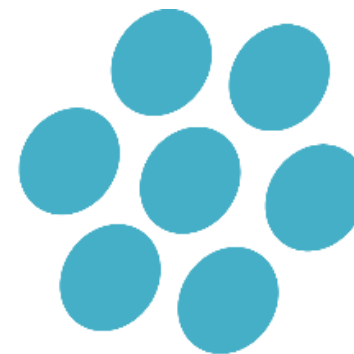


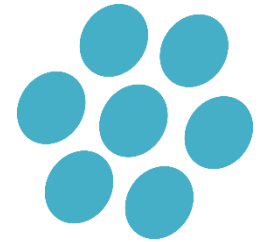
VELKOMMEN til

**LÆRINGS- OG
KVALITETSTEAMS**



LKT Tvang

Region Nordjylland er lead region



og I er velkomne til at kontakte os nu og senere 😊

Nationale tovholdere og sekretariat



Mette Alsbjerg Jensen

Kvalitetskoordinator
Hospitalsledelsens Administration

meap@rn.dk



Birte Kloch Frederiksen

Specialkonsulent
Mennesker og Organisation

bkf@rn.dk

Data- og proceskonsulenter i forhold til LKT forløb



Maria Koldby Mumgård

Data- og Forbedringskonsulent
Mennesker og Organisation

m.koldby@rn.dk



Torben Christensen

Proces- og udviklingskonsulent
Mennesker og Organisation

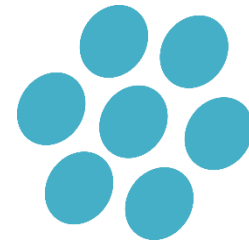
toch@rn.dk



Dorte Mayann Hansen

Forbedringskonsulent
Mennesker og Organisation

domaha@rn.dk



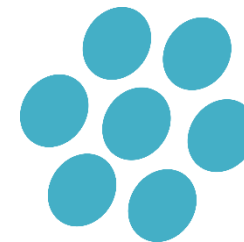
Vi sætter platformen

PROGRAM FOR DAG 1

- 11.00 - 11.30** Ankomst og registrering samt oprettelse af P-tilladelse
- 11.30 - 12.15** Frokost
- 12.15 - 12.25** **Velkommen og introduktion (Teatersalen)**
v. Mariane Therkelsen, direktør, Mennesker og Organisation, Region Nordjylland
- 12.25 - 13.00** **Vores platform brænder - Hvad vil vi opnå med LKT Tvang?**
v. Tina Gram Larsen, lægefaglig direktør og formand for ekspertgruppen samt Linda Bramsen, ledende overlæge og repræsentant i ekspertgruppen for BUP-DK.
- 13.00 - 13.15** **Evidensen bag de tværsektorielle planer**
v. Jesper Bak, forskningsleder og repræsentant i ekspertgruppen for Region Hovedstaden
- 13.15 - 13.35** **Fælles beslutningstagning**
v. Lisa Korsbek, programleder, Fælles beslutningstagning i Psykiatrisygehuset, Region Syddanmark
- 13.35 - 13.50** **Vigtigheden af at arbejde tværsektorielt ifht. at forebygge tvang og magtanvendelse**
v. Finn Blickfeldt Juliussen, Specialkonsulent, Socialstyrelsen
- 13.50 - 14.20** **Samskabelse og patientens stemme – "Intet om os uden os"**
v. Malene Terp, specialkonsulent og Camilla Krogh, konsulent, Enhed for Samskabelse, Region Nordjylland
- 14.20 - 14.35** **Spørgsmål til oplægsholdere samt roller og forventninger**
v. Mariane Therkelsen, direktør i Mennesker og Organisation, Region Nordjylland
- 14.35 - 15.00** **Kaffepause, check in**

15.00 - 17.25

PARALLELSESSIONER



Vi fordyber os

Ledelsesspor - ledelsesopg. (Lokale J)

v. Jens Ravnholt Pedersen,
Udviklingschef Region
Nordjylland og Dorthe Juul
Lorenz vicedirektør for Psy-
kiatrien i Region Sjælland.

Her fokuseres på vigtig-
heden af, at man som leder
på forskellige niveauer
understøtter kvalitets- og
forbedringsarbejde, påser
fremdrift, understøtter de
nødvendige samarbejds-
relationer og bidrager til at
overvinde barrierer.

Voksenspor (Teatersalen)

Facilitator og forbedrings-
konsulent Dorte Mayann
Hansen.

Deltagerne får lejlighed
til at anvende nogle af
Forbedringsmodellens cen-
trale redskaber. Resultatet
vil bl.a. være at deltagerne
får produceret et driver-
diagram med forslag til
konkrete indsatser i forhold
til at realisere tiltag og
indhold.

Børne- og ungespor (Lokale C)

Facilitator og forbedrings-
konsulent Torben
Christensen.

Deltagerne får lejlighed
til at anvende nogle af
Forbedringsmodellens cen-
trale redskaber. Resultatet
vil bl.a. være at deltagerne
får produceret et driver-
diagram med forslag til
konkrete indsatser i forhold
til at realisere tiltag og
indhold.

17.35 - 18.30

Samlet fremlæggelse af elevatortaler (Teatersalen)

Facilitator: Mariane Therkelsen

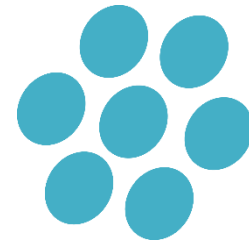
Målet med en elevatortaler er, at den skal virke som fælles afsæt i fortællingen om det enkelte LKT Projekt. Her fremlægger hver gruppe sin elevator tale for de øvrige gruppemedlemmer og ledere efter "All teach – all learn princippet."

19.30

Middag

Vores platform brænder – Hvad vil vi opnå med LKT Tvang?

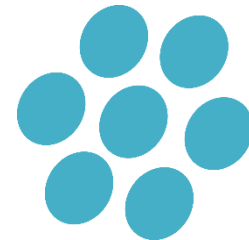
v. lægefaglig direktør Tina Gram Larsen, formand for ekspertgruppen LKT Tvang og ledende overlæge Linda Bramsen, repræsentant i ekspertgruppen for BUP-DK



Vores platform brænder

Psykatrien i Danmark har igennem flere år arbejdet med at forebygge og nedbringe tvang, fx

- Den gode psykiatriske afdeling
- Projekt Sikker Psykiatri
- Projekt Bæltefrit afsnit
- Partnerskabsaftalen 2014-2020
- Afprøvning af model for tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang (2018-2021)



Status efter partnerskabsaftalens afslutning

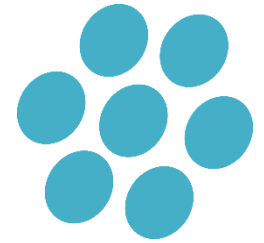
- Antallet af bæltefikseringer er faldet
- men den samlede tvang er steget (fastholdelser, akut beroligende medicin mfl.)

Antallet af tvangsindlæggelser er ligeledes steget, og Sundhedsstyrelsen lægger op til, at næste skridt i arbejdet med forebyggelse af tvang må være fokus på det tværsektorielle samarbejdsfelt – *Hvordan hjælper vi hinanden og patienten/borgeren til det bedst mulige forløb uden behov for tvang og magtanvendelse?*

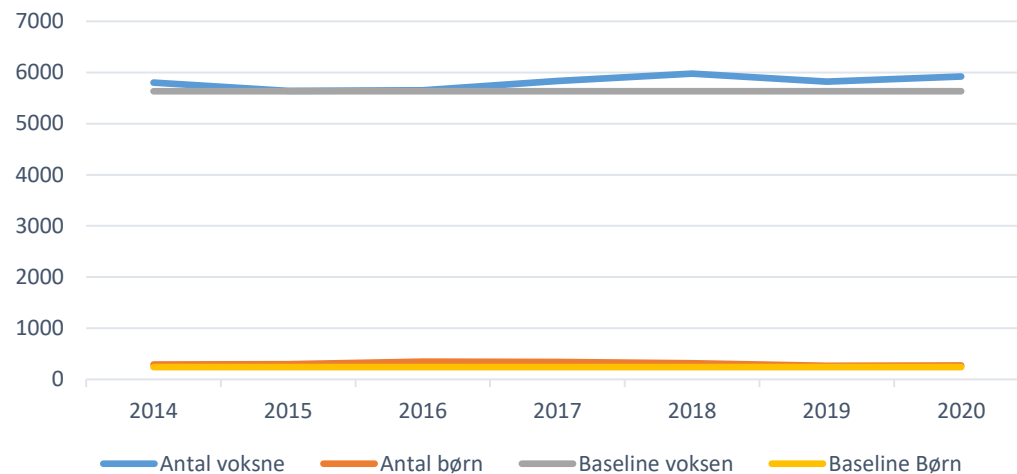
Antallet og andelen af personer, der bliver tvangsindlagt, tvangstilbageholdt og tvangsmedicineret er fortsat stigende i forhold til baseline. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der vil være behov for et forstærket fokus på, hvordan disse former for tvang kan undgås. Dette vil kræve et stærkt samarbejde om indsatsen i kommuner, i det primære sundhedsvæsen og på sygehuse.

Kilde: Sundhedsstyrelsens monitorering af tvang årsopgørelse 2020

Tvang i tal – udviklingen i DK

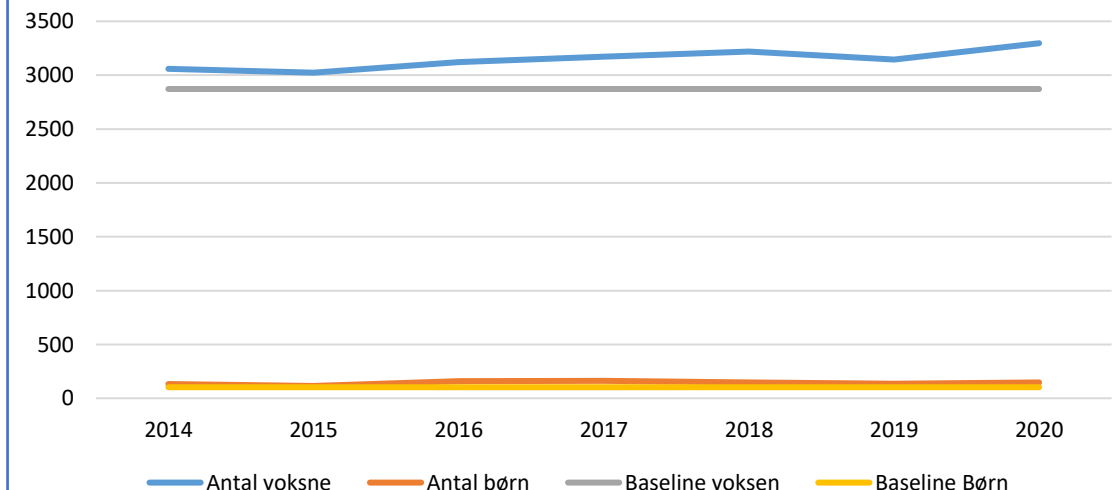


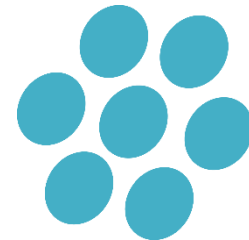
Antal patienter der oplever tvang i DK
(al tvang)
udviklingen fra 2014 -2020



På trods af 5 års fokuseret arbejde med Partnerskabsaftalen, er antallet af patienter der oplever tvang uændret/stigende og det samme gælder for antallet af tvangsindlæggelse.

