

FAST VAGT: Observation, omsorg, pleje

- Drøft dine forslag til plejehandlinger, herunder behov for grænsesætning (manisk patient) med **kontaktpersonen**.
- Lav aftaler med patient og **kontaktperson** omkring rygning (hvor ofte), brug af telefon etc., toiletbesøg, besøg af pårørende.
- Dokumenter dine observationer i relevante skemær (obs, skema, vætskema etc.)
- Dokumenter vagtobservationerne i EPJ, evt. sammen med **kontaktperson**.
- **Kontaktpersonen** er ansvarlig for, at afvikle opfølgende eftersamtale i forhold til behandling med tvang.

Mangler og tilføjelser?

- Evt. kommentarer og tilføjelser kan mailes til rfeen@ra.dk



Kompetenceudvikling vedrørende anvendelsen af tvang

Gode rammer for kompetenceudvikling af personalet i forhold til brugen af tvang sikrer, at alle medarbejdere kan anvende psykiatriloven og på en etisk og sikkerhedsmæssig forsvarlig vis handle efter "mindste middels princippet" og medvirke til at begrænse udøvelsen af tvang.

Kontaktinformation:



Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Odense

Stedfortræder f. oversygeplejerske
Lene Granhøj Jensen
Tlf.: 6541 4135
E-mail: lene.granhoej@ouh.regionsyddanmark.dk

Kompetenceudvikling vedrørende anvendelse af tvang

Psykiatri - Odense - Almen - 2 Generelle dokumenter - 2. 7 Vurdering og planlægning - 2. 7. 3 Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

	Odense - Almen Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.				Niveau: Instruks
	Kompetenceudvikling vedrørende anvendelse af tvang				
Dokumentbrugere:	Redaktør: LG	Dokumentansvarlig: Kv. Udvalg	Dokumentnummer: I.2. 7. 3.4	Version: 1	Godkendt af: LG
Anvendelsesområde:					01.05.2009

- 1) Formål
- 2) Definitioner
- 3) Fremgangsmåde
- 4) Dokumentation
- 5) Indikator
- 6) Referencer

1) Formål

At sikre at alt personale kan anvende og inddrage viden fra lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK 1111 af 1.11.2006 på sikkerhedsmæssig og etisk forsvarlig vis i overensstemmelse med loven. At sikre at alt personale arbejder efter mindste middels princippet samt medvirker til at begrænse anvendelsen af tvang. At begrænse arbejdsskader hos personalet.

At sikre at alt personale kontinuerligt udvikler og vedligeholder viden om og fysiske færdigheder i anvendelse af tvang i.h.t. lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK 1111 af 1.11.2006.

2) Definitioner

På Psykiatrisk Afdeling forekommer situationer, hvor patienter fremkommer med alvorlige trusler og/eller udsætter sig selv eller andre for fare eller gør skade på materiel.

3) Fremgangsmåde

Niveau 1

Nyansat personale i sengeafsnit introduceres i eget afsnit til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK 1111 af 1.11.2006 samt praktisk håndtering af fikseringsmateriale. Introduktionen finder sted indenfor den første uge i afsnittet.

Hvert enkelt afsnit på Psykiatrisk afdeling har et personale med ansvar for introduktion af tvang.

Niveau 2

Nyansat plejepersonale i sengeafsnit og læger deltager i det interne dagskursus '**Tvang i praksis**' indenfor de første 4 måneder efter ansættelsen. Kurset udbydes 3-4 gange årligt og omfatter teoretisk viden om lovgrundlag for anvendelse af tvangsmidler, dokumentation, roller og forventninger personalet imellem i tvangssituationer, god sygepleje til den bæltefikserede patient, praktiske øvelser, caseundervisning m.m.

Niveau 3

Plejepersonale i sengeafsnit samt læger deltager med mellemrum (hvert 2./3.år) i det interne kursus '**Minitvang i praksis**'.

Kursets formål er at styrke personalesamarbejdet og sikre fælles forståelse i tvangssituationer med tilkald fra andre afsnit Kurset tager udgangspunkt i Afdelings P's instruks for fiksering med bælte og remme, praktiske øvelser og dialog med henblik på at harmonisere rutiner omkring tvangsanvendelse.

4) Dokumentation

5) Indikator

6) Referencer

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK 1111 af 1.11.2006.
Instruks vedr. forebyggelse af voldelig adfærd
Instruks for fiksering med bælte og remme i henhold til psykiatriloven



Patienterne oplever det meningsfuldt at få mulighed for at kunne bearbejde oplevelser omkring tvangsbehandling med de mennesker, der har været involveret i forløbet. Samtaler om svære situationer har bidraget til at nedbryde tabuer og skabt større åbenhed omkring følelser og oplevelser ved tvangsansværelsen personale og patient imellem.

På baggrund af de positive resultater med eftersamtaler fra første bølge af Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien (2004-2005) blev det i forbindelse med revision af psykiatriloven (2006) lovpligtigt at afholde samtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning på psykiatriske afdelinger. Formålet med eftersamtaler er at give patienten mulighed for at bearbejde tvangsepisoden, forebygge yderligere tvangsansværelse og få nye ideer til at forebygge og håndtere fremtidige tvangsforanstaltninger.

I Bekendtgørelsen om anvendelse af tvang i psykiatrien er der beskrevet en række forhold, som personalet skal drøfte sammen med patienten. Mange afdelinger har udarbejdet en dialogguide til at

strukturere samtalerne. Guiderne bruges samtidig til opsamling af data, der noteres og gennemgås med patienten efterfølgende. Flere steder anvender man systematisk erfaringer fra eftersamtalerne ved nye indlæggelsesforløb. Allerede ved indlæggelsessamtalen italesættes de tidligere oplevelser omkring tvang med henblik på at inddrage dem i tilrettelæggelsen af plejen og behandlingen.

Dialogmøder er en anden virkningsfuld metode, der kan bidrage til at bearbejde tvangsepisoder og indsamle vigtig information om mulige forbedringsområder. Patienternes historier og kommentarer kan ligeledes bruges som afsæt for afdelingens kvalitetsarbejde på området.

For at få mest mulig erfaring og viden ud af de opfølgende dialoger, har nogle afdelinger udviklet monitoreringssystemer. Data analyseres typisk på større enheder og udvalgte nøglepersoner drøfter materialet med henblik på at afdække eventuelle forbedringsområder.

Arbejdsredskaber:

Dialogmøde	269
Eftersamtaler efter anvendelse af tvang	273
Registrering af eftersamtaler efter anvendelse af tvang	293



Dialogmøde

Dialogmødet er et møde, hvor en personalegruppe lytter til og lærer af patienters og pårørendes erfaringer fra kontakten med sundhedsvæsenet. Mødet har karakter af et fokusgruppeinterview, hvor en interviewer leder og faciliterer samtalen. Personalegruppen er tilhørere, der først til sidst giver den interviewede gruppe feedback på det, der er hørt og lært. Efter dialogmødet udarbejdes der en handlingsplan for udvalgte temaer og den interviewede gruppe orienteres herom. Dialogmøderne har haft konkret betydning for udarbejdelse og justering af flere konkrete redskaber og metoder

Der er gennemført dialogmøder dels i forhold til hvordan tvang er blevet oplevet og dels i forhold til temaet selvskadning. I begge tilfælde har læringspotentialer været meget stort. Der er kommet nye perspektiver på temaet og vigtige forslag til kvalitetsforbedringer.

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien Herning Afsnit E3

Afdelingssygeplejerske Jytte Tved
Tlf.: 9927 2403
E-mail: jytte.tved@ps.rm.dk

Kalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: agnethe.clemmensen@ps.rm.dk

Andre kilder:

Vejledning til dialogmøde

Psykiatrisk Afdeling Herning, afsnit E3 set med patientens øjne – vi vil gerne høre din mening.

Vi vil gerne invitere dig til at fortælle personalet om dine oplevelser fra din indlæggelse.

Vi har brug for din hjælp

Afdelingen har brug for patienternes viden om afdelingen. Kun du kender dit indlæggelsesforløb i sin helhed. Personalet møder dig kun i kortere eller længere perioder af din indlæggelse. Hvis vi skal blive bedre, har vi brug for din viden og din hjælp.

Din rolle – hvis du siger ja

Hvis du siger ja inviteres du til at deltage i et møde, hvor de sammen med 2-3 andre patienter fortæller om dine oplevelser og erfaringer fra dit indlæggelsesforløb. Mødet varer ca. 1-2 timer.

Interviewerens rolle

Under selve mødet vil du få støtte af en interviewer, som vil stille dig nogle uddybende spørgsmål. Intervieweren er en person, der ikke har sin daglige gang på afdelingen.

Personalets rolle Personalets rolle er at lytte til dine oplevelser og erfaringer. Personalegruppen vil være på 10-14 personer. I løbet af mødet vil personalet blive spurgt om, hvad de finder tankevækkende, overraskende og lærerigt. Her er det din tur til at lytte.

Før mødet

Inden mødet bedes du overveje følgende spørgsmål:

- Hvordan oplevede du dit indlæggelsesforløb?
- Hvordan oplevede du informationen?
- Hvordan oplevede du kontakten til personalet?
- Hvordan oplevede du at være tvangsbehandlet?
- Følte du dig rustet til at komme hjem?
- Hvad har været godt, og hvad har været dårligt?
- Hvad har været vigtigt for dig i dit forløb?

Dialogmøde

Samtykke

Hvis du ønsker at deltage, vil vi bede sig om at underskrive en samtykkeerklæring og tage den med til mødet.

Med venlig hilsen
Personalet

Regionspsykiatrien Herning, afsnit E3

Samtykkeerklæring

Dialogmøde (Patient- og personaledialoger, Regionspsykiatrien Herning)

Jeg bekræfter hermed, at jeg efter at have modtaget information om ovenstående, indvilliger i at deltage i et møde mellem tidligere patienter og personale fra den afdeling, hvor jeg selv eller min pårørende har været indlagt. Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst, også under selve mødet, kan trække mit tilsagn om deltagelse tilbage, uden at dette vil påvirke den nuværende eller fremtidige behandling af mig.