Tvangsindlæggelser i DK
udviklingen fra 2014 - 2020

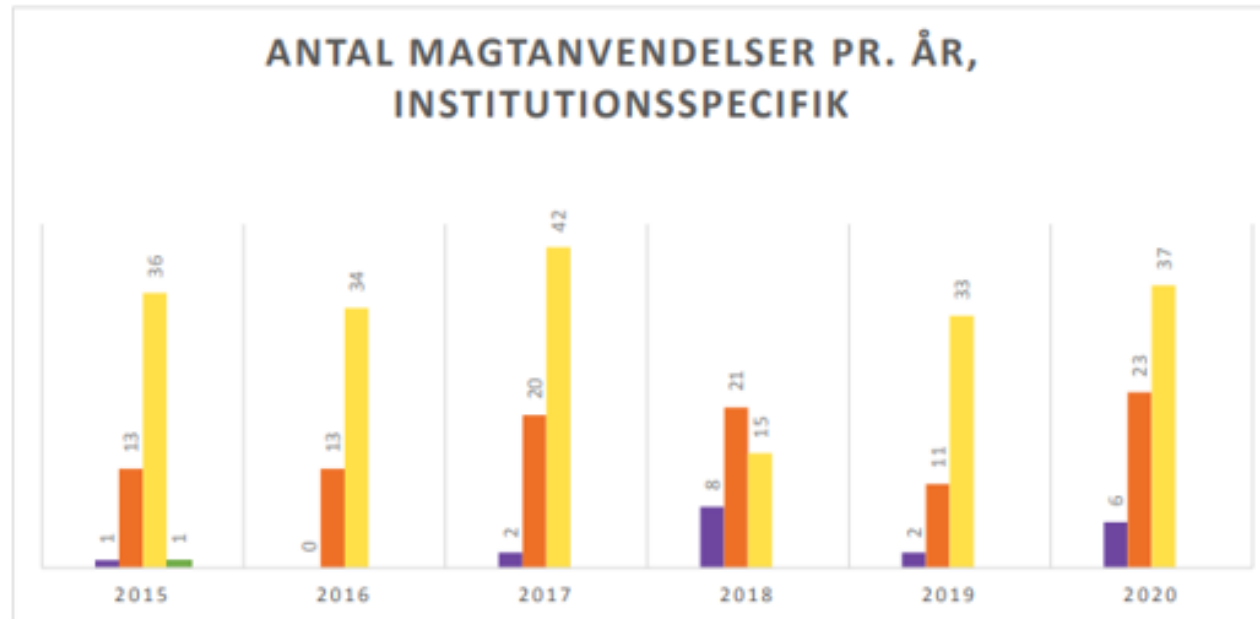
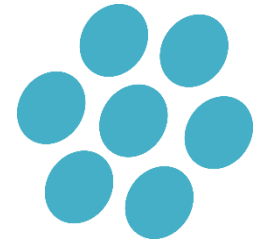




Magtanvendelser i tal...

- Kommunerne er underlagt en anden lovgivning end Psykiatrien. Kommunerne har mulighed for magtanvendelse, i de tilfælde hvor dette bliver vurderet nødvendigt.
- Når det bruges magt i kommunerne skal dette registreres og indberettes. Der har altid været et krav om indberetning af magtanvendelse, men traditionen for samling og analyse af data er ikke den samme som i Psykiatrien, selv om opmærksomheden herpå er blevet skærpet de seneste år, hvor der indberettes og samles data via Socialtilsynet.
- Der findes ikke nationale offentligt tilgængelige opgørelser på magtanvendelse, derfor vil vi vise et eksempel fra en årsrapport lavet i en Nordjysk kommune.

Magtanvendelser i tal...



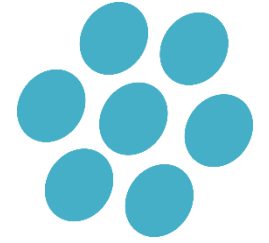
Ex. Magtanvendelser **børne og ungdomsområdet** i kommune Y hvor 3 institutioner sammenlignes. Der ses et stigende antal indberettede magtanvendelser på fysisk magt.

År/Type	Afværgehjælp	Fysisk Magt	Tilbageførelse	Undersøgelse	I øvrigt
2018		13			
2019	1	32	1	0	0
2020	0	37	0	0	0

År/Type	Afværgehjælp	Fysisk Magt	Tilbageførelse	Undersøgelse	I øvrigt
2018		19	1	1	
2019		11			
2020	1	22			

År/Type	Afværgehjælp	Fysisk Magt	Tilbageførelse	Undersøgelse	I øvrigt
2018		8			
2019		2			
2020		5	1		

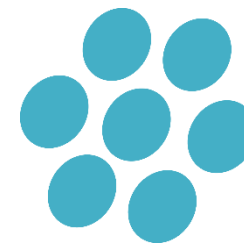
Behovet for et nationalt LKT vedr. tvang i psykiatrien



Nationale og internationale erfaringer viser:

- Der findes ikke enkle løsninger på forebyggelse og nedbringelse af tvang
- Det kræver mange og forskelligartede interventioner samt vedvarende fokus
- Opgaven er kompleks
- Det er nødvendigt med fokus på det der sker før, under og efter en (tvangs)indlæggelse dvs. der skal være tværsektorielt fokus, herunder også fokus på den ambulante del
- Det er nødvendigt med høj grad af patient- og pårørendeinddragelse
- Vi skal have fælles tilgang og ejerskab

Lærings- og kvalitetsteams (LKT)



Formål med LKT

- Forbedre kvaliteten indenfor et klinisk område, opbygge en forbedringskultur lokalt og sikre læring på tværs af landsdele

National ekspertgruppe for hvert enkelt LKT

- Ansvarlig for projektbeskrivelse med definition af mål og indsatser

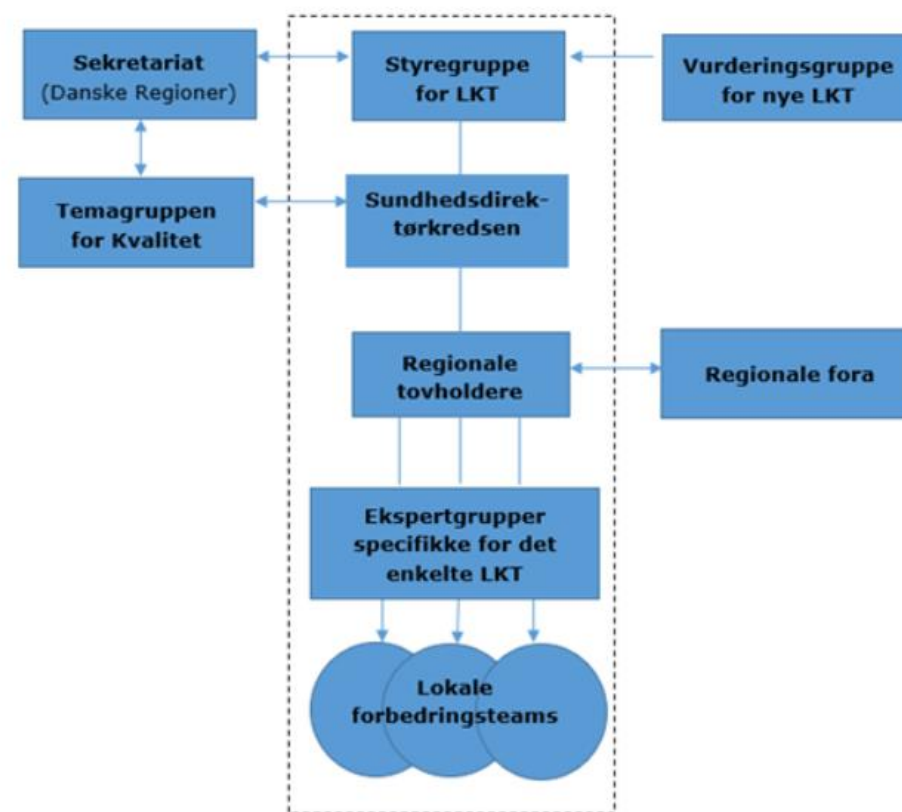
De deltagende forbedringsteams

- Kernen i forbedringsprojektet – ansvarlige for det daglige forbedringsarbejde
- Deltager i de nationale læringsseminarer

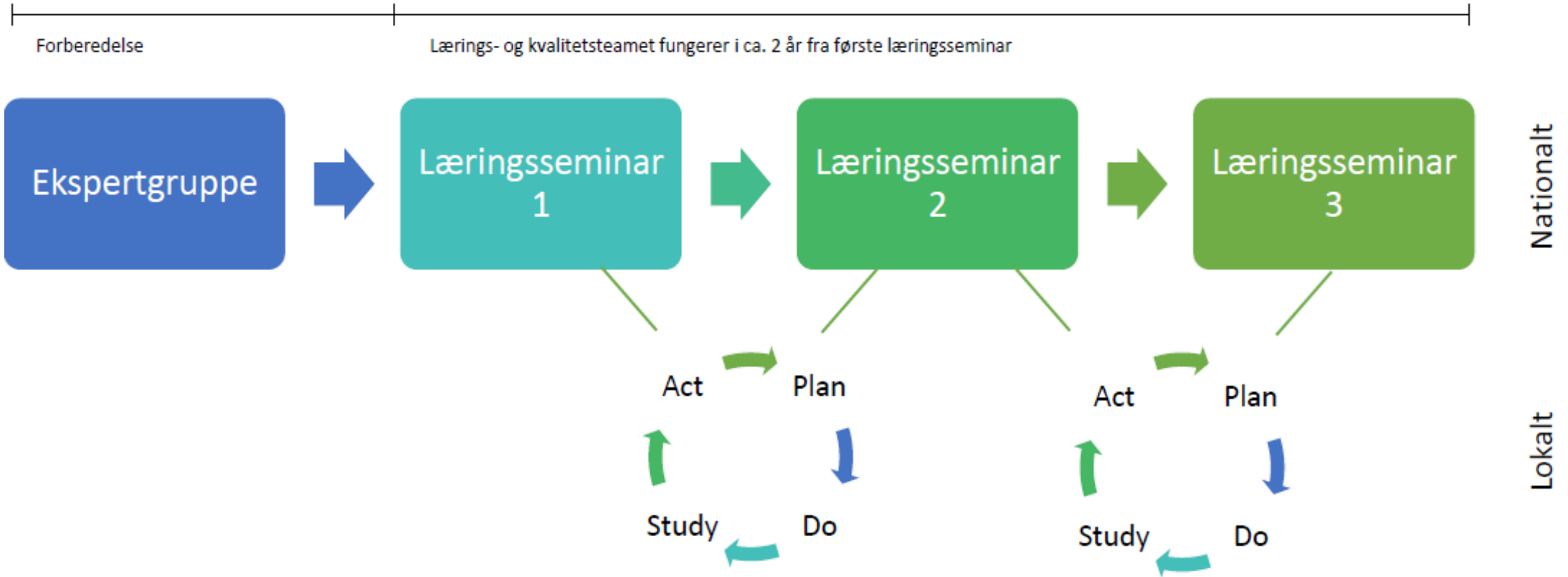
Styregruppe for LKT

- Bredt sammensat af repræsentanter fra Danske Regioner, de fem regioner, KL, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Danske Patienter, RKKP og PLO

NATIONAL GOVERNANCESTRUKTUR FOR LKT

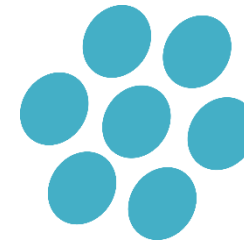


Hvordan arbejder et lærings- og kvalitetsteam?