Dato:

Navn:

Denne samtykkeerklæring bedes medbringes den dag dialogmødet afholdes.

Dialogmøde

Dato for afholdelse		
Deltagere i panelet (anonymiseret)		
Personale- repræsentanter		
Facilitator		
Referent		
Hoved- konklusioner og pointer	Planlagte tiltag	Opfølgning d. / 200

Dato _____

Underskrifter _____



Eftersamtaler efter anvendelse af tvang

Eftersamtale efter anvendelse af tvang i psykiatrien er en god og overskuelig guide til gennemførelse af eftersamtaler efter al form for tvang. Patienten indbydes ud fra en række spørgsmål til at fortælle og reflektere over oplevelsen, og samtalen opsamler erfaringer, der kan være med til at forebygge lignende situationer.

Eftersamtale efter alle former for tvang gennemføres systematisk. Eftersamtalerne drejer sig om god etik og læring, og bliver konstruktive, når de indeholder spørgsmål, som de nævnte i guiden. Guiden kan både anvendes som inspiration i forbindelse med forberedelse og konkret i forbindelse med udførelse – naturligvis tilpasset den aktuelle patient og situation.

Fordele ved guide til eftersamtaler

- Guiden har fokus på god etik
- Guiden lægger op til anerkendelse af patientens oplevelse og inviterer til samarbejde og fælles læring/forebyggelse af lignende situationer
- Guiden støtter kvalificering af nødvendig tvang
- Guiden støtter patientens realitetsorientering
- Guiden støtter struktureret forberedelse
- Guiden støtter faktisk gennemførelse af eftersamtalerne

Kontaktinformation:

Regionspsykiatrien Herning

Kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen
Tlf.: 9927 6450
E-mail: agnethe.clemmensen@ps.rm.dk

Psykiatrisk Center Frederiksberg

Projektkoordinator Anette Lauritsen
Tlf.: 3816 4468
E-mail: Anette.Lauritsen@frh.regionh.dk

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Risskov, Afsnit U

Pædagog Paul Ove Hansen

Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet, afsnit 6201

SOSU-assistent Carsten Stæhr

Børne- og Ungdomspsykiatriske Afdeling, Odense

Udviklingssygeplejerske og kvalitetskoordinator Dorthe Juul Lorenz
Email: Dorthe.lorenz@ouh.regionyddanmark.dk

Psykiatrisk Center Sct. Hans, Afsnit L1

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Gentofte
Århus Universitetshospital Risskov, Gerontopsykiatrisk Afdeling
Psykiatrisk Center Glostrup
Regionspsykiatrien Silkeborg
Psykiatrisk Center Sct. Hans
Aalborg Psykiatriske Sygehus
Almenpsykiatrisk Afdeling Svendborg

Patientens navn
Patientens CPR

01-09-2009

Informationsark vedrørende
TVANGSTILBAGEHOLDELSE

I lovbekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien af 01.11.2006, kapitel 3, §5, jf. §§ 6-9 og jf. §10 står der, at tvangstilbageholdelse kun må finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

- 1. udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller*
- 2. den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre*

Du har ret til at klage over beslutningen om tvangstilbageholdelse. Din patientrådgiver/bistandsværgе og afdelingens personale vil være behjælpelig med dette.

Din patientrådgiver er:
Din bestandsværgе er:

Personalet formidler kontakten til din patientrådgiver/bistandsværgе.

Her formuleres et personligt brev til patienten omhandlende de forebyggende tiltag for at undgå tvang, samt hvorfor og hvordan der i den konkrete situation blev anvendt tvang.

Patienten får udleveret et print af dette informationsark.

Informationsark udfyldt af: Birgitte Andersen
Lægeseekretær
PH Ambulatoriet

Du vil efter tvangsansvendelsens ophør blive tilbudt samtale om forløbet og din oplevelse af tvangsforanstaltningen.

Patientens navn
Patientens CPR

01-09-2009

Informationsark vedrørende
BÆLTEFIKSERING OG FASTHOLDEN

I lovbekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien af 01.11.2006, kapitel 5, §14 står der, at tvangsfikseringen kun må anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge at en patient:

- 1. udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred*
- 2. forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller*
- 3. øger hærværk af ikke ubetydeligt omfang*

Du har ret til at klage over beslutningen om tvangstilbageholdelse. Din patientrådgiver/bistandsværgen og afdelingens personale vil være behjælpelig med dette.

Din patientrådgiver er:

Din bestandsværgen er:

Personalet formidler kontakten til din patientrådgiver/bistandsværgen.

Her formuleres et personligt brev til patienten omhandlende de forebyggende tiltag for at undgå tvang, samt hvorfor og hvordan der i den konkrete situation blev anvendt tvang.

Patienten får udleveret et print af dette informationsark.

Informationsark udfyldt af: Birgitte Andersen
Lægeseekretær
PH Ambulatoriet

Du vil efter tvangsansvendelsens ophør blive tilbudt samtale om forløbet og din oplevelse af tvangsforanstaltningen.

Patientens navn
Patientens CPR

01-09-2009

Informationsark vedrørende
TVANGSBEHANDLING

I lovbekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien af 01.11.2006, kapitel 4, §12 jf. §10 stk. 2 står der, at tvangsbehandling kun må anvendes overfor personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Ved tvangsmedicinering skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlige dosering og med færrest mulige bivirkninger.

I lovbekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien af 01.11.2006, kapitel 4, § 13 jf. § 5 står der, at en person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse. Kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Du har ret til at klage over beslutningen om tvangstilbageholdelse. Din patientrådgiver/bistandsværgen og afdelingens personale vil være behjælpelig med dette.

Din patientrådgiver er:
Din bestandsværgen er:

Personalet formidler kontakten til din patientrådgiver/bistandsværgen.

Her formuleres et personligt brev til patienten omhandlende de forebyggende tiltag for at undgå tvang, samt hvorfor og hvordan der i den konkrete situation blev anvendt tvang.

Patienten får udleveret et print af dette informationsark.

Informationsark udfyldt af: Birgitte Andersen
Lægeseekretær
PH Ambulatoriet

Du vil efter tvangsansøgningsens ophør blive tilbudt samtale om forløbet og din oplevelse af tvangsforanstaltningen.

Patientens navn
Patientens CPR

01-09-2009

Informationsark vedrørende
PERSONLIG HYGIEJNE MED TVANG

I lovbekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien af 01.11.2006, kapitel 5, § 18 står der, overlægen kan beslutte, at en patient, der på grund af grund af sin sindslidelse ikke selv er i stand til at varetage nødvendig personlig hygiejne, skal have foretaget personlig hygiejne under anvendelse af tvang, hvis dette er nødvendigt af hensyn til patienten selv eller af hensyn til medpatienter eller personale.

Klage over beslutningen om personlig hygiejne med tvang rettes til Afdelingsledelsen, Psykiatrien i Regions Syddanmark, Almenpsykiatrisk afdeling Odense (universitetsfunktion), Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C.

Her formuleres et personligt brev til patienten omhandlende de forebyggende tiltag for at undgå tvang, samt hvorfor og hvordan der i den konkrete situation blev anvendt tvang.

Patienten får udleveret et print af dette informationsark.

Informationsark udfyldt af: Birgitte Andersen
Lægeseekretær
PH Ambulatoriet

Du vil efter tvangsansvendelsens ophør blive tilbudt samtale om forløbet og din oplevelse af tvangsforanstaltningen.

Patientens navn
Patientens CPR

01-09-2009

Informationsark vedrørende
PERSONLIG SKÆRMNING MED TVANG

Ved personlig skærmning forstås i lovbekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien af 01.11.2006 foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. I kapitel 5, § 18 c, stk. 2, står der, at personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, kun må benyttes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient

- 1. begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred betydelig skade eller*
- 2. forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller andre*

Du har ret til at klage over beslutningen om tvangstilbageholdelse. Din patientrådgiver/bistandsværg og afdelingens personale vil være behjælpelig med dette.

Din patientrådgiver er:
Din bestandsværg er:

Personalet formidler kontakten til din patientrådgiver/bistandsværg.

Her formuleres et personligt brev til patienten omhandlende de forebyggende tiltag for at undgå tvang, samt hvorfor og hvordan der i den konkrete situation blev anvendt tvang.

Patienten får udleveret et print af dette informationsark.

Informationsark udfyldt af: Birgitte Andersen
Lægeseekretær
PH Ambulatoriet

Du vil efter tvangsanvendelsens ophør blive tilbudt samtale om forløbet og din oplevelse af tvangsforanstaltningen.

Patientens navn
Patientens CPR

01-09-2009

Informationsark vedrørende
BEROLIGENDE MEDICIN MED TVANG

i lovbekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien af 01.11.2006, kapitel 5, § 17, STK. 2 står der, at er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme, at patienten om fornødent med magt skal have et beroligende middel.
3.

Du har ret til at klage over beslutningen om tvangstilbageholdelse. Din patientrådgiver/bistandsvæрге og afdelingens personale vil være behjælpelig med dette.

Din patientrådgiver er:
Din bestandsvæрге er:

Personalet formidler kontakten til din patientrådgiver/bistandsvæрге.

Her formuleres et personligt brev til patienten omhandlende de forebyggende tiltag for at undgå tvang, samt hvorfor og hvordan der i den konkrete situation blev anvendt tvang.

Patienten får udleveret et print af dette informationsark.

Informationsark udfyldt af: Birgitte Andersen
Lægeseekretær
PH Ambulatoriet

Du vil efter tvangsansvendelsens ophør blive tilbudt samtale om forløbet og din oplevelse af tvangsforanstaltningen.

Patientens navn
Patientens CPR

Eftersamtale efter tvangstilbageholdelse/ bæltefiksering og eller fastholden/
tvangsbehandling/ personlig hygiejne med tvang/ personlig skærmning med
tvang/ beroligende medicin med tvang/ tvangsindlæggelse d. kl.

Bekendtgørelse om samtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning på psykiatrisk afdeling fastsætter, at følgende forhold skal gennemgås:	
1.	Hvordan patienten oplevede den pågældende tvangsforanstaltning og den måde den blev gennemført på,
2.	Patientens opfattelse af årsag til og formål med den pågældende tvangsforanstaltning,
3.	Patientens vurdering af, om man kunne have undgået tvang i den pågældende situation og i givet fald hvordan man skulle have forholdt sig,
4.	Patientens forslag til hvordan man i evt. fremtidige situationer kunne undgå tvang,
5.	Information om hvordan personalet opfattede årsagen til og formålet med tvangsforanstaltningen og
6.	Virkning og evt. bivirkninger ved den pågældende tvangsforanstaltning, f.eks ved medicinering.

Her refereres eftersamtalen med patienten.

Patienten får udleveret et print af denne eftersamtale.

Eftersamtale tilbudt:

Ønsker patienten at medvirke i eftersamtalen:

Samtale refereret af:

Birgitte Andersen
Lægeseekretær
PH Ambulatoriet

Manual for opfølgende samtale efter udøvelse af tvang

- Patienten orienteres om formålet med samtalen og tidspunkt for afholdelse af samtale.
- Samtalen afholdes snarest efter tvangsepisoden – afhængig af patientens tilstand.
- Formål med samtalen:
 - At patienten får mulighed for, at sætte ord på de følelser og oplevelser patienten har haft i forbindelse med den aktuelle tvangsepisode.
 - At forbedre kvaliteten af tvang.
 - At minimere behovet for anvendelse af tvang.
- Samtalen skal foregå et uforstyrret sted.
- Samtalens varighed: Cirka 15 minutter.
(Giv patienten tid til at formulere sig).
- Samtalen afholdes primært af kontaktpersonerne.
- Samtalen afholdes, når patienten er i stand til at deltage – dog senest en uge efter tvangsepisoden
- Referér med patientens ord og undgå fortolkninger.
- Spørgsmålene stilles, som de står skrevet.
(Er du usikker på, om patienten har forstået spørgsmålet, kan spørgsmålet uddybes).
- Støt patienten i at holde sig til at besvare det enkelte spørgsmål.

Dialogguide

- efter tvangstilbageholdelse – skema 1

1. Blev du informeret om, hvorfor du blev tvangstilbageholdt? Og hvad det vil sige at være tvangstilbageholdt?
2. Du var tvangstilbageholdt i dage. Synes du, den periode var passende?
3. Blev du behandlet med respekt og medmenneskelighed i de situationer, du blev konfronteret med tvangstilbageholdelsen? Og blev der taget hensyn til dine ønsker og behov, mens du var tvangstilbageholdt?
4. Er der noget personalet kunne have gjort, så tvangstilbageholdelsen havde været lettere at affinde sig med?
5. Blev du informeret om dine lovmæssige rettigheder i forbindelse med tvangstilbageholdelsen?
6. Hvad kunne der have været gjort for at undgå, at du blev tvangstilbageholdt?

Husk at maile til Hanne Uggerhøj, når du har gennemført samtalen

Dialogguide

- efter tvangsbehandling – skema 2

1. Blev du informeret om, hvorfor du skulle tvangsmedicineres?
2. Fik du information om den medicin, du skulle tvangsmedicineres med?
3. Du blev tvangsmedicineret i dage. Synes du, at den periode var passende?
4. Blev du behandlet med respekt og medmenneskelighed, mens du blev tvangsmedicineret?
5. Oplevede du, at der blev anvendt unødigt magt, mens du blev tvangsmedicineret?
6. Er der noget personalet kunne have gjort, så tvangsmedicineringen havde været lettere at affinde sig med?
7. Tog personalet hensyn til dine behov og ønsker i forbindelse med tvangsmedicineringen?
8. Blev du informeret om dine lovmæssige rettigheder i forbindelse med tvangsmedicineringen?
9. Hvad kunne der have været gjort for at undgå, at du blev tvangsbehandlet?

Husk at maile til Hanne Uggerhøj, når du har gennemført samtalen.

Dialogguide

- efter fiksering, fastholdelse, beroligende medicin – skema 3

Personalet planlægger sted (et lukket rum) og tid (mindst ½ time) til dialogen. Personalet orienterer sig om tvangsepisoden og giver et kort resumé som indledning til dialogen.

1. Forsøgte du at gøre andre opmærksom på (ell. få andre til at forstå) at du behøvede særlig hjælp eller var "ved at miste kontrollen"?
2. Er der noget personalet kunnet have gjort for at hjælpe dig med at genvinde kontrol inden der blev anvendt tvang?
3. Er du klar over hvorfor personalet besluttede at anvende tvang overfor dig?
4. Var den form for tvang der blev anvendt efter din mening passende?
Var tiden du var udsat for tvang efter din mening passende?
5. Du var udsat for tvang i _____ timer / dage. Hvordan gik tiden for dig?
Hvad synes du om den pleje/ omsorg du fik tilbudt?
Blev dine behov imødekommet?
Ved fiksering f.eks. mulighed for besøg, beskæftigelse, toiletbesøg, bad, frisk luft, motion, cigaretter, kaffe/the etc.
Blev du behandlet med respekt?
Blev dit behov for privatliv respekteret?
6. Var der noget som hjalp dig ved den tvang du var udsat for?
Var der noget som *ikke* hjalp dig?
7. Hvad kan vi gøre sammen for at forebygge en lignende situation?

Eftersamtaler efter ophørt tvangsanvendelse

Dato:

Patientlabel

Kontaktperson:

Opfølgende samtale efter anvendelsen af tvang

1. Hvad var din oplevelse af grunden til, at du:
 - Kom i bælte
 - Blev fastholdt?
 - Fik beroligende medicin?
 - Blev tvangstilbageholdt?
 - Blev tvangsbehandlet?
 - Fik fast vagt uden accept (personlig skærmning)

2. Hvad oplevede du gik forud for situation?
Forsøgte du at give personalet et fingerpeg om, at du måske havde brug for støtte/ hjælp ?
Hvis ja, hvordan gjorde du det ?

3. Personalets opfattelse af den situation, der førte til tvangsanvendelse?

4. Kunne der eventuelt have været gjort noget for at undgå tvangsanvendelsen? Hvis ja, beskriv gerne hvordan?

5. Hvordan oplevede du måden, at tvangsforanstaltningen blev gennemført på?

6. Kunne der eventuelt have været gjort noget, så tvangsanvendelsen havde været lettere at affinde sig med?

Eftersamtaler efter ophørt tvangsanvendelse

7. Spørgsmål som kun vedrører bæltefiksering:
- a. Hvordan oplevede du den tid du lå i bælte?

 - b. Havde du smerter eller andet ubehag, mens du lå i bælte?

 - c. Hvordan blev du behandlet mens du lå i bælte?
8. Hvad fik du af information om dine lovmæssige rettigheder? og fik du information om:
- om hvor længe du kunne forvente at ligge i bælte?
 - hvilke kriterier du opfyldte for at tvangsbehandle dig?
 - om hvad det betyder at være tilbageholdt?
9. Hvis du fik medicin, fik du så også information om evt. medicinens virkning og bivirkning?
10. Hvor meget har denne tvangssituation påvirket dig?
- | Upåvirket | | | | | Stærkt påvirket | | | | |
|-----------|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
11. Synes du det er en god idé, at afholde en samtale som denne?
12. Har du nogen kommentarer til samtaleforløbet? (Både patient og kontaktperson)

Patienten er tilbudt eftersamtale, men ønsker ikke samtale:

Dato: _____ sign.: _____

Vejledning om eftersamtale i forbindelse med anvendelsen af tvang

Alle patienter, som har været udsat for tvang skal iht. psykiatriloven tilbydes en eller flere eftersamtaler.

Formålet med samtalen:

- at patienten får mulighed for at sætte ord på de følelser og oplevelser patienten har haft i forbindelse med den aktuelle tvangsepisode
- at få belyst personalets opfattelse af den situation der førte til tvangsanvendelse
- at den enkelte patient oplever en afklaring, med henblik på hvordan fremtidige tvangsepisoder kan forebygges og/eller fysisk magtanvendelse ved tvang kan minimeres i et samarbejde med personalet
- at få oplysninger, set ud fra patientens perspektiv, om hvordan vi kan forebygge og minimere behovet for anvendelse af tvang med fysisk magtanvendelse, og øge kvaliteten af selve udøvelsen af tvangen

Udfyldelse af skemaet til dokumentation af eftersamtalen

Skemaet til eftersamtalen, skal tages i anvendelse samtidig med at tvangsanvendelsen påbegyndes. Skemaet placeres i sygeplejefjournalen og betragtes som en del af journalen.

- På tidspunktet for iværksættelsen af tvangsforanstaltningen, beskriver det involverede personale opfattelsen af den situation, som ledte til tvangsforanstaltningen, under punkt 3 i skemaet. Oplysningerne vil således være let tilgængelig for den kontaktperson, som senere skal afholde samtalen. Det er vigtigt, at den, der afholder samtalen har sat sig ind i forholdene før under og efter tvang.
- Selve samtalen afholdes snarest efter, at tvangsforanstaltningen er ophævet og ud fra en samlet vurdering af patientens tilstand.
 - Patienten orienteres om formålet med samtalen og tidspunktet for afholdelse af samtalen.
- Samtalen afholdes primært af patientens kontaktperson, og helst sammen med den involverede læge
- Samtalens varighed: cirka 15-20 min
- (giv patienten tid til at formulere sig).