Ekspertgruppe & LKT styregruppe

- En længere proces

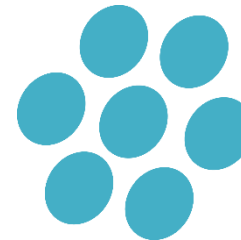


Ekspertgruppemøder	<ul style="list-style-type: none">- 29. august 2019- 24. september 2019- 31. oktober 2019- 19. november 2019- 27. februar 2020- 15. september 2020- 9. oktober 2020- 4. december 2020- 1. marts 2021
LKT styregruppe	<ul style="list-style-type: none">- 29. januar 2020: Status- Juni 2020: 1. udkast sendt i skriftlig høring21. oktober 2020: Status5. maj 2021: 2. udkast blev godkendt
Høringsrunder	<ul style="list-style-type: none">- 31. marts til 4. maj 2020- 9. marts til 9. april 2021

Ekspertgruppen for LKT Tvang:

Bredt sammensat af repræsentanter fra

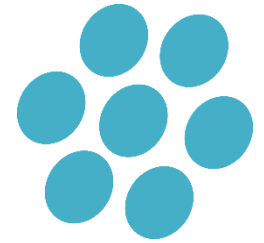
- Regionerne,
- De faglige selskaber,
- Kommunernes Landsforening,
- Bedre Psykiatri,
- SIND,
- Sundhedsdatastyrelsen og
- Sundhedsstyrelsen –
- samt løbende ad hoc deltagelse



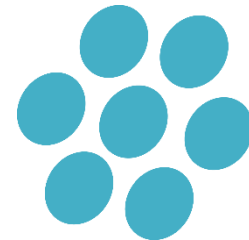
1. Version af projektbeskrivelse LKT-tvang

- Bred målgruppen: Alle patienter hvor det blev fundet klinisk relevant (både indlagte og ambulante)
- Intervention 1: Trygheds- og forebyggelsesplan (ny plan som kunne tage udgangspunkt i allerede eksisterende planer lokalt).
- Intervention 2: Tværsektorielle netværksmøder
- Flere indikatorer på kvaliteten af arbejdet som krævede manuel dataopsamling (fx vurdering af kvaliteten i indholdet af Trygheds- og forebyggelsesplanen)

Hovedindvendinger mod 1. version af projektbeskrivelsen – sommer 2020



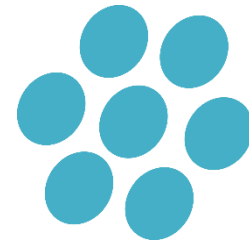
- Alt for bred og upræcis målgruppe (alle indlagte og alle ambulante, hvor det blev vurderet klinisk relevant)
- Uklart hvordan samarbejdet mellem kommuner og almen praksis skulle foregå (hvordan kunne disse forpligtes?)
- Modstand mod at indføre en Trygheds- og forebyggelsesplan for både voksne samt børn og unge. Det blev set som en NY plan og der blev tvivlet på effekten heraf
- I forhold til indikatorerne var der et stort manuelt journalaudit-arbejde med for meget individuel tolkning
- Alt for ressourcetungt
- Nedbringelse af tvang er et kvalitetsudviklingsprojekt er derfor ikke velegnet som LKT (ikke evidens for de foreslåede tværsektorielle indsatser på området)



Kompromisets kunst

- Ændret fokus i 2. version

- Præcisering og indsnævring af målgruppen
- Fokus på tvangsindlæggelser som resultatmål, da det kan ses som et udtryk for, hvor godt eller mindre godt vi formår at samarbejde på tværs af og med patienten
- Udgangspunkt i de lovbestemte tværsektorielle Koordinationsplaner og Udskrivningsaftaler for voksne
- Fortsat Trygheds- og forebyggelsesplaner hos børn og unge
- Fortsat fokus på netværksmøder.
- Større fokus på tværsektoriel rollefordeling og opgave
- Flere frivillige indikatorer og mindre tolkning
- Frivilligt med inklusion af det ambulante felt i de lokale projekter.

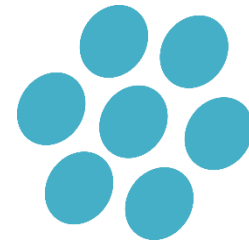


Den teoretiske ramme

- De seks kernestrategier

Ledelse, Data, Kompetenceudvikling, Forebyggelsesværktøjer,
Patient-/pårørende inddragelse og Debriefing

- Forankring og tværsektorielt samarbejde
- Fælles beslutningstagning



Mål i LKT Tvang

Overordnet mål

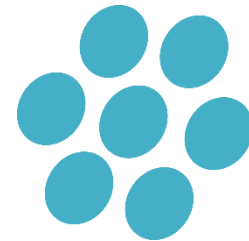
- At reducere omfanget af tvangsindlæggelser ved at styrke det tværsektorielle samarbejde med patienten i centrum
- Reducere tvangshændelser og magtanvendelser (psykiatrisk og kommunal følgeindikator)

Resultatindikatorer

- Antal personer, der tvangsindlægges, reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023
- Antal tvangsindlæggelser reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023

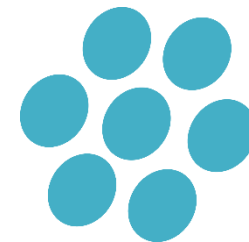
Følgeindikatorer

- Antal personer, der berøres af tvang, reduceres for de deltagende enheder
- Antal tvangshændelser reduceres for de deltagende enheder
- Antal personer, der berøres af magtanvendelse, reduceres for de deltagende enheder
- Antal magtanvendelser reduceres for de deltagende enheder



Vokseosporet

Målgruppe – Voksensporet



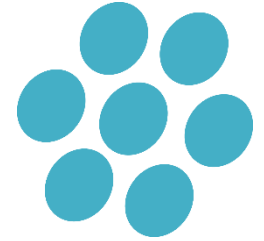
Obligatorisk:

- Indlagte patienter, der får udarbejdet en udskrivningsaftale/koordinationsplan

Frivilligt:

- Relationsarbejde i fredstid: Udvalgte få ambulante patienter med komplekse forløb og/eller stor risiko for tvangsindlæggelse.
- Patienterne tilbydes elektiv indlæggelse (kortvarig), så der kan udarbejdes udskrivningsaftale/-koordinationsplan (Psykiatrien i Region Nordjylland har forpligtiget sig på også at afprøve det frivillige spor)
- Det kan være patienter, der:
 - Har medicinsvigt
 - Udebliver fra aftaler
 - Har manglende adhærens til øvrig støtte og behandling
 - Har misbrug/skadeligt forbrug
 - Har svær impulsivitet og/eller en historie med udadreagerende eller selvskadende adfærd

Voksensporet



Målet

- Øge og kvalificere udarbejdelsen af de eksisterende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (UA/KP) – vi kan gøre det bedre og vi ved det virker forebyggende
- Frivilligt: Udvide anvendelsen af UA/KP til også at omfatte et mindre antal patienter (primær tilknytning i den ambulante psykiatri)

Procesindikatorer

- Der ses en stigning i andelen af patienter, der får lavet en UA/KP
- Der ses en stigning i andelen af UA i forhold til KP

Frivillige:

- Mindst 90 % af patienter med en UA/KP har deltaget i et netværksmøde mindst 1 x årligt
- Mindst 90 % af UA/KP er revurderet mindst 1 x årligt

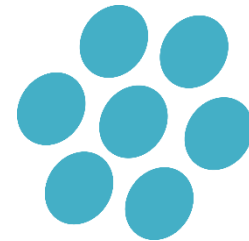
Indsatser

Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner

- Lovbestemt indhold
- Fokus på patientens ønsker, præferencer og hjælp fra netværk
- Særlig opmærksomhed på forebyggelse af tvang. Der kan med fordel inddrages viden fra:
 - Selvmordsrisikovurdering, voldsrisikovurdering, herunder BVC, patientens krise-triggere, forhåndstilkendegivelser, kriseplaner, eftersamtaler, mestringsplaner mm.
- Ramme: Fælles beslutningstagning

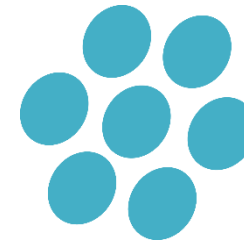
Tværasektorielle netværksmøder

- Deltagerkreds
- Rollefordeling
- Ramme: Fælles beslutningstagning



Børne- og ungesporet

Målgruppe – Børn og unge

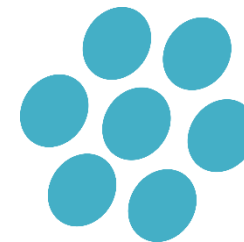


- Børn og unge fra 12 år i psykiatrien, der enten er anbragt på døgntilbud uanset årsag hertil, tidligere har været udsat for tvang eller magtanvendelse og/eller hvor der vurderes et behov for at udarbejde en Trygheds- og forebyggelsesplan på baggrund af en klinisk vurdering (hvis det lokalt organisatorisk passer bedst med 14 år vælges dette)
- Det kan være forløb, hvor:
 - Der ikke opleves bedring trods relevante indsatser
 - Der sker forværring i et ellers stabilt forløb
 - Forværringen primært har adfærdsmæssig og emotionel karakter med fx sværere selvskade og selvmordsadfærd
 - Der tidligt er mistanke om forstærkede karaktertræk med risiko for yderligere patologisk udvikling af personlighedsstrukturen. Her startes sagen i kommunal regi med underretning

Vigtigheden:

- En tidlig og fokuseret indsats er essentiel i forhold til forebyggelse af tvang og magtanvendelse
- Som en del af den samlede kliniske vurdering, inddrages altid vurderinger fra (pleje)forældre, skole, PPR mm.

Børne- og ungesporet



Procesindikatorer

- Der ses en stigning i antal børn og unge i målgruppen, der får udarbejdet en Trygheds- og forebyggelsesplan

Frivillige

- Mindst 90 % af børn og unge med en Trygheds- og forebyggelsesplan har deltaget i et netværksmøde (mindst 1 x årligt)
- Mindst 90 % af Trygheds- og forebyggelsesplanerne er revurderet mindst 1 x årligt
- Der afholdes netværksmøde for mindst 90 % af de unge, der overgår fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien, hvor eksisterende Trygheds- og forebyggelsesplan konverteres til en UA/KP

Indsatser

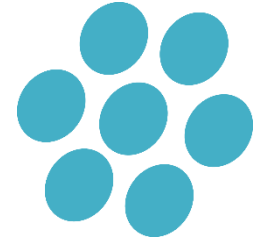
Trygheds- og forebyggelsesplaner

- Mere info på næste slide, men grundoplysninger som ved KP/UA
- Fokus på barnet/den unge samt forældrenes rolle
- Særlig opmærksomhed på forebyggelse af tvang
- Plan overføres til en UA/KP ved overgang til voksenpsykiatrien
- Ramme: Fælles beslutningstagning

Tværasektorielle netværksmøder

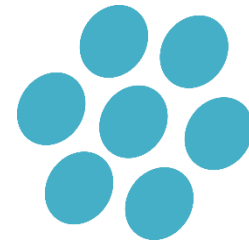
- Deltagerkreds
- Rollefordeling
- Ramme: Fælles beslutningstagning

Trygheds- og forebyggelsesplaner



Indholdet i planen

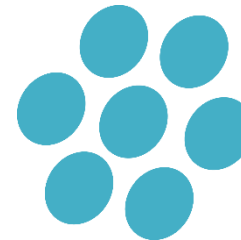
- Trygheds- og forebyggelsesplanen skal have de samme grundoplysninger som er lovbestemt for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner suppleret med fokus på forældrenes rolle:
- Aktuelle og forventede behov for behandling og sociale tilbud
- Angivelse af dato for første tværsektorielle møde
- Ansvarlig for revurdering af og opfølgning på aftale (basereret på samarbejde mellem de forskellige enheder)
- Hvem skal reagere, hvis planen ikke overholdes?
- Deltagerkreds (minimum deltagelse af barnet/den unge og (pleje)forældre/værge samt nære sundhedspersoner fra psykiatri og kommune)
- (Pleje)forældrenes/værgens rolle
- Inddragelse af nære samarbejdspartnere (fx somatik, almen praksis), hvis det vurderes relevant
- Særlige forhold eller symptomer personalet skal være opmærksomme på, herunder deeskalerende tiltag i de enkelte sektorer