Eftersamtaler efter ophørt tvangsanvendelse

- I tilfælde hvor patienten afslår tilbudet om samtale, dokumenteres dette sidst i skemaet.
- Samtalen skal tage udgangspunkt i patientens oplevelser, og spørgsmålenes rækkefølge skal ikke nødvendigvis følges. Der kan også være behov for at afholde flere samtaler, afhængig af patientens tilstand.
- Visse psykiatriske tilstande, f.eks. demens, vanskeliggør gennemførelsen af samtalen, og i disse situationer, kan pårørende/værge tilbydes at deltage i samtalen
- I tilfælde af, at patienten ikke taler eller forstår dansk, skal samtalen gennemføres via tolk.
- Spørgsmålene stilles som de står skrevet i samtalskemaet.
 - (Er du usikker på om patienten har forstået spørgsmålet, kan spørgsmålet uddybes)
- Det er vigtigt, at referere patienten ordret, dvs. præcis med de ord patienten bruger, og undgå fortolkninger.
- Patienten skal have mulighed for at kommentere referatet af samtalen. Patientens kommentarer noteres sidst i skemaet under punkt 12.
- Dokumentation af eftersamtalen placeres i patientens sygeplejelog og en kopi placeres i mappen med skemaer: EFTERSAMTALER

Lovgivning:

Bekendtgørelse nr. 1493, om samtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning på psykiatriske afdelinger af 14. december 2006

Eftersamtale efter anvendelse af tvang i psykiatrien

Patienten indbydes til at fortælle og reflektere over oplevelsen vha. nedenstående spørgsmål, som kan tilpasses situationen. Der hvor ordet *tvang* er brugt, brug da hellere benævnelsen for den konkrete tvang, der har været anvendt. Kort referat journalføres.

1. Du blev udsat for *tvang*. Kan du huske det? og hvordan oplevede du det?

2. Ved du hvorfor personalet fandt det nødvendigt, at anvende *tvang* overfor dig?

3. Information fra personalet om situationen.

4. Hvis situationen var opkørt:

Hvad kunne personalet have gjort for at hjælpe dig til at få samling på dig selv inden anvendelse af *tvang*?

Hvad kunne du selv have gjort for at genvinde kontrollen inden anvendelse af *tvang* blev nødvendig.

5. Kunne tiden hvor *tvangen* foregik, efter dit skøn, være afkortet?

6. Blev dine behov imødekommet?

Oplevede du at blive behandlet med respekt? (ja,nej)

7. Var der noget bestemt som hjalp dig mens du var udsat for *tvang*?

Var der noget bestemt som ikke hjalp dig?

8. Hvad kan vi sammen gøre for at forebygge en lignende situation?

9. Har det været en positiv oplevelse for dig at få denne samtale? (ja,nej)

Vejledning til eftersamtaler efter tvang

Jævnfør den nye psykiatrilov fra 1/1 2007 skal der foretages eftersamtaler efter alle former for tvang (én samtale kan godt omhandle flere former for tvang).

Patienten orienteres om formålet med samtalen og tidspunktet for afholdelse af den.

Samtalen afholdes så snart patienten er i stand til at deltage og så vidt muligt inden for en uge efter ophør af tvangen og senest ved udskrivelsen.

Formålet med samtalen er:

At patienten får bearbejdet episoden og får mulighed for at sætte ord på følelser og oplevelser i forbindelse med tvangsepisoden.

At forbedre kvaliteten ved udførelse af tvang

At mindske behovet for anvendelse af tvang.

Der afsættes ca.15 min. til samtalen og den skal foregå et uforstyrret sted.

Det er erfarent plejepersonale i afdelingen der varetager eftersamtalerne, helst kontaktperson og gerne suppleret af et personale der var med ved tvangsepisoden.

Kontaktpersonen er tovholder i fht at få koordineret og afviklet samtalen.

Det kan være værdifuldt at inddrage mestringsstrategier, GAF og miljøterapeutiske principper.

Kort referat skrives i epj i nota ved eftersamtale i tvangsskemaet. Brug gerne patientens egne ord.

Der udleveres et print af referatet til patienten.

På papir-skemaet "dokumentation vedr.eftersamtaler" noteres specielt om pt. oplevede at blive behandlet med respekt, samt om pt. oplevede det positivt eller ej med eftersamtalen.

Endvidere bedes du venligst forholde dig til hvordan guiden til spørgsmålene fungerede og gerne skrive kommentarer på evalueringsskemaet.

Opfølgende samtale efter beroligende medicinering ved tvang
og evt. fastholdelse efter skema 3

Dato: **Patient:** **Kontaktperson:** **Præparat:**

Samtalen *kan* tage sit udgangspunkt i, at vi i afd. ønsker at blive bedre til at varetage patienternes behov for behandling, og derfor ønsker vi at høre/vide, hvordan tvangsmedicineringen har påvirket dig, og hvordan vi i fremtiden evt. kan gøre det anderledes.

1. Hvor meget har denne tvangssituation påvirket dig ?

upåvirket								strækt påvirket	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Hvad mener du var grunden til, at du blev fastholdt/fik beroligende medicin med tvang?

3. Forsøgte du at give personalet et fingerpeg om, at du havde brug for hjælp/støtte, i tiden op til at du blev fastholdt/tvangsmedicineret?

4. Hvad kunne personalet evt. have gjort for at undgå at fastholde dig/give beroligende medicin med tvang ?

5. Hvilken oplevelse havde du af den behandling, hvorpå personalet agerede i tvangssituationen?



Registrering af eftersamtaler efter anvendelse af tvang

Skema til registrering af tvangstiltag benyttes til at skabe et overblik over hvilke tvangstiltag der har fundet sted, og hvilke eftersamtaler patienten efterfølgende skal tilbydes, jf. Psykiatriloven.

Den enkelte patient registreres ved indlæggelse med navn og indlæggelsesdato. I tilfælde hvor der foreligger tvangsepisoder, sættes kryds i skemaet ud for den enkelte tvangsforanstaltning. Ligeledes sættes kryds, når eftersamtalen for det enkelte tvangstiltag er tilbudt/afholdt.

Ved eventuelle tvangstiltag registrerer kontaktpersonen dette. Ligeledes er kontaktpersonen ansvarlig for, at eftersamtalen afholdes senest ved udskrivelsessamtalen.

En nøgleperson i afdelingen samler ved den ugentlige konference op på manglende eftersamtaler, hvilket formidles på konferencen.

Kontaktinformation:

Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle Skærmet afsnit E31

Afdelingssygeplejerske Joan Damgaard
Tlf.: 7940 5862
E-mail: joan.damgaard@slb.regionsyddanmark.dk

Ergoterapeut Birgitte Jørgensen
Tlf.: 7940 5861
E-mail: Birgitte.C.Joergensen@vgs.regionsyddanmark.dk

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Frederiksberg
Regionspsykiatrien Herning

Registrering af eftersamtaler

Uge:

Navn/Dato	Riskovurdering	Tvangstilbageholdelse	Eftersamtale udført	Bæltefiksering	Eftersamtale udført	Beroligende medicin	Eftersamtale udført	Fastholdelse	Eftersamtale udført	Tvangsindlæggelse	Eftersamtale udført	Tvangsbehandling	Eftersamtale udført	Låst dør	Eftersamtale udført

Bearbejde personalets følelsesmæssige reaktioner



Det er vigtigt at have en ramme for psykisk førstehjælp til at bearbejde personalets følelsesmæssige reaktioner efter belastende begivenheder – volds-episoder, alarmsituationer m.m. Gennemførelse af krisestøttende samtaler - defusing og debriefing - nedsætter sygefraværet og medvirker til at skabe et godt og sundt psykisk arbejdsmiljø.

Krisesamtalerne er gode, fordi den enkelte personale undgår at opleve sig alene om episoden. Personalegruppen skaber en fælles sammenhængende beskrivelse af episoden og dermed forebygges, at der bliver talt om episoden på forskellige måder i organisationen og man undgår en "blaming culture".

Samtalerne kan også bidrage til, at man lærer, hvordan lignende episoder fremover forebygges.

Arbejdsredskaber:

Eftermøde, defusing og debriefing efter tvangsinterventioner og voldelige episoder

296



Eftermøde, defusing og debriefing efter tvangsinterventioner og voldelige episoder

Efter alle hændelser, som har krævet tilkald af personale fra andre afsnit, afholdes en aflastningssamtale – en defusing. Formålet er at give de implicerede mulighed for at udveksle umiddelbare indtryk, således at ingen medarbejdere forlader en situation med en masse uafklarede oplevelser.

Efter alle hændelser, som hele eller dele af personalet har oplevet som belastende, afholdes debriefing. Debriefing kan forstås som en kollektiv kollegastøtte, og hensigten er, at de involverede får mulighed for at reflektere over det skete og blive afklaret med tanker og følelser, som er opstået i forbindelse med hændelsen.

Kontaktinformation:

**Psykiatrisk Center Gentofte
Afsnit 3212**

Almenpsykiatrisk Afdeling Odense

Stedfortræder f. oversygeplejerske
Lene Granhøj Jensen
Tlf.: 6541 4135
E-mail: lene.granhoej@ouh.regionyddanmark.dk

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning
Almenpsykiatrisk Afdeling Svendborg

Defusing efter voldelig episode



Dokumenttype:
Klinisk vejledning

Gældende fra:
12. dec. 2006

Udarbejdet af:
Chefpsykolog Juno
Calmer

Godkendt af:
Det Lokale Kvalitets-
råd

Resume

Resume

Denne vejledning beskriver fremgangsmåden ved defusing/aflastningssamtale efter voldelig episode.

Formål

Det overordnede formål med defusing er, at de involverede deltagere i episoden formulerer en sammenhængende beskrivelse af episoden, så deltagerne får mulighed for at fortælle om deres umiddelbare reaktioner på hændelsen, herunder at:

få forståelse for situationens kompleksitet.

få indblik i reaktioner hos sig selv.

opnå psykisk lettelse, øget kontrol og mindske magtesløshed

opnå en normalisering via bekræftelse fra kollegaer.

skabe et mere sammenhængende og forhåbentligt mere nuanceret/realistisk billede af hændelsen.

Definitioner

Defusing/aflastningssamtale er en interkollegial samtale, der gennemføres samme dag som den eller de pågældende har været udsat for en chokerende/belastende hændelse. I modsætning til *debriefing*, som gennemføres af trænet gruppeleder almindeligvis psykolog, få dage efter hændelsen.

Defusing foregår eksempelvis, når der er sket en truende eller voldelig episode, hvor en eller flere personaler har været involveret.

Fremgangsmåde

- Efter en voldelig episode samles de involverede personaler så snart det er muligt og taler om, hvad der egentlig skete, så den enkelte får lejlighed til at sætte ord på sin oplevelse af episoden.
- Vejledningen anbefales at være tilgængelig, eller ligefrem omdeles til deltagerne under defusing, for at holde strukturen.
- Lederen begynder med en runde, hvor alle har mulighed for at ytre sig.
- Start om muligt med en tidslinje, hvornår skete hvad og hvem var involveret.
- Alle de involverede inviteres til at fortælle ganske kort om deres oplevelser og observationer.
- Notér om der er noget, gruppen kan tage ved lære af.
- Respekter hvis man ikke har kommentarer, følg eventuelt op på dette senere på dagen.
- Undlad at tolke på andres adfærd.

Defusing efter voldelig episode

- Undlad kritik, vær anerkendende, hvad gik efter planen?
- Vurdér behovet for en mere systematisk gennemgang i form af en egentlig debriefing.
- INTERNT SKEMA udfyldes, hvor det er relevant.
- Vær opmærksom på, hvem der tager sig af de andre patienter og giver information, hvis dette skønnes relevant.
- Vær opmærksom på pårørende og information til disse.

Ansvars- og opgavefordeling

Den ansvarshavende sygeplejerske i afsnittet har ansvaret for at samle og tilgodese kollegaernes behov. At indkalde til samling kan uddeleges. Det er et interkollegialt ansvar at viderefordre behovet til afdelingssygeplejersken for yderligere støtte/hjælp til enkelte eller grupper.

Efter episoden skal det noteres, at der har været afholdt defusing, varighed af denne og hvem som har deltaget.

Indholdet af defusing skal ikke nedskrives, og personlige udsagn skal ikke videregives.

"Internt skema" til chefpsykolog, som hvis det skønnes relevant, vil følge op på forløbet efter aftale.

Relevant faglig evidens på området

Bang : Rørt, ramt og rystet – soc. pæd. bibliotek 2004.

Dyregrov, A 2002: Psykologisk Debriefing: Hvordan lede gruppeprocesser efter kritiske hændelser.

Dyregrov, A 2002: Psykologisk Debriefing: Gruppeprocesser efter traumatiske hændelser.

Bilag

[Internt skema til brug ved defusing-/afslutningssamtale efter voldelig episode](#)

Links

[Eftermøde](#)



Eftermøde

Dokumenttype:
Instruks

Gældende fra:
12. dec. 2006

Udarbejdet af:
Udviklingschef Lene
Berring

Godkendt af:
LKR



Luk

Resume

Resume

I forbindelse med alle tvangsinterventioner afholdes der efterfølgende et eftermøde. Denne instruks beskriver eftermødet.

Formål

At gennemdrøfte interventionen.

At sikre et fælles grundlag for den efterfølgende længerevarende defusing eller debriefing.

Definitioner

Et eftermøde er et kort møde der afholdes umiddelbart efter en tvangsintervention.

Fremgangsmåde

Lederen af tvangsinterventionen følger nedenstående rutine:

- Spontan runde uden afbrydelser (ros, ris, ros).
- Hvis der er behov for defusing, så planlæg dette inden vagten er slut
- Takke personaler fra øvrige afsnit for deres hjælp

Ansvar og opgavefordeling



Plejepersonalet i det afsnit, hvor episoden indtræffer er ansvarlig for at eftermødet afholdes.



Luk

Afholdelse af defusion og debriefing efter anvendelse af tvang

Psykiatri - Odense - Almen - 1 Organisatoriske dokumenter - 1. 4 Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling - 1. 4. 4 Arbejdstilrettelæggelse

	Odense - Almen Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.				Niveau: Instruks
	Afholdelse af defusion og debriefing efter anvendelse af tvang				
Dokumentbrugere:	Forfatter: LG	Dokumentansvarlig: Kv. Udvalg	Dokumentnummer: I.1. 4. 4.5	Version: 1	Godkendt af: LG
Anvendelsesområde:					11.08.2009

- 1) Formål
- 2) Fremgangsmåde
- 3) Dokumentation
- 4) Referencer

1) Formål

- Medvirke til at sikre et sikkert og udviklende arbejdsmiljø
- Bidrage til at øge ekspertisen i behandlingen/håndteringen af svære patientsituationer ved anvendelse af tvang
- Personalet oplever trivsel og arbejdsglæde og opnår større bevidsthed om at kunne bruge egne følelsesmæssige reaktioner i det direkte arbejde med en given patient

2) Fremgangsmåde

Defusion

Efter alle hændelser i afsnittet, som har krævet tilkald af personale fra andre afsnit, afholdes en defusion.

- Ansvarshavende sygeplejerske har ansvar for afholdelsen af defusion
- Alt deltagende personale har ansvar for ikke at forlade afsnittet før defusion er afholdt
- Defusion foregår umiddelbart efter en hændelse, der har krævet tilkald af personale fra andre afsnit
- Defusion afholdes i afsnittets vagtstue
- Defusion varer max. 5 minutter

- Hver deltager overvejer hændelsen og er ansvarlig for at melde ud hvis vedkommende har oplevet praktiske eller etiske problemer eller vurderer at hændelsen rummer læringspotentiale
- Ingen har forladt afsnittet før defusion er afholdt og der er taget stilling om der er behov for debriefing.

Debriefing

Efter alle hændelser i afsnittet, som hele eller dele af personalet har oplevet som belastende, afholdes debriefing

- Afholdes i personalestue eller konferencerum i den vagt, hvor hændelsen er foregået eller i umiddelbar forlængelse heraf

- Varighed max. ½ time

- Afholdes for alt tværfagligt personale, der har været involveret i hændelsen, elever, studerende og FADL-vagter efter skøn

Afholdelse af defusing og debriefing efter anvendelse af tvang

- Andre afsnit informeres om afholdelsen og tidspunkt, så personale derfra med behov får mulighed for at deltage
- Alt personale har ansvar for at gøre opmærksom på situationer, der kræver debriefing
- Den ansvarshavende sygeplejerske har ansvar for at arrangere det praktiske: Tidspunkt, hvem skal med, at afsnittet passes forsvarligt imens. Den ansvarshavende sygeplejerske leder debriefingen, når den kan afholdes i den pågældende vagt
- Ansvarshavende sygeplejerske kan evt. beslutte, at der skal holdes **udvidet debriefing** (se nedenfor). Dette vil være i de tilfælde, hvor situationen kræver en dybere drøftelse, og/eller der er behov for at det er en psykolog, der leder debriefingen. I så fald venter debriefing til det kan arrangeres som nedenfor beskrevet

Selve debriefingen:

- Der skabes kronologisk overblik over hvad der skete
- Hver enkelt spørges og bidrager med sin oplevelse af situationen
- Situationen evalueres – hvad gik godt? Hvad gik skidt? Kunne det have været håndteret anderledes?

Mål:

- At alle deltagere har et fælles billede af situationen
- At følelsesmæssige reaktioner bearbejdes
- At situationen bliver evalueret og læring bliver mulig
- At behovet for yderligere supervision, eller enkelte personalemedlemmers behov for individuel psykologhjælp bliver afdækket

Udvidet debriefing:

- Involveret personale indkaldes med 2-5 dages varsel
- Afdelingssygeplejerske er ansvarlig for indkaldelse og lokale
- Varighed 1½ -2 timer

- Udvidet debriefing ledes af en af afdelingens egne psykologer
- Denne udpeges af ledende psykolog
- Udvidet debriefing foregår som almindelig debriefing og målet er det samme. (se ovenfor)

- Udvidet debriefing foregår ved særlig voldsomme episoder, hvor det skønnes nødvendigt

3) Dokumentation

4) Referencer

Forbedre personalets arbejdsmiljø i forbindelse med vold og trusler om vold



For at skabe synlighed om volden og blive bedre til at forebygge den er det vigtigt at registrere alle episoder med vold og trusler. Et godt og brugbart værktøj til det er et registreringsskema, omfattende en beskrivelse af voldsepisodens forløb, tidspunkt, sted, voldens karakter, skadens art, hvem der har været indblandet, om der var kolleger til stede, reaktion på volden og hvilken opfølgning der er planlagt. Episoden beskrives i detaljer, så man har mulighed for at se eventuelle mønstre i, hvornår og hvordan volden opstår, og derudfra analysere årsagerne til volden.

Arbejdsredskaber:

Registrering af vold og trusler om vold

303



Registrering af vold og trusler om vold

Registrering af vold og trusler om vold

At registrere og analysere alle episoder med vold og trusler på arbejdspladsen kan være med til at skabe synlighed om volden, og betyde, at arbejdspladsen bliver bedre til at forebygge vold fremover.

Kontaktinformation:

**Psykiatrisk Center København,
Rigshospitalet Afdeling O**

**Børne- og Ungdomspsykiatrisk
Center Risskov Afsnit U**

Pædagog Paul Ove Hansen

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning

Intern registrering af fysisk og psykisk vold

Udfyldes af skadeslidte:

Navn:

Cpr.nummer:

Stilling:

Joberfaring(år):

Dato for episoden:

Tidspunkt for episoden:

Afsnit:

Skadevolders navn:

Skadens art:

Skade på blødele uden sår

Sår

Forstuvning, forvridning, forstrækning

Knogleskade

Psykiske følger

Andet ...