Netværksmøder

Dialogspørgsmål/emner, som det anbefales at komme rundt om på netværksmøderne:

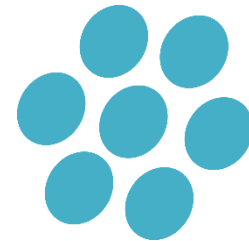
- Barnets/den unges ønsker og præferencer
- Barnets/den unges vurdering af, hvem der kan hjælpe og hvordan? (fx hvem og hvad kan hjælpe, når barnet/den unge er i situationen, hvor der er behov for hjælp)
- Om der på noget tidspunkt har været nogen, der har skullet (fast)holde barnet/den unge for at han/hun ikke skulle slå andre/ødelægge noget (hjemme, døgntilbud, psykiatri)?
- Om der på noget tidspunkt har været nogle, der har forhindret barnet/den unge i at skade sig selv (hjemme, døgntilbud, psykiatri)?
- Om barnet/den unge har oplevet at få hjælp, når han/hun har haft det svært? Hvis ja, hvad skal vi gøre mere af?
- Fælles plan og aftaler for den nærmeste tid (hvem gør hvad)?
- Har barnet/den unge følelsen af at Trygheds- og forebyggelsesplanen kan være en hjælp? (viser alliance og sygdomsindsigt)



Tidsplan for LKT Tvang

	2019-2020				2021				2022				2023			
					K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
Indhold og projektbeskrivelse i ekspertgruppen	→															
Etablere lokale teams					→											
Ledelses- og læringsseminar								X						X		
Læringsseminar										X						
Afrapportering									X			X				X
Evaluering																X

Næste læringsseminar afholdes den 16. maj 2022

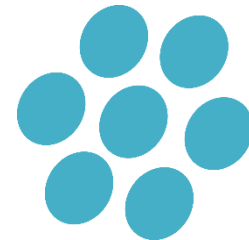


Tak – og velkommen til næste

Evidensen bag de tværsektorielle planer

Kl. 13.00-13.15 den 30. november 2021

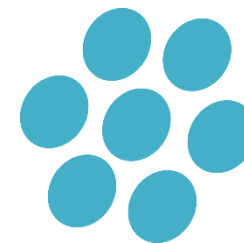
**Forskningsleder Jesper Bak
Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning
Psykiatrisk Center Sct. Hans
Region hovedstadens Psykiatri**



Evidensbaseret viden om forebyggelse af tvangsindlæggelser

- Vidensgrundlaget er udarbejdet ud fra mit kendskab til forskningslitteraturen, omhandlende forebyggelsesinitiativer på området.
- Der er derfor ikke tale om en systematisk dansk litteraturgennemgang, men litteraturgennemgange (reviews) andre i verden har udarbejdet.

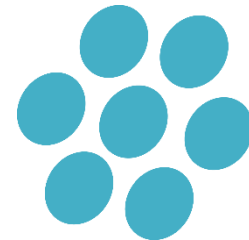
Tvangsindlæggelser



1.

De Jong, 2016: Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions. A Systematic Review and Meta-analysis.

Kriseplaner viste en statistisk signifikant og klinisk relevant reduktion på 23 % i antal tvangsindlæggelser blandt voksenpsykiatriske patienter. Hvorimod tvungen opfølgning, forbedret medicin compliance og integreret behandling ikke viste nogen reduction.

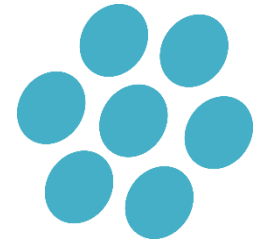


2.

Barnett, 2018: Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis.

Fandt ingen konsistent evidens, at tvungen opfølgning (community treatment) reducerer genindlæggelsesraten eller længden af indlæggelserne.

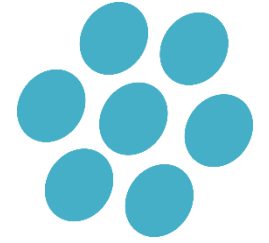
3.



Bone, 2019: Psychosocial Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Rapid Evidence Synthesis.

Krise planlægning og egenomsorgs interventioner (self-management interventions), med tilbagefalds forebyggelses elementer inkluderet, var de mest lovende til at forebygge tvangsindlæggelser. De interventioner der blev vurderet var: Akutte dagtilbud, Compliance terapi, Assertive community treatment (ACT), Kognitiv adfærds terapi til psykoser (KAT/CBT), Rehabiliterende sociale tilbud, Tvungen opfølgning, Krise huse, Krise planer, Krise løsnings teams, Tidlig interventionstilbud til psykotiske, Familieinterventioner til psykotiske, Bolig-tilbud, Omsorgsinterventioner og Erhvervsinterventioner.

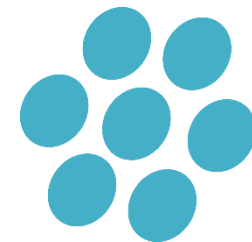
4.



Barnett, 2019: Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data.

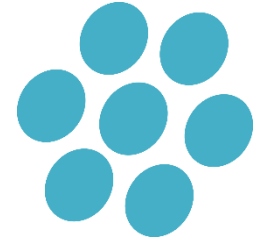
Fandt at sorte, asiater og etniske minoriteter samt indvandrere er i højere risiko for at blive tvangstilbageholdt. Den mest almindelige forklaring af den øgede risiko, er den øgede forekomst af psykotiske, øget oplevelse af risikoen for vold, øget kontakt med politiet, mistro til deres praktiserende læge og at de er dårlige stillet pga. deres etnicitet.

De fire litteraturgennemgange beskriver at der er nogen evidens for:



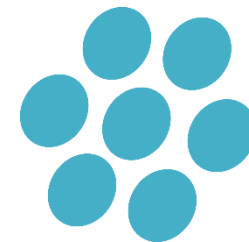
- Fælles udarbejdede kriseplaner (advanced statements, joint crisis plans). Planerne er udarbejdet af patienter og personale i fællesskab for at forebygge tilbagefald. Målet er tidlig opsporing og behandling/intervention ved en psykiatrisk nødsituation eller krise, inklusiv en beskrivelse af patienternes præferencer i tilfælde af manglende beslutningskompetence.
- Egenomsorgsinterventioner (Self-management interventions) er interventioner hvor målet er at tilbyde den enkelte viden og færdigheder til at genkende og styre deres eget psykiske helbred, inklusiv hvordan de takler tidlige tegn på krise.
- At indvandrere er overrepræsenterede blandt patienter der frihedsberøves, er også fundet i Danmark og derfor et område vi skal være særligt opmærksom på (Norredam, 2010 og Institut for Menneskerettigheder, 2020).

Fælles for de to typer af planer er de som minimum indeholder:



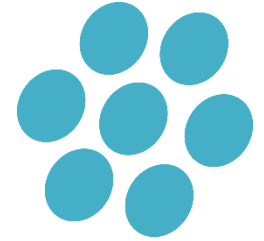
- kontaktinformationer (kontakt ved krisesituationer)
- beskrivelse af mentale- og fysiske sygdomme
- aktuel behandling
- indikatorer/tegn på tilbagefald
- forebyggelses- og håndteringsstrategier
- behandlings- og pleje præferencer i tilfælde af fremtidige tilbagefald

Indhold i udskrivningsaftalen/koordinationsplanen (for voksne):



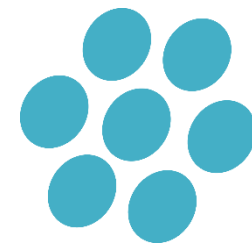
- Aktuelle og forventede behov for behandling og sociale tilbud
- Angivelse af dato for første tværsektorielle møde
- Ansvarlig for revurdering af og opfølgning på aftale
- Hvem skal reagere, hvis planen ikke overholdes
- Deltagerkreds
- Inddragelse af samarbejdspartnere
- Særlige forhold eller symptomer, personalet skal være opmærksomme på, herunder deeskalerende tiltag i de enkelte sektorer
- Patientens ønsker og præferencer
- Patientens netværk: Hvem kan hjælpe mig hvornår og hvordan? (fx hvem og hvad kan hjælpe i den konkrete situation, hvor der er behov for hjælp)
- Forebyggelse af tvang. Der kan med fordel inddrages viden fra selvmordsrisikovurdering, voldsrisikovurdering, herunder BVC, patientens krise-triggere, forhåndstilkendegivelser, kriseplaner, eftersamtaler, mestringsplaner mv.

Indhold i trygheds- og forebyggelsesplanen (for børn og unge):



- Aktuelle og forventede behov for behandling og sociale tilbud
- Angivelse af dato for første tværsektorielle møde
- Ansvarlig for revurdering af og opfølgning på aftale (basereret på samarbejde mellem de forskellige enheder)
- Hvem skal reagere, hvis planen ikke overholdes?
- Deltagerkreds (minimum deltagelse af barnet/den unge og (pleje)forældre/værgesamt nære sundhedspersoner fra psykiatri og kommune)
- (Pleje)forældrenes/værgens rolle
- Inddragelse af nære samarbejdspartnere (fx somatik, almen praksis), hvis det vurderes relevant
- Særlige forhold eller symptomer personalet skal være opmærksomme på, herunder deeskalerende tiltag i de enkelte sektorer
- Barnets/den unges ønsker og præferencer
- Barnets/den unges vurdering af, hvem der kan hjælpe og hvordan? (fx hvem og hvad kan hjælpe, når barnet/den unge er i situationen, hvor der er behov for hjælp)
- Om der på noget tidspunkt har været nogen, der har skullet (fast)holde barnet/den unge for at han/hun ikke skulle slå andre/ødelægge noget (hjemme, døgntilbud, psykiatri)?
- Om der på noget tidspunkt har været nogle, der har forhindret barnet/den unge i at skade sig selv (hjemme, døgntilbud, psykiatri)?
- Om barnet/den unge har oplevet at få hjælp, når han/hun har haft det svært? Hvis ja, hvad skal vi gøre mere af?
- Fælles plan og aftaler for den nærmeste tid (hvem gør hvad)?
- Har barnet/den unge følelse af at Trygheds- og forebyggelsesplanen kan være en hjælp? (viser alliance og sygdomsindsigt)

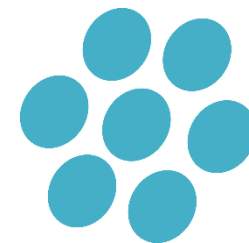
Hvad er vigtigt når man udarbejder planerne?



I 2015 undersøgte Farrelly et al. hvilke barrierer der var for fælles beslutningstagning i forbindelse med indførelsen af "joint crisis plans".

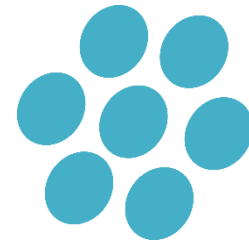
- Deres konklusion var, at fremtidige implementeringsstrategier specifikt bør have fokus på brugeres "valgmuligheder" (reel patientinvolvering i beslutningsprocesserne) og træning af klinikere i fælles beslutningstagning.

Hvad er vigtigt når man udarbejder planerne?



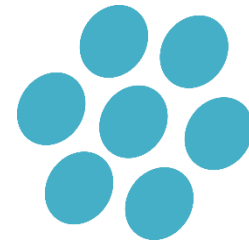
De seks kernestrategier:

- Ledelse
- Data informeret praksis
- Personaleudvikling
- Forebyggelsesværktøjer
- Brugernes rolle
- Debriefing teknikker

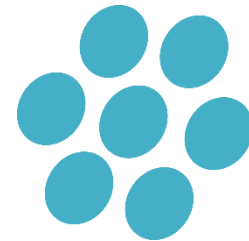


Hvad kunne i denne sammenhæng være godt at arbejde mere med under indlæggelsen?

- Tilbagefaldsforebyggelse, herunder tidlige tegn på krise i en styrkebaseret tilgang
- Træning i "beroligende metoder", sensorisk forebyggende metoder, patienten selv kan anvende derhjemme



Tak for nu

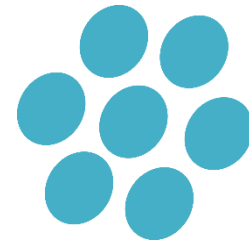


Tak – og velkommen til næste

Fælles beslutningstagning

Lisa Korsbek

*Programleder, fælles beslutningstagning i
Psykiatrisygehuset, Region Syddanmark*

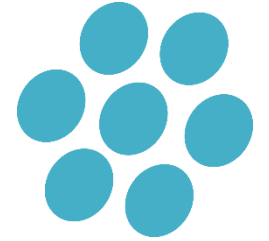


**Judi Chamberlain: *On our own*, 1978:
Nothing about us without us
Patricia Deegan: *A Conspiracy of Hope*, 1987**



Hvorfor fælles om beslutningerne?

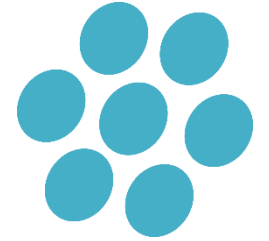
Det individuelle niveau



Me	Psychiatrist
<ul style="list-style-type: none">• I feel sedated• I still hear distressing voices• I can't think clearly• I feel like the meds are controlling me• I'm not myself anymore	<ul style="list-style-type: none">• You are not psychotic• You are not shouting at your voices anymore• You are not thought disordered• You are more in control• You have returned to baseline

Patricia Deegan

Hvorfor fælles om beslutningerne? Det organisatoriske niveau, herunder i netværksbaserede og tværsektorielle indsatser

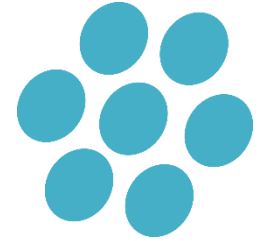


**OMDREJNINGSPUNKT:
PERSONLIG RECOVERY
PATIENTEN/BRUGERENS EGEN PLAN**

Illustration

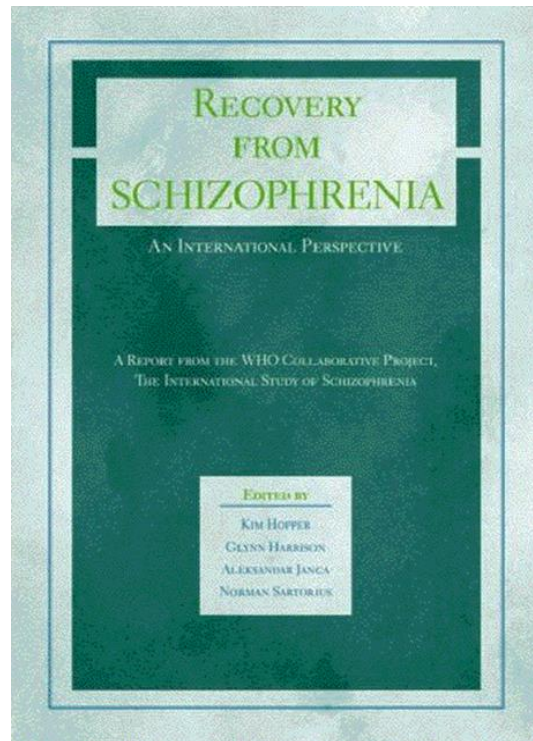
Eva Christensen, forunderli@gmail.com

Fælles beslutningstagning og recovery



En integreret del af recovery-tænkningen

- udviklingen inden for psykiatri internationalt gennem de sidste 20-25 år
- forventning om virkninger på bedringsprocesser (både klinisk og personlig recovery)



The International Study of Schizophrenia 2007

Decision Making in Recovery-Oriented Mental Health Care

[Marianne S. Matthias](#), PhD, Research Scientist, [Michelle P. Salyers](#), PhD, Research Scientist, [Angela L. Rollins](#), PhD, Research Scientist, and [Richard M. Frankel](#), PhD, Senior Research Scientist

► [Author information](#) ► [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

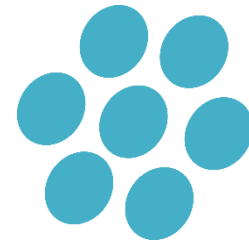
The publisher's final edited version of this article is available at [Psychiatr Rehabil J](#)
See other articles in PMC that [cite](#) the published article.

Abstract

Go to:

Objective

Patient-centered communication has been linked to patient satisfaction, treatment adherence and outcomes. Shared decision making (SDM) has been advocated as an important and ethically essential aspect of patient-centered care, but SDM has received relatively little attention in mental health care, despite studies indicating that consumers want to be involved in decisions. This is particularly important in a recovery-oriented system, where consumers are active participants in their treatment and rehabilitation. Because medication management is a key component of recovery from severe mental illnesses, this study explores how consumers and providers make decisions in medication management consultations.



”Fælles beslutningstagning er en **systematisk proces** for samarbejdet mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor den sundhedsprofessionelle deler sin sundhedsfaglige viden med patienten, og patienten deler sin viden om sit liv med sygdommen og **sine præferencer** med den sundhedsprofessionelle. Gennem dialog skal de to parter sammen finde frem til, hvilken behandling der er bedst for patienten.” (**Danske Patienter**)

”Fælles beslutningstagning er to verdener, der mødes: Klinikeren er ekspert i diagnosen, **patienten er ekspert i sit eget liv**. Derfor er beslutningen om den rette behandling og pleje en beslutning, som patient og kliniker tager i fællesskab.” (**Center for Fælles Beslutningstagning**)

Fælles beslutningstagning i praksis

Den mest berømte definition: Proces med tre grundelementer (Charles et al. 1997: Two to tango):

1. Udveksling af information
2. Deliberation, forstået som en proces med en refleksion over og drøftelse af **præferencer** ift. (behandlings-)mulighederne
3. Den fælles beslutning

Enkelt i teorien, svært i praksis

Omsætning af teorien:
Samtalemødel og beslutningsstøtteværktøjer

SAMTALEPUNKTER

VALGSNAK

Tydeliggør valgsituationen for patienten

MULIGHEDSSNAK

Beskriv valgmuligheder samt fordele og ulemper ved mulighederne

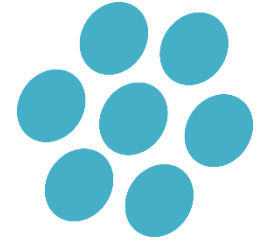
PRÆFERENCESNAK

Undersøg patientens præferencer
- hvad betyder noget for din patient?

BESLUTNINGSSNAK

Støt patienten i formulering af præferencer, tydeliggør beslutning og beskriv forløb omkring beslutning

Beslutningsstøtteværktøjer



- **Konkrete redskaber**, designet til at begge parter (bruger/patient og behandler mv) i at komme omkring alle de elementer, der ligger i en fælles beslutningstagning.
- Ofte samtidig designet til de helt specifikke **behandlingsområder** med de dertil knyttede specifikke behandlingsmuligheder, som beslutningen vedrører.
- Helst udviklet et **samarbejde med målgruppen**, eller som minimum med en involvering af denne.
- **IPDAS kriterier** (International Patient Decision Aid Standards).

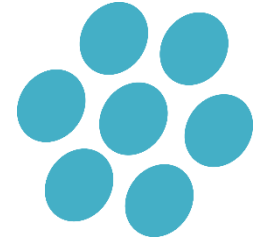
F.eks.:

Papirbaserede

Webbaserede/digitale

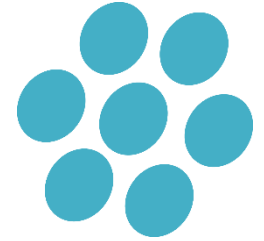
- Norge: Website Samvalg
- Sverige: I-share
- US: CommonGround
- DK: Bl.a. Momentum app i Region Hovedstadens psykiatri
- Beslutningshjælperen i Region Syddanmark

Hvad ved vi om fælles beslutningstagning i psykiatri?



- Fælles beslutningstagning bidrager til en større viden og en øget tilfredshed med behandlingen (Duncan, E., Best, C., & Hagen, S., 2010).
- Kan styrke patientens deltagelse i behandlingsbeslutningerne (Hamann et al., 2006; Loh et al., 2007; Hamann et al., 2020), bidrage positivt til den terapeutiske alliance (Hamann et al., 2020), og reducere uenigheder om beslutningen (Loh et al., 2007), ligesom fælles beslutningstagning synes at bidrage til en implementering af de beslutninger, der træffes (Loh et al., 2007; De Las Cuevas, Peñate, & de Rivera, 2014).
- Nyere studier indikerer også, at fælles beslutningstagning, kombineret med en øget oplevelse af at være inddraget i beslutningerne, styrker patientens empowerment og autonomifølelse (Stovell, Morrison, Panayiotou, & Hutton, 2016).
- Dertil: Indikationer på, at fælles beslutningstagning også kan være med til at reducere tvang i psykiatrien *ved systematisk brug af forhåndstilkendegivelser* (Stovell, Morrison, Panayiotou, & Hutton, 2016).

Vi ved også...udfordringer



Inddragelse i beslutningsprocesser ofte **betinget** af konkret vurdering af den enkeltes tilstand og ressourcer

- En del professionelle finder primært modellen fælles beslutningstagning anvendelig, hvis patienten har god viden (om sin psykiske problematik) og er velfungerende.
- Ofte **forbehold mod modellen**, hvis der er kognitive vanskeligheder eller brugeren ikke virker til at have indsigt i egen tilstand, ligesom mange behandlere i psykiatrien kan finde, at nogle (patienter) bør skånes for valgmuligheder, som kan virke stressende.

Forståelsen: Behandlere synes også ofte at forstå fælles beslutningstagning på en anden måde end i de eksisterende definitioner. Mange tilslutter sig modellen fælles beslutningstagning, men en del beskriver det samtidig som en proces, der handler om at **informere og overbevise patienten** om den ordinerede behandling.

Behandlerstyret

- Behandleren den aktive, patienten overvejende modtagende
- Behandleren er den, der beslutter hvilken behandling, der er den rigtige for patienten (**compliance**)

Fælles beslutningstagning

- Både patient og behandler har en rolle i beslutningsprocessen
- Behandleren rådgiver ud fra sin faglige ekspertise
- Patienten ud fra sine erfaringer og præferencer
- Sammen nå frem til hvilken behandling, der er den rigtige

Patientstyret

- Behandlerens rolle begrænset til at give de nødvendige informationer
- Patienten er den, der beslutter

Kontinuum

Den akutte situation....