Følger af volden:

Arbejdet straks fortsat

Måtte gå hjem efter episoden

Uarbejdsdygtig 1-3 dage

Uarbejdsdygtig mere end 3 dage

Tingskade

Andet

Voldens Art:

• Verbal aggression:

Nedgørende tale

Udskældende tale

Truende tale

Skræmmende tale

Trusler mod familie

• Non-verbal aggression:

Kropslig positur, Truende

Skræmmende ansigtsudtryk

• Vold på ting:

Ødelagt ting

• Vold på personer:

Skubben og puffen

Kradsen

Bid

Slag med flad hånd

Slag med knytnæve

Spark

Angreb med våben

Andet ...

Intern registrering af fysisk og psykisk vold

Voldepisoden indtraf i forbindelse med:

Hjælp til daglige gøremål

Stuegang

Ledsagelse udenfor afsnittet

Samtale

Afslag på ønsker/krav

Konfliktløsning mellem patienter

Pludselig aggression

Udførelse af lovmæssig tvang

Andet ...

Var du alene da episoden indtraf?

Ja

Nej

Var der mulighed for at tilkalde kollegaer?

Ja

Nej

Hvis nej, hvorfor ikke?

Beskriv episoden (Hvad skete inden, hvordan foregik det, hvad skete der bagefter)

Hvilke konsekvenser har episoden haft for dig?

Hvordan var din umiddelbare reaktion? (sæt ring om tallet)

Upåvirket

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Stærkt påvirket

10

Intern registrering af fysisk og psykisk vold

Udfyldes af Ledelsen/Sikkerhedsgruppen

Er der taget forholdsregler efter voldsepisoden? Ja Nej

Hvis ja:

Lægehjælp

Henvielse til psykolog

Intern supervision

Samtale med leder/kollega

Andet... _____

Hvis nej, hvorfor ikke?

Er der planlagt opfølgning? Ja Nej

Hvis ja, hvem er ansvarlig for denne ...

Hvis nej, hvorfor ikke? ...

Var skadeslidte efterfølgende uarbejdsdygtig? Ja Nej

Hvis ja, hvor længe? ...

Dato:

.....
Skadeslidtes underskrift

.....
Leders/sikkerhedsgruppens underskrift

Vold i Psykiatrien:
VIP-skema for personale der har været udsat for vold
eller vidne til aggression/vold

Personale der har været udsat for/vidne til vold:	
Brugernavn: <input type="text"/>	Efternavn: <input type="text"/>
Navn: <input type="text"/>	Stillingsbetegnelse: <input type="text"/>
Cpr.nr: <input type="text"/> <input type="text"/>	Havde du på forhånd følelse af, at noget ville ske: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
E-mail: <input type="text"/> Send mail	Dato for udfylde af skemaet: <input type="text"/>
Dato for episoden: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arbejdssted: <input type="text"/>
Afsnit/enhed: <input type="text"/>	Hvor længe varede episoden: <input type="text"/>
Hvornår startede episoden: <input type="checkbox"/>	
Person der opførte sig voldeligt:	
Cpr. nr hvis kendt: <input type="text"/> <input type="text"/>	Diagnose hvis kendt: <input type="text"/>
Tvangsindlagt? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>	Hvis cpr.nr ikke er kendt: Mand <input type="checkbox"/> Kvinde <input type="checkbox"/> Alder <input type="checkbox"/>

**Vold i Psykiatrien:
VIP-skema for personale der har været udsat for vold
eller vidne til aggression/vold**

Til brug for personale der har været udsat for vold. Du må gerne sætte flere krydser under hvert spørgsmål

<p>Hvem var krænkende/truende/voldelig?</p> <p><input type="checkbox"/> Patient/bruger <input type="checkbox"/> Patient/brugers pårørende <input type="checkbox"/> Kollega</p> <p>Arbejdede du alene da episoden indtraf?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Hvad udløste episoden?</p> <p><input type="checkbox"/> Anden bruger/patient <input type="checkbox"/> Hjælp med ADL <input type="checkbox"/> Patient/bruger nægtes noget <input type="checkbox"/> Personalet beder patient/bruger tage medicin <input type="checkbox"/> Tvangsmedicinering <input type="checkbox"/> Grænsesætning <input type="checkbox"/> Krav <input type="checkbox"/> Skærmning <input type="checkbox"/> Tilsyneladende under indflydelse af alkohol eller stoffer <input type="checkbox"/> Ingen kendte årsager <input type="checkbox"/> Andre årsager</p> <p>Tiltag for at stoppe volden:</p> <p><input type="checkbox"/> Talt med patient/bruger <input type="checkbox"/> Roligt ført patienten bort <input type="checkbox"/> Personalet trækker sig <input type="checkbox"/> Peroral medicinering <input type="checkbox"/> Injektion <input type="checkbox"/> Tvangsmedicinering <input type="checkbox"/> Skærmning</p>	<p>Krænkelsen/trussel/vold var rettet mod:</p> <p><input type="checkbox"/> Mig selv <input type="checkbox"/> Mine kolleger <input type="checkbox"/> Patient/bruger <input type="checkbox"/> Mine pårørende <input type="checkbox"/> Inventar <input type="checkbox"/> Ingen ting/ ingen <input type="checkbox"/> Andet <input style="width: 50px;" type="text"/> Andet</p> <p>Former for vold: krænkelse i form af:</p> <p><input type="checkbox"/> Fornærmelser <input type="checkbox"/> Nedladende tale <input type="checkbox"/> Seksuelle tilnærmelser <input type="checkbox"/> Andet <input style="width: 50px;" type="text"/> Andet</p> <p>Former for verbale trusler:</p> <p><input type="checkbox"/> Ansigt til ansigt <input type="checkbox"/> Telefonisk <input type="checkbox"/> Over email <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Andet <input style="width: 50px;" type="text"/> Andet</p> <p>Tiltag for at stoppe volden fortsat:</p> <p><input type="checkbox"/> Holdt patienten fast <input type="checkbox"/> Fysisk tvang <input type="checkbox"/> Fixering <input type="checkbox"/> Tilkaldt hjælp <input type="checkbox"/> Aktiveret alarm <input type="checkbox"/> Tilkaldt politi <input type="checkbox"/> Ingen</p>	<p>Episoden fandt sted:</p> <p><input type="checkbox"/> På hospitalet <input type="checkbox"/> I lokalpsykiatrien <input type="checkbox"/> I patientens eget hjem <input type="checkbox"/> Andet <input style="width: 50px;" type="text"/> Andet</p> <p>Former for vold: fysisk overgreb:</p> <p><input type="checkbox"/> Overfaldsforsøg <input type="checkbox"/> Overfald <input type="checkbox"/> Slag <input type="checkbox"/> Knytnæveslag <input type="checkbox"/> Spark <input type="checkbox"/> Bid <input type="checkbox"/> Skub <input type="checkbox"/> Kvælningsforsøg <input type="checkbox"/> Kniv <input type="checkbox"/> Kastet med ting <input type="checkbox"/> Knust glas <input type="checkbox"/> Andet <input style="width: 50px;" type="text"/> Andet</p>
---	--	--

**Vold i Psykiatrien:
VIP-skema for personale der har været udsat for vold
eller vidne til aggression/vold**

Til brug for personale der har været udsat for vold. Du må gerne sætte flere krydser under hvert spørgsmål.

<p>Skete der noget usædvanligt den dag episoden indtraf?</p> <p><input type="checkbox"/> Underbemanding <input type="checkbox"/> Overbemanding <input type="checkbox"/> Meget syge patienter <input type="checkbox"/> Overbelægning <input type="checkbox"/> Midlertidigt personale <input type="checkbox"/> Andet <input type="text"/> Andet</p> <p>Konsekvenser fysiske mén</p> <p><input type="checkbox"/> Fysiske mén <input type="checkbox"/> Ingen fysiske mén</p> <p>Modtog du lægebehandling?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Havde du brug for støtte af kolleger?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke</p> <p>Modtog du denne støtte?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Havde du brug for psykologhjælp?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke</p>	<p>Modtog du denne psykologhjælp?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Har du været sygemeldt siden episoden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal dage <input type="text"/></p> <p>Udfyldt en arbejdsskadeanmeldelse?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Indgivet en politianmeldelse?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Fysiske reaktioner:</p> <p><input type="checkbox"/> Hjertebanken <input type="checkbox"/> Sved <input type="checkbox"/> Rysten <input type="checkbox"/> Hovedpine <input type="checkbox"/> Mavepine <input type="checkbox"/> Muskelspændinger <input type="checkbox"/> Kvalme <input type="checkbox"/> Smerte under 10 minutter <input type="checkbox"/> Smerte over 10 minutter <input type="checkbox"/> Ingen fysiske reaktioner <input type="checkbox"/> Andet</p>	<p>Konsekvenser følelsesmæssige reaktioner</p> <p><input type="checkbox"/> Frygt <input type="checkbox"/> Ydmygelse <input type="checkbox"/> Vrede <input type="checkbox"/> Skyld <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Hjælpeløshed <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Skuffelse <input type="checkbox"/> Følt sig truet <input type="checkbox"/> Følt sig krænket <input type="checkbox"/> Magtesløshed <input type="checkbox"/> Følt sig utryg <input type="checkbox"/> Andet <input type="text"/> Andet</p> <p>Støtte i dagene/ugerne efter episoden:</p> <p><input type="checkbox"/> Debriering <input type="checkbox"/> Formel støtte fra kolleger <input type="checkbox"/> Uformel støtte fra kolleger <input type="checkbox"/> Formel støtte fra leder <input type="checkbox"/> Psykologhjælp <input type="checkbox"/> Ingen støtte <input type="checkbox"/> Andet <input type="text"/> Andet</p> <p>For den person der udøvede vold:</p> <p><input type="checkbox"/> Debriering <input type="checkbox"/> Personalet talt med personen <input type="checkbox"/> Ingen støtte <input type="checkbox"/> Andet <input type="text"/> Andet</p>
--	---	---

Kvalitetssikring i forhold til anvendelsen af tvang



Kvalitetssikring af tvangsanvendelsen har til formål at sikre overensstemmelse mellem den ønskede kliniske praksis og det faktiske opnåede kvalitetsniveau. Audit er en velegnet metode til tværfaglig kvalitetsvurdering på lokalt niveau. Den anvendes til at vurdere elementer i eller hele konkrete patientforløb baseret på journaler, sygeplejekardex og anden relevant dokumentation.