Paternalism



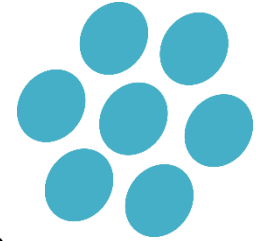
Informed consent



Shared decision-making

Forhåndstilkendegivelser (advance statements)

Advance statements

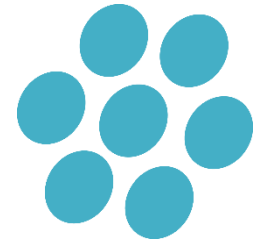


Forskellige metoder, der muliggør, at den enkelte patient/bruger kan udtrykke eller beskrive ønsker for den fremtidige behandling **før** en evt. akut episode eller situation

- Joint Crisis Plans (JCP): En mellem patient og behandler **fælles udarbejdet forhåndstilkendegivelse (kriseplan)**, der skal sikre brugerens **præferencer** ved behandling i akutte situationer
- Meta-analyser på forskellige former for advance statements, herunder JCP, finder **en reduktion på 25% i tvangsindlæggelser**

Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S., & Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: Systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, 5(4), E53. doi:10.1192/bjo.2019.28

Strategisk indsats på alle hospitaler i Region Syddanmark



Sygehuse under Region Syddanmark

SYDVESTJYSK SYGEHUS

Esbjerg
Grindsted
Brørup

SYGEHUS LILLEBELT

Vejle
Give
Kolding
Fredericia
Middelfart



SYGEHUS SØNDERJYLLAND

Aabenraa
Sønderborg
Tønder

PSYKIATRI CENTRE

Psykiatricenter Vest
Psykiatricenter Midt
Psykiatricenter Øst

ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL

Odense
Nyborg
Ringe
Svendborg
Ærøskøbing

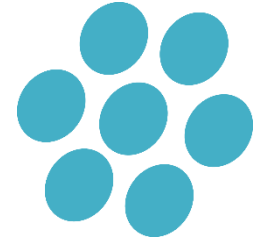


www.regionssyddanmark.dk

”Det bedst mulige behandlingsforløb er kendetegnet ved, at mennesker med psykisk sygdom mødes som ligeværdige partnere med indflydelse på egen behandling – og tilbydes et rettidigt, tilstrækkeligt, sammenhængende og recovery-orienteret patientforløb af høj kvalitet.”

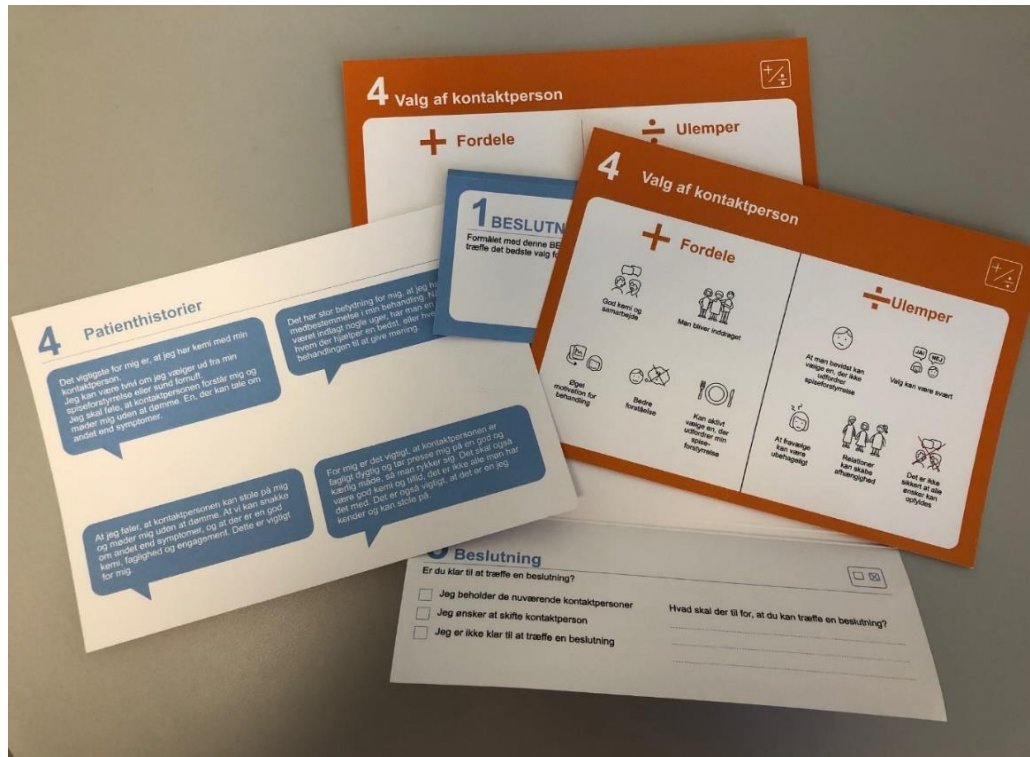
Psykiatriplan 2020-2024

Beslutningshjælpere



Indledningsvis rammesætning: Formål og invitation til fælles beslutningstagning, og afklaring af, hvor meget information den enkelte patient ønsker.

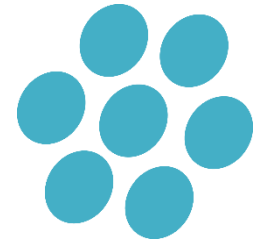
Derefter de tre klassiske elementer af fælles beslutningstagning: **Udforskning af brugerens præferencer, tydeliggørelse af valgmuligheder, og endelig den fælles beslutning.**



4 Valg af kontaktperson

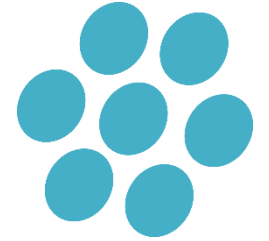
+	Fordele	-	Ulemper
	God kemi og samarbejde		At man bevidst kan vælge en, der ikke udfordrer spiseforstyrrelsen
	Man bliver inddraget		Valg kan være svært
	Øget motivation for behandling		At man bevidst kan vælge en, der ikke udfordrer spiseforstyrrelse
	Bedre forståelse		At fravælge kan være ubehageligt
	Kan aktivt vælge en, der udfordrer min spiseforstyrrelse		Relationer kan skabe afhængighed
			Det er ikke sikkert at alle ønsker kan opfyldes

Beslutningshjælpere i Psykiatrien i Region Syddanmark



1. Beslutningshjælper ved **ambulant behandling af spiseforstyrrelser hos børn og unge**. En fælles udviklet Beslutningshjælper, der nu er ved at blive implementeret i regionens to Børne- og Ungdomspsykiatrier
2. Beslutningshjælper ved **Valg af kontaktperson hos voksne med spiseforstyrrelser under indlæggelse**, Døgnafsnit Odense
3. Beslutningshjælper ved **Behandlingsvalg hos voksne i ambulant behandling for spiseforstyrrelse**, Team for spiseforstyrrelser, lokalpsykiatri Odense
4. Beslutningshjælper ved **Behandling af Binge Eating Disorder**, lokalpsykiatri Odense
5. Under planlægning: Opsøgende psykoseteam: **Beslutningshjælper til inddragelse af pårørende + Beslutningshjælper til støtte af samarbejdet ved kriser/udeblivelser/kontaktophør**

Hvor fører det hen?



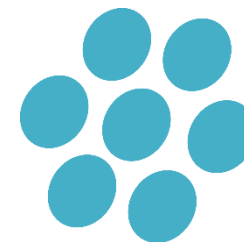
Konkret/Region Syddanmark

- Fælles beslutningstagning som en måde at arbejde på i hele Psykiatrisygehuset i Region Syddanmark - i både døgnafsnit og ambulante regi
- Gennem brug af samtalemodellen og beslutningsstøtteredskaber/Beslutningshjælperen
- I alle indsatser og forløb, herunder netværksbaserede og tværsektorielle:
Store muligheder!
- Betydning og effekt også vurderet af patienten selv (PRO)

Forventeligt...ønskeligt.../generelt

- At træffe beslutninger sammen bidrager afgørende til klinisk og personlig recovery hos den enkelte bruger af psykiatrien
- Bidrager også til organisatorisk udvikling, faglige kompetencer og kulturprocesser i retning mod at være stadig mere recovery-orienteret

Fælles beslutningstagning perspektiveret



Mulige konsekvenser og virkninger på flere niveauer på kort og lang sigt

Patientniveau

Kort sigt: Viden, tilfredshed, deltagelse/patient activation, adherence

Langsigtet: Recovery (klinisk og personlig)

Medarbejdere

Kort sigt: Redskaber og kompetencer

Langsigtet: Tilgange, kultur

Organisation

Kort sigt: Inddragelse og recovery-orientering

Langsigtet: Forebyggelse, reduktion af genindlæggelser og tvang

Debate | [Open Access](#) | Published: 08 August 2016

Implementing shared decision-making: consider all the consequences

[Glyn Elwyn](#)  [Dominick L. Frosch](#) & [Sarah Kobrin](#)

[Implementation Science](#) 11, Article number: 114 (2015) | [Cite this article](#)

18k Accesses | 137 Citations | 54 Altmetric | [Metrics](#)

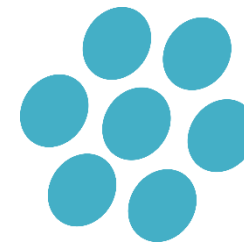
Abstract

Background

The ethical argument that shared decision-making is “the right” thing to do, however laudable, is unlikely to change how healthcare is organized, just as evidence alone will be an insufficient factor: practice change is governed by factors such as cost, profit margin, quality, and efficiency. It is helpful, therefore, when evaluating new approaches such as shared decision-making to conceptualize potential consequences in a way that is broad, long-term, and as relevant as possible to multiple stakeholders. Yet, so far, evaluation metrics for shared decision-making have been mostly focused on short-term outcomes, such as cognitive or affective consequences in patients. The goal of this article is to hypothesize a wider set of consequences, that apply over an extended time horizon, and include outcomes at interactional, team, organizational and system levels, and to call for future research to study these possible consequences.

Elwin et al. 2016: Fælles beslutningstagning skal ses i et både bredt og langsigtet perspektiv, og relationen mellem fælles beslutningstagning og en lang række indirekte virkninger bør adresseres

Tak fordi jeg måtte bidrage



Referencer

Hvad ved vi

Duncan, E., Best, C., & Hagen, S. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(1), CD007297. doi: 10.1002/14651858.CD007297.pub2

Hamann J., Cohen R., Leucht S., Busch R., & Kissling W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry*, 162(12), 2382-4. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2382

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., & Kissling, W. (2006) Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 114(4), 265-73. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00798.x

Hamann J, Holzhüter F, Blakaj S, Becher S, Haller B, Landgrebe M, Schmauß M, & Heres S. (2020). Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). *Epidemiol Psychiatr Sci.*, 29:e137. doi: 10.1017/S2045796020000505.

Loh, A., Simon, D., Wills, C.E., Kriston, L., Niebling, W., & Härter, M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.*, 67(3), 324-32. doi: 10.1016/j.pec.2007.03.023

De Las Cuevas, C., Peñate, W., & de Rivera, L. (2014). To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making? *Patient preference and adherence*, 8, 1547–1553. <https://doi.org/10.2147/PPA.S73029>

Stovell, D., Morrison, A., Panayiotou, M., & Hutton, P. (2016). Shared treatment decision-making and empowerment related outcomes in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 209 (1), 23-28. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158931>

Fælles beslutningstagning for akutte situationer

Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S., & Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: Systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, 5 (4), E53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28>

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R. C., Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2016). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(2), 448–458. <https://doi.org/10.1111/hex.12368>

Udfordringer

Haugom, E. W., Stensrud, B., Beston, G., Ruud, T., & Landheim, A. S. (2020). Mental health professionals' experiences with shared decision-making for patients with psychotic disorders: a qualitative study. *BMC health services research*, 20(1), 1093. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05949-1>

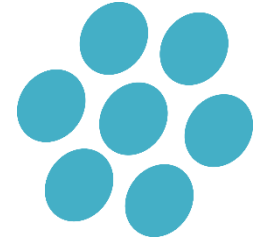
Pollard S, Bansback N & Bryan S (2015): Physician attitudes toward shared decision making: A systematic Review. *Patient Education and Counseling* 98 (9), 1046–1057.

Shepherd A, Shorthouse O & Gask L (2014): Consultant psychiatrists' experiences of and attitudes towards shared decision making in antipsychotic prescribing, a qualitative study. *BMC Psychiatry* 14(1).

Trusty, W.T., Penix, E.A., Dimmick, A.A., & Swift, J.K. (2019). Shared decision-making in mental and behavioural health interventions. *J Eval Clin Pract*, 25(6), 1210-1216. doi: 10.1111/jep.13255.

Take home message

Solid international forskning og danske praksiserfaringer gør, at vi ved, hvad der virker i forhold til forebyggelse af magtanvendelse og vold



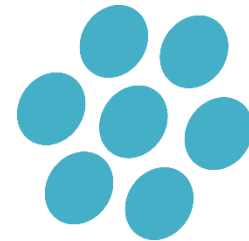
Udvikling af borgerens og fagprofessionelle trivsel er det nye fælles tredje i forebyggende praksis. Mistrivsel er den ny fælles fjende.

Denne nye fjende; mistrivsel - kalder på at sætte borgerens oplevede perspektiv i centrum

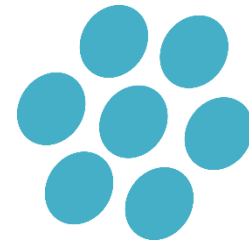
Og implementere denne recovery-orientering; *hovedfokus på borgerens oplevede perspektiv* - på tværs af sektorer.

Hvilket vil medføre markante fald i det oplevede behov for magtanvendelse og vold

Som igen fører til væsentligt bedre arbejdsmiljø og færre sygdomsmeldinger



Tak – og velkommen til næste



Vigtigheden af at arbejde tværsektorielt

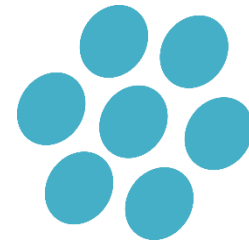
Ifht at forebygge tvang og magtanvendelse
Ved Finn Blickfelt Juliussen

Brief INSPIRE. Få øje på borgerens oplevede perspektiv



	Slet ikke	Lidt	I nogen grad	En hel del	Rigtig meget
1 Min fagprofessionelle partner hjælper mig til at føle mig støttet af andre mennesker					
2 Min fagprofessionelle partner hjælper mig med at have håb og drømme om fremtiden					
3 Min fagprofessionelle partner hjælper mig med at have det godt med mig selv					
4 Min fagprofessionelle partner hjælper mig med at gøre ting, som betyder noget for mig					
5 Min fagprofessionelle partner hjælper mig med at føle, at jeg har kontrol over mit liv.					

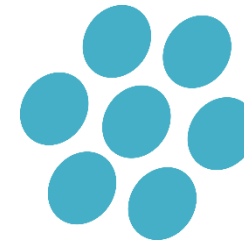
Se kilder i notefelt



Feedback. Få øje på borgerens oplevede perspektiv



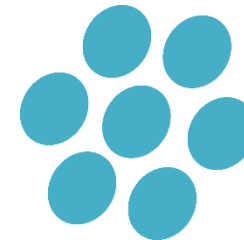
Vidensgrundlaget under forebyggelse



- **Borgerens selvbestemmelse reducerer nødvendigheden af udfordrende adfærd. Mangel på adgang til privatliv kan blive en betydningsfuld faktor for at udvikle udfordrende adfærd**
- **Støtte til udvikling af bedre kommunikative færdigheder kan støtte borgeren i at sætte ord på egne behov. Der er sammenhæng mellem mangel på kommunikative evner og udfordrende adfærd**
- **Fagprofessionelle bør træne i at blive mere effektive partnere for borgeren hvad angår kommunikation og det fælles i at identificere og beskrive tidlige varsler i forhold til udfordrende adfærd**
- **Fagprofessionelle er afgørende forhold til risikoen for at fastholde eller indføre mere restriktiv praksis. Det har betydning at fagprofessionelle modtager træning i arbejdet med respons på udfordrende adfærd.**
- **Det har betydning i hvilket omfang de fagprofessionelle formår at støtte op med planer som udvikler borgerens eget handleberedskab.**
- **Uddannelse, supervision, team-struktur og aktiv ledelsesopbakning, kan reducere det oplevede behov for restriktiv praksis.**

Tal

Botilbud 1. 2014 - 2017



Magtanvendelser

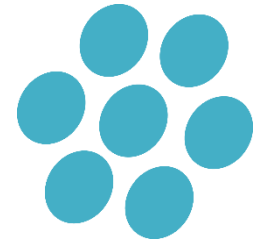
2014	2015	2016	2017
41	2	2	0

Trusler og vold

2014	2015	2016	2017
82	24	30	10

Se kilder i notefelt

Vidensgrundlaget under forebyggelse



Forskning viser at oplevelsen af kontrol i eget liv (empowerment) - er afgørende for at mennesker kan samarbejde.

Når borgeren har oplevelse af en vis kontrol, kan borgeren uddelegere en del af denne kontrol til eksempelvis en fagprofessionel. Dette går under betegnelsen "samarbejde"

Når mennesker mister oplevelsen af kontrol i eget liv, kan der optræde angst. Angst ifm kamp/flugt mekanismen kan medføre at borgeren ikke magter sin del af samarbejdet (ud-delegeringen af en del-mængde kontrol til fagprofessionelle). Hvis tilbagetrækning umuliggøres - kan situationen eskalere.

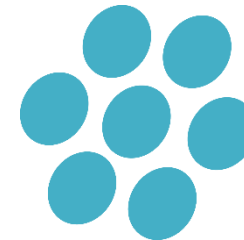
Det er afgørende for samarbejdet, at borgeren får øget fornemmelse af kontrol i eget liv. Ift egne følelser og tanker og i forhold til målene for indsatsen

Tal

I Danmark er forekomsten af traumer undersøgt mindst tre gange:

Den ene undersøgelse viser, at 82 % af patienter med svær psykiatrisk sygdom har oplevet alvorlige traumer, og 25 % af patienter indlagt på psykiatrisk afdeling har symptomer på PTSD

(Kilde 7. Buhmann C, Rosenberg R. Unpublished Work. 2018).



Den anden undersøgelse viste, at 89% af personer, der oplevede første psykotiske episode (F20-F29), rapporterede om mindst et traume, mens kun 37% i kontrolgruppen af "raske" personer rapporterede om mindst et traume

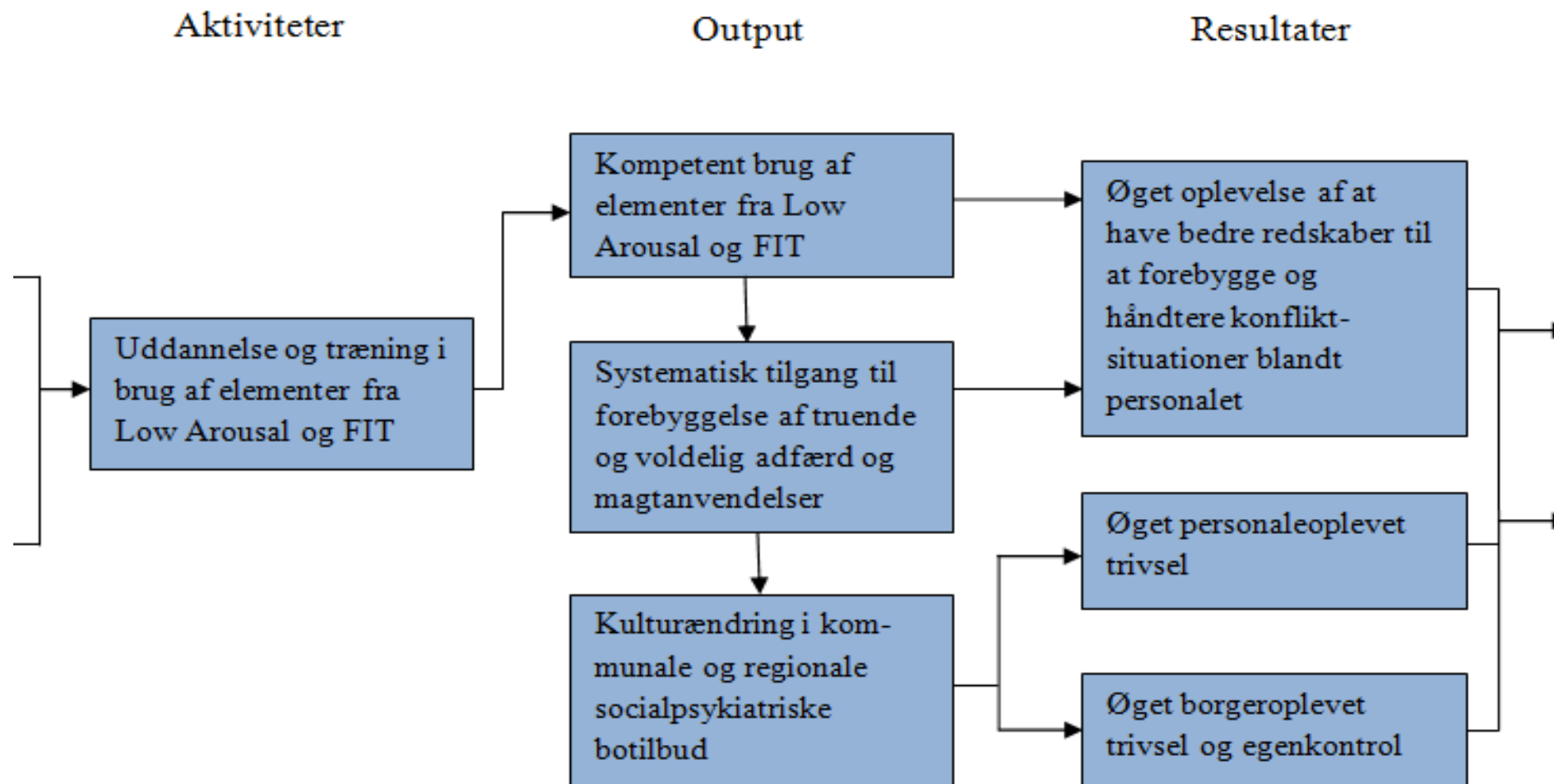
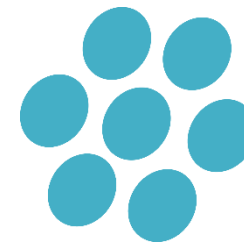
(Kilde 8. Trauelsen AM, Bendall S, Jansen JE, Nielsen H-GL, Pedersen MB, Trier CH, et al. Childhood adversity specificity and dose-response effect in non-affective first-episode psychosis. Schizophrenia Research. 2015;165(1):52-9.).

På Psykiatrisk Center Sct. Hans undersøgte man forekomsten blandt 131 patienter med dobbeltdiagnose og blandt 445 ansatte. Undersøgelsen viste, at 84 % (64 %) af patienter med dobbeltdiagnoser havde oplevet mindst et traume. 1 % (0 %) havde oplevet otte livstidstraumer. Tallene i parentes gælder for forekomsten blandt ansatte

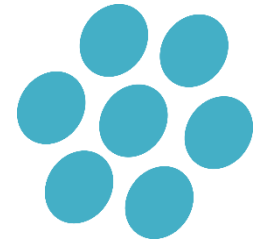
Center Sct. Hans. 2019.).