For at kunne foretage en kvalitetsvurdering er det nødvendigt at definere de kriterier, der udtrykker den optimale praksis. Audit med implicite kriterier er velegnet til retrospektivt at vurdere de mange kliniske skøn, der udøves før, under og efter en tvangsepisode. Det sker ved, at vurderingen af det konkrete patientforløb baseres på den enkelte auditgruppedeltagers mening om, hvad der er god og dårlig kvalitet.

Arbejdet med audit bidrager i sig selv til kvalitetsforbedring, bl.a. fordi processen fremmer opmærksomheden på at basere klinisk praksis på dokumenteret viden og nødvendigheden af bedre dokumentation af den daglige praksis.

Formålet er efterfølgende at forbedre indsatsen dér, hvor auditgruppen finder, at der er brist i kvaliteten

Audit er det helt centrale redskab i det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel.

Arbejdsredskaber:

[Audit med fokus på anvendelse af tvang](#)  311

[Vurdering af den faglige kvalitet ved konflikthåndtering og tvangsfiksering](#) 316

[Monitorering eftersamtaler](#) 324

[Patientens tilfredshed ved tvangsfiksering](#) 326



Audit med fokus på anvendelse af tvang

Audit bliver brugt til at vurdere kvaliteten af udvalgte tvangsepisoder. Et tværfagligt auditpanel gennemgår systematisk data fra konkrete forløb, for at sikre at indsatsen før, under og efter anvendelsen af tvang er i overensstemmelse med god klinisk praksis. Auditpanelet kan komme med generelle anbefalinger, der forelægges ledelsen.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Almenpsykiatrisk Afdeling Odense

Stedfortræder f. oversygeplejerske
Lene Granhøj Jensen
Tlf.: 6541 4135
E-mail: lene.granhoej@ouh.regionsyddanmark.dk

Aalborg Psykiatriske Sygehus Afsnit S8

Afdelingssygeplejerske Iben Hostrup
Tlf.: 9631 1308

Audit med fokus på anvendelse af tvang

Formål:

- Ved intern, tværfaglig audit af udvalgte tvangssituationer at fagligt udvikle, kvalitetssikre og afgrænse anvendelsen af tvang i form af fysisk magtanvendelse og beroligende medicin.
- Ved fortrinsvis at udvælge tvangssituationer, der omfatter alarmering og tilkald af hjælp fra andre afsnit, at opnå ensartet vurdering af behov, fælles forståelse af nødvendighed og at harmonisere rutiner omkring tvangsanvendelse på psykiatrisk afdeling P.

Deltagere:

Sygeplejerske Jimmy Caspersen, P402

Sikkerhedsleder Torben Larsen

SSA Rita Lauritsen, P401

Overlæge Kim Balsløv P401

Overlæge Karin Byrsting, P302

Sygeplejerske Nina Ellemann, P302

Afdelingssygeplejerske Mette Marensgaard Pedersen P402

Stedf. for oversygeplejerske Lene Granhøj Jensen afd. P. adm. (formand)

Der kan indkaldes ad hoc personer fra de implicerede afsnit.

Audit udtaler sig samlet med soberhed for øje.

Audit kan komme med anbefalinger, der skal foreligges afdelingsledelsen.

Tidsforbruget for audit er 1 Kvartalsmøde á 3½ time, vi behandler 3 timer pr. møde. Målet er 12 sager pr. år.

Audit med fokus på anvendelse af tvang

Afholdelse af audit:

Tilstede ved afholdelse af audit:

Der er fremlægges indledningsvis. et resume af patientens kontaktlæge/kontaktperson, som vil være tilstede som ad hoc personer.

Der er fokus på følgende:

Før tvangen:

Refleksion over patientens farlighed

Prioritering af patientens problemer

- var personalet opmærksom på stigende uro
- er miljøet i afdelingen befordrende for reduktion af aggression
- fysiske rammer: gangen, stuen,
- antal personale, sammensætningen
- tidspunkt på døgnet dag, aften, nat

Under tvangen:

Antal tilløbende personale, samarbejdet mellem disse og fast personale

Hvornår ankom lægen

Lægens kompetenceformidling "kulturforskelle" og opgavefordelingen

Kendskab til psykiatriloven

Forebyggelse af unødvendig uro og aggression

Specielle problemer i denne situation

Efter tvangen:

Dokumentation: observationer, handlinger, kommunikation, information

Hvor stor en del af det tilstedeværende personale var oplært, har haft kursus i tvang osv.

Overordnet:

Under hele audit skal der være opmærksomhed på de forskellige faggrupper.

Fokus på eksplicite og implicite kriterier

Se bilag 1

Konklusion og anbefalinger

Lene Granhøj/jan.2009

Audit med fokus på anvendelse af tvang

Psykiatrisk audit af udvalgte tvangsepisoder 2009: Bæltefikseringer/beroligende medicin med tvang

Afsnit:

Vurderingsskema sæt x

	Tekst	Tilfredsstillende	Ikke tilfredsstillende	Begrundelse hvis ikke tilfredsstillende
1.0	Før tvangsepisoden			
1.1	Forudgående vurdering og håndtering af patientens aggressionstærskel A. Lægen B. B. Plejepersonale			
1.2	Miljøet i afsnittet			
2.0	Under tvangsepisoden			
2.1	Kendskab til psykiatriloven 1. Læge tilstede 2. Mindste middel princip			
2.2	Specielt ved bæltefiksering A. Skærpet tilsyn B. Kontinuitet i plejen			
3.0	Efter tvangsepisoden			
3.1	Defusion/debriefing			
3.2	Øvrig opsamling med patienten			
3.3	Blev de kliniske retningslinjer anvendt			
4.0	Dokumentation			
	Dokumentation samlet vurdering			

Kilde: Skemaet er inspireret af: "Audit- en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis" af Jan Mainz og Gerda Blomhøj, Dansk selskab for kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2000.

Planlagt forløb:

Afdelingssygeplejerske eller souschef forbereder og fremlægger oplæg til afsnittets tværfaglige koordinationsmøde, hvor et aktuelt tvangsforløb vurderes i det tværfaglige forum – tilstedeværende tværfagligt personale og 1-2 repræsentanter for plejepersonalet. Audit / refleksion afholdes de sidste 20 min af koordineringsmødet.

: Oplægget skal indeholde data om den udvalgte tvangstilbageholdelse eller revurdering af samme

ud fra journalnotat, plejeplan og tvangsskema. Det er en fordel at medtage data fra døgnet før!

Afdelingssygeplejerske / souschef fungerer som ordstyrer i den faglige refleksion over følgende spørgsmål:

- 1) Er beskrivelserne fyldestgørende?
- 2) Kunne tvangsforanstaltningen være undgået?
- 3) Er der forsøgt alternativer gennem information og samarbejde?
- 4) Lever vurderingen op til lovgivningens intentioner?

Evalueringen på skemaets spørgsmål opsummeres og dokumenteres af afdelingssygeplejerske / souschef efter debat og vurdering af det fremlagte eksempel.

Evaluering på audit / refleksion kan gøres ud fra spørgsmålene:

- 1) Er der forbedringsmuligheder?
- 2) Giver spørgsmålene anledning til ændringer af praksis?
- 3) Har refleksionen givet større forståelse eller indsigt?



Vurdering af den faglige kvalitet ved konflikthåndtering og tvangsfiksering

Efter hver tvangsfiksering reflekterer personalet over forløbet – før, under og efter episoden. Der er fokus på den faglige kvalitet i situationen men henblik på at forbedre den forebyggende indsats, udvikle personalets kompetencer i forhold til at udføre tvangen og bedre arbejdsmiljøet.

På personalemøder og i andre fora vurderer hele personalegruppen med en scoring den faglige kvalitet af den forebyggende indsats og den anvendte tvang. Datamaterialet danner grundlag for drøftelser af resultatet af indsatsen, og i hvor høj grad den lever op til de faglige kriterier.

Kontaktinformation:

Psykiatrisk Center Sct. Hans Afdeling L

Kvalitetskoordinator Jeanet Kragerup
Tlf.: 4633 4564
E-mail: Jeanet.kragerup@shh.regionh.dk

Psykatrien i Roskilde, Toftehus Afsnit 21/22

Afdelingssygeplejerske, Eva Enevoldsen
Tlf.: 4732 7722
E-mail: eme@regionsjaelland.dk

Andre kilder:

Regionspsykiatrien Herning
Almenpsykiatrisk Afdeling Vejle

Skabelon for refleksion efter tvangsfiksering

- Hvad gik forud for situationen
 - En beskrivelse af patientens symptomer, reaktion og adfærd?
 - En beskrivelse af hvori sygeplejen bestod?

- Hvilke overvejelser blev gjort i forhold til at forebygge tvangsfikseringen?
 - Aktivitet
 - Afledning
 - Beroligende tiltag fx kugledyne
 - Dialog
 - P.N.
 -

- Hvilke overvejelser blev gjort i forhold til omsorgen for patienten?
 - Basale behov
 - Mindste middels princip
 - Ethiske overvejelser
 - Juridiske overvejelser
 - Patientrettigheder

- Hvordan foregik fikseringen?
 - Var der en læge til stede, der ordinerede fikseringen?
 - Var der et personalemedlem, der tog lederskab?
 - Hvordan var samarbejdet i personalegruppen?
 - Var der et personalemedlem, der var omsorgsperson for patienten?

 - Foregik fikseringen så skånsomt som muligt?
 - Blev patienten orienteret om, hvad der skete?