(Kilde 9 Bak J, Boholdt-Petersen M, Hvidhjelm J. Frequency of lifetime trauma at Mental Health

> borger-kontrol = < magtanvendelse og vold



Vidensk grundlaget på tværs af sektorer



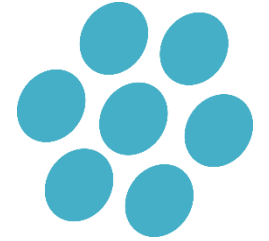
Først og fremmest handler det om trivsel – både for borgerne og for medarbejderne”. Det er et budskab, der ofte bliver fremhævet i undersøgelser og blandt ledere og medarbejdere, når det drejer sig om forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse. Der findes dog ikke én enkelt løsning eller metode, der kan forebygge vold i alle situationer. Flere forskellige faktorer spiller en rolle og på mange sociale tilbud forekommer voldsomme episoder aldrig eller kun meget sjældent. På andre sociale tilbud er voldsomme episoder en løbende udfordring, og nogle steder endda en del af hverdagen. Skældsord, trusler og fysisk vold har store konsekvenser for trivslen for både medarbejderne og borgerne og dermed også for kvaliteten af den socialfaglige indsats. Uanset hvor sjældent eller ofte voldsomme episoder forekommer, er det derfor vigtigt at forebygge.

Formålet med De Nationale Retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud er at understøtte trivslen og trygheden for borgere og medarbejdere på landets botilbud samt på boformer for hjemløse for derved at nedbringe antallet af voldsomme episoder og så vidt muligt undgå, at de opstår. Det gælder både voldsomme episoder mellem borgere og medarbejdere og borgerne imellem. Det forventes desuden, at antallet af magtanvendelser kan nedbringes. Afsættet i de nationale retningslinjer er at understøtte, at både medarbejdere og borgere på botilbud samt på boformer for hjemløse har en tryk hverdag. Et gennemgående fokus i retningslinjerne er forståelsen af voldsomme episoder som noget, der opstår i samspillet mellem borgere og medarbejdere eller borgerne imellem. Et samspil, der foregår inden for de givne faglige og organisatoriske rammer. Vold kan derfor ikke forebygges ved alene at have fokus på den enkelte borgers og medarbejders handlinger, men skal ses i sammenhæng med de faglige og organisatoriske rammer i tilbuddene. Derfor spiller ledelsen af tilbuddene en helt afgørende rolle i forhold til at forebygge voldsomme episoder.

LA2's fire grundpiller

Kort fortalt bygger tilgangen Low Arousal (LA) på fire grundpiller:

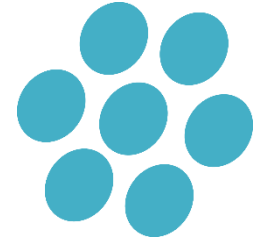
- **Nedbringelse af krav:** Fagprofessionelle skal aktivt arbejde for at nedbringe de krav, de stiller til borger/patient. Det er metodens grundholdning, at problemskabende adfærd i vidt omfang er reaktioner på de krav, der stilles. Krav i forhold til at kommunikere, være udholdende, omstille sig, forholde sig til flere mennesker på en gang mv.
- **Gå ud af konflikten:** Fagprofessionelle skal i en konfliktsituation altid vælge at gå ud af konflikten
- **Skal reflektere:** Personalet skal arbejde med deres forestillinger om beboerens motiver til at reagere, som han/hun gør, og med opfattelsen af, hvad f.eks. *eftergivenhed* i den pædagogiske indsats fører til. Mennesker i krise/psykose har sjældent bagtanker med deres opførsel.
- **Personalet skal støttes:** Den sidste og fjerde grundpille i metoden er, at personalet skal have støtte i deres arbejde. Støtte til at evaluere og bearbejde konfliktfyldte situationer. Personalet skal også have støtte til - og 'tvinges' til - at reflektere over, hvordan de reagerer i den pædagogiske praksis.



Rend mig i recovery-orientering

– som ikke implementeres

Carolines kronik i Politiken 24.3.2017:



”Man har TALT om recovery de sidste 15-20 år, men når vi forsøger i praksis, virker det, som om vi møder en realitet flere årtier bagefter den drøm”.

**”Man skal huske, at de gode intentioner, der prædikes, ikke er noget som helst værd for os borgere
- før de implementeres”**

Forråelse udvikler in-effektiv praksis

FORRÅELSE ER ET KOLLEKTIVT PROBLEM (1)

”Forråelsen gjorde, at jeg blev kognitivt indskrænket i min tænkning. Jeg kunne kun komme i tanke om at sætte hårdt mod hårdt”

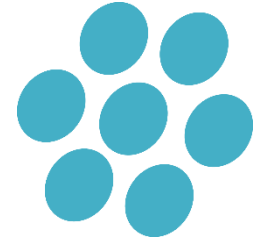
Vi afviste borgeren, var korte for hovedet og brugte et hårdt toneleje, når vi endelig talte til borgeren. Vi undlod at give borgeren øjenkontakt under samtaler – og ignorerede kontaktforsøg. Sammen fortalte vi negative historier om borgeren. Grinede af borgeren. Samtidig fortalte vi positive historier om, hvor dygtige og faglige vi selv var.

Vi brugte faglige begreber til at legitimere og vores adfærd

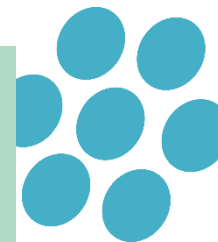
Der var ingen happy end, da psykolog Dorthe Birkmose selv oplevede forråelsen i sit sind. I dag bruger hun egne erfaringer som brændstof, når hun inspirerer fagprofessionelle til at bekæmpe forråelse med faglighed.

Forråelse er en naturlig overlevelsesstrategi i en situation, hvor man er presset og afmægtig. Men det er en lumsk overlevelsesstrategi. Forråelsen er en slitage, der sker i os selv.

Og når vi omsætter den til handlinger, bliver det til krænkelse af andre mennesker.



IMPLEMENTER



Recovery-orienteret rehabilitering

Recovery-orienteret rehabilitering handler om at tilbyde den støtte, der hjælper borgerne med at indfri sine håb, ønsker og drømme, med sigte på at komme sig og få et tilfredsstillende og meningsfuldt liv med størst mulig selvstændighed. Den tilgang har Socialstyrelsen konkretiseret i otte faglige principper, som en fælles forståelsesramme i det samlede initiativ:

Tag udgangspunkt i borgernes håb, ønsker og drømme

Borgernes håb, ønsker og drømme skal være udgangspunktet for de mål, der sættes for indsatsen.

Fokusér på borgernes ressourcer

Indsatsen skal tage udgangspunkt i borgernes ressourcer.

Inddrag borgernes lokalsamfund og netværk

Indsatsen skal hjælpe borgerne med at deltage i almene fællesskaber og med at skabe eller bibeholde relevante relationer til de mennesker, borgerne har i deres liv.

Arbejd koordineret med borgernes samlede livssituation

Indsatsen skal tage udgangspunkt i borgernes samlede livssituation, og understøtte en sammenhængend og helhedsorienteret støtte.

Sørg for at følge op, så indsatsen altid er den rette

Borgernes mål skal tage udgangspunkt i borgernes aktuelle situation og løbende justeres, hvis det er relevant for målopfølgningen.

Mød borgeren med åbenhed, tillid og respekt

Borgerne mødes med nysgerrighed, tillid og respekt i samarbejdet. Samarbejdet skal understøtte at borgerne kommer tættere på egne mål.

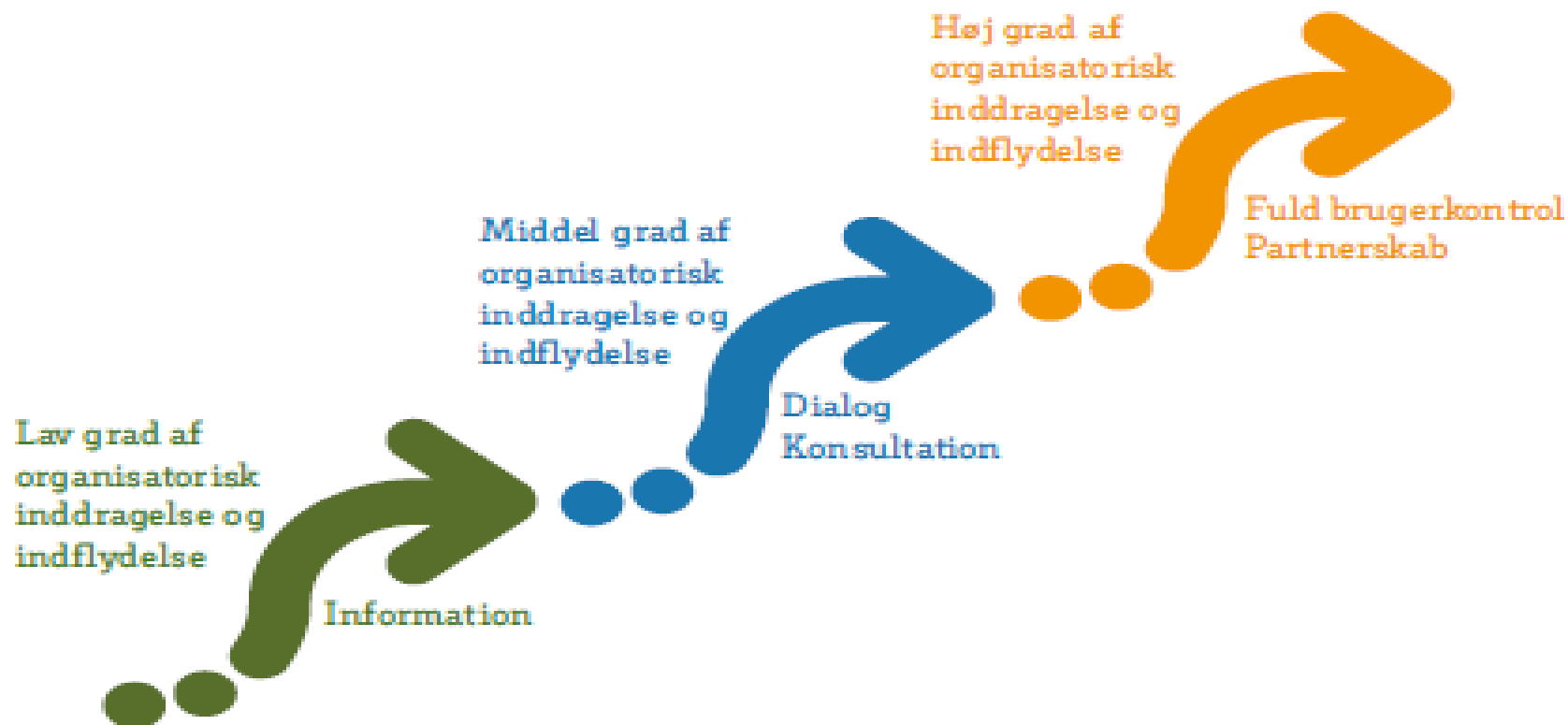
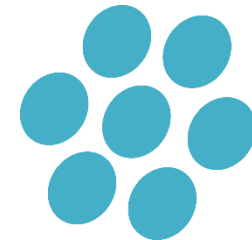
Hjælp borgerne så tidligt som muligt

Sæt ind med tidlige og forebyggende indsatser via tilgængelige, synlige og fleksible tilbud.

Brug metoder og viden, der virker

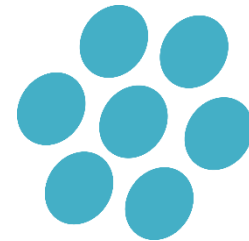
Der anvendes faglige metoder og indsatser, der er dokumenteret at virke.

Organisatorisk borger inddragelse

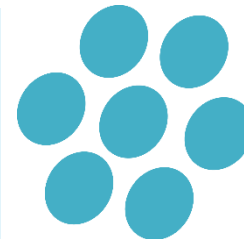


Figur 3. Grader af inddragelse og indflydelse.

(Inddragelsestrappe inspireret af Arnstein, 1969)



Tak – og velkommen til næste

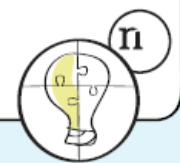