Hvad var godt – Hvad var skidt – Hvad kunne have været gjort bedre

Vurdering af den faglige kvalitet ved konflikthåndtering og tvangsfiksering

Dato _____

Skema til generel vurdering af det faglige niveau ved konflikthåndtering og tvangsfiksering

Personalet spørges ved personalemøder og temadage om deres generelle vurdering af det faglige niveau ved henholdsvis konflikthåndtering og tvangsfiksering.

1 står for et meget lavt fagligt niveau og 10 for et meget højt fagligt niveau. På en skala fra 1 til 10 hvordan vurderer du helt generelt det faglige niveau ved personalets konflikthåndteringen i L1 (sæt kryds):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Kommentarer:

På en skala fra 1 til 10 hvordan vurderer du helt generelt det faglige niveau ved tvangsfiksering af en patient i L1 (sæt kryds):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Kommentarer:

Højt fagligt niveau

Konflikthåndtering

Ved et højt fagligt niveau forstås i forbindelse med konflikthåndtering, at personalet har gjort hvad man kunne for at aftrappe konflikten, så tvangsfiksering i videst muligt omfang kunne undgås. Det vil sige, at der har foregået overvejelser vedr. og ud fra et fagligt skøn i forhold til patientens tilstand handlet i forhold til:

- Aktivitet
- Afledning
- Beroligende tiltag, fx kugledyne
- Dialog
- P.N.
- Basale behov
- Mindste middels princip
- Etik
- Jura
- Patientrettigheder
- Inddragelse af patienten i beslutning om forebyggende tiltag

Tvangsfiksering

Ved et højt fagligt niveau forstås i forbindelse med tvangsfiksering, at personalet har gjort hvad man kunne for, at tvangsfikseringen foregik så skånsomt som muligt for patienten. Og at der har foregået overvejelser vedr.

- Tilkald af læge om muligt inden fikseringen
- Mindste middels princip
- Ethiske overvejelser
- Juridiske overvejelser
- Patientrettigheder

og ud fra et fagligt skøn i forhold til patientens tilstand handlet i forhold hertil.

Vurdering af den faglige kvalitet ved konflikthåndtering og tvangsfiksering

Dato _____

Skema til specifik vurdering af den faglige niveau ved konflikthåndtering og tvangsfiksering

Personalet spørges efter tvangsfiksering af en patient om deres specifikke vurdering af det faglige niveau ved den pågældende konflikthåndtering og tvangsfiksering.

1 står for et meget lavt fagligt niveau og 10 for et meget højt fagligt niveau. På en skala fra 1 til 10 hvordan vurderer du det specifikke faglige niveau ved personalets konflikthåndtering i forbindelse med den pågældende tvangsfiksering (sæt kryds)?:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

På en skala fra 1 til 10 hvordan vurderer du det specifikke faglige niveau i forbindelse med den pågældende tvangsfiksering (sæt kryds)?:

1	2	3	4	5	6	7	-8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Højt fagligt niveau

Konflikthåndtering

Ved et højt fagligt niveau forstås i forbindelse med konflikthåndtering, at personalet har gjort hvad man kunne for at aftrappe konflikten, så tvangsfiksering i videst muligt omfang kunne undgås. Det vil sige, at der har foregået overvejelser vedr. og ud fra et fagligt skøn i forhold til patientens tilstand handlet i forhold til:

- Aktivitet
- Afledning
- Beroligende tiltag, fx kugledyne
- Dialog
- P.N.
- Basale behov
- Mindste middels princip
- Etik
- Jura
- Patientrettigheder
- Inddragelse af patienten i beslutning om forebyggende tiltag

Tvangsfiksering

Ved et højt fagligt niveau forstås i forbindelse med tvangsfiksering, at personalet har gjort hvad man kunne for, at tvangsfikseringen foregik så skånsomt som muligt for patienten. Og at der har foregået overvejelser vedr.

- Tilkald af læge om muligt inden fikseringen
- Mindste middels princip
- Ethiske overvejelser
- Juridiske overvejelser
- Patientrettigheder

og ud fra et fagligt skøn i forhold til patientens tilstand handlet i forhold hertil.

Skema til vurdering af faglig kvalitet ved nødvendig anvendelse af tvang

Værdier i samarbejde

Faglig kvalitet - Gensidig respekt - Indlevelse og omsorg – Information – Sammenhæng

--

Spørgsmålene drøftes og derefter afgøres ved konsensus den opnåede faglige kvalitet

Dato for drøftelse:

Label:

Blev der gjort nogen tiltag for at forebygge tvang ? (f.eks. kugledyne, inddragelse af familie / netværk, andet)	Hvordan reagerede patienten?
Hvordan reagerede miljøet og personalet?	Kunne der være gjort mere for at undgå tvang?
Blev der givet medicin inden tvangsepisoden?	Hvorfor blev det nødvendigt at bruge tvang?
Hvordan reager patient under tvangsanvendelse?	Hvor hurtigt faldt patienten til ro?
Hvad skete der med patienten efter tvangsanvendelsen?	Hvordan havde patienten det efter ophør af tvangen?

Skema til vurdering af faglig kvalitet ved nødvendig anvendelse af tvang

Var der øget opmærksomhed efter tvangsepisoden om patienten? Hvor længe?	Kunne perioden med tvang have været kortere ?
Forstod patienten senere nødvendigheden af tvangsanvendelsen?	Blev patienten set under et behandlet med fuld menneskelig respekt?
Blev der foretaget tilstrækkelig dokumentation i EPJ?	Andet:

Mål : 90% af alle personaler vurderer, at afsnittets håndtering af tvang sker på et ”meget højt fagligt niveau.”

Sammenfattende afgives følgende vurdering:

Eventuelle mangler noteres i logbog til hurtig opfølgning.

- 5** **Meget højt fagligt niveau ved tvangsanvendelsen**
- 4** **Tilfredsstillende fagligt niveau. Hvad manglede?**
- 3** **Middel fagligt niveau. Hvad manglede?**
- 2** **Ikke acceptabelt fagligt niveau. Hvad manglede? Opfølgning sker omgående.**
- 1** **Kaos.
Der etableres straks nødvendig handleplan for personalet til opretning af orden.**

Mulige PDSA- cirkler:



Monitorering eftersamtaler

Det er vist sig vanskeligt at implementere og fastholde fokus på eftersamtaler. Flere afdelinger har med succes forankret tiltaget ved hjælp af monitorering.

Systematisk brug af journalaudit medvirker til at kvalitetsvurdere eftersamtalerne. Ledelse og medarbejdere kan på baggrund af resultaterne udarbejde handleplaner med henblik på at forbedre indsatsen, og sikre at alle patienter tilbydes eftersamtaler efter en tvangsepisode.

Kontaktinformation:

Andre kilder:

Psykiatrisk Center Frederiksberg

Projektkoordinator Anette Lauritsen
Tlf.: 3816 4468
E-mail: Anette.Lauritsen@frh.regionh.dk

Kvalitetskoordinator Inge Lise Foli
Tlf.: 3816 4458
E-mail: Inge.Lise.Foli@frh.regionh.dk

Monitorering af eftersamtaler

EFTERSAMTALE EFTER BÆLTEFIKSERING

Kvalitetskoordinator Inge Lise Foli - Overlæge Torben Lindskov Hansen - -				NNej OIkke relevant										
Tilbage til Vejledning				maj-09										
Vejledning				Standard										
Nr.	Spørgsmål			Henvisninger	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
EFTERSAMTALE TILBUDT EFTER BÆLTEFIKSERING														
		AFSNIT			D2Ø	D2Ø	D2V	D2V	D2V	D1	D6	D6	D6	D6
4		Samtykke, patientvejledning og brug af tvang												
4.02		Hvis der er anvendt tvang indenfor den sidste måned - er der en tvangsprotokol for den seneste tvangsanvendelse?		-	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
P4.02	-	Er det dokumenteret at patienten efter ophør af tvang i form af bæltefiksering, er blevet tilbudt en eftersamtale?			J	J	J	O	J	O	J	O	J	J
				De tre "ikke relevante" er 1 overflytning i bælte til BBH og to der var dobbeltindlagte på AMA og blev udskr derfra.										

EFTERSAMTALE TILBUDT EFTER BÆLTEFIKSERING										
		Samtykke, patientvejledning og brug af tvang								
4.02		Hvis der er anvendt tvang indenfor den sidste måned - er der en tvangsprotokol for den seneste tvangsanvendelse?			10	0	0	100%	0%	0%
P4.02	-	Er det dokumenteret at patienten efter ophør af tvang i form af bæltefiksering, er blevet tilbudt en eftersamtale?			7	0	3	100%	0%	30%



Patientens tilfredshed med tvangsfiksering

Formålet med at monitorering af patienttilfredshed ved tvangsfikseringer, er at undersøge patienternes oplevelse af den kliniske praksis ved fikseringer, beroligende medicinering og fastholdelse med henblik på at forbedre indsatsen.

Kontaktinformation:

Psykiatrisk Center Sct. Hans Afd. L

Kvalitetskoordinator, Jeanet Kragerup
Tlf.: 4633 4564
E-mail: Jeanet.kragerup@shh.regionh.dk

Andre kilder:

Patienttilfredshed ved tvangsfiksering

Afsnit L1

Dato: _____

Kære _____

Personalet på afsnit L1 ønsker at bæltefikseringen foregår på en måde, som den enkelte patient er tilfreds med.

Derfor har vi i denne periode fokus på, hvordan vi bæltefikserer og vi vil meget gerne forbedre vores procedure for bæltefiksering.

Derfor vil vi bede dig om at svare på dette spørgsmål:

Hvordan var du tilfreds med den måde, hvorpå personalet håndterede situationen, da du blev bæltefikseret?

Sæt kryds i den boks, som du synes passer bedst.

Meget tilfreds	Tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusind tak for hjælpen

Venlig hilsen

Personalet Afsnit L1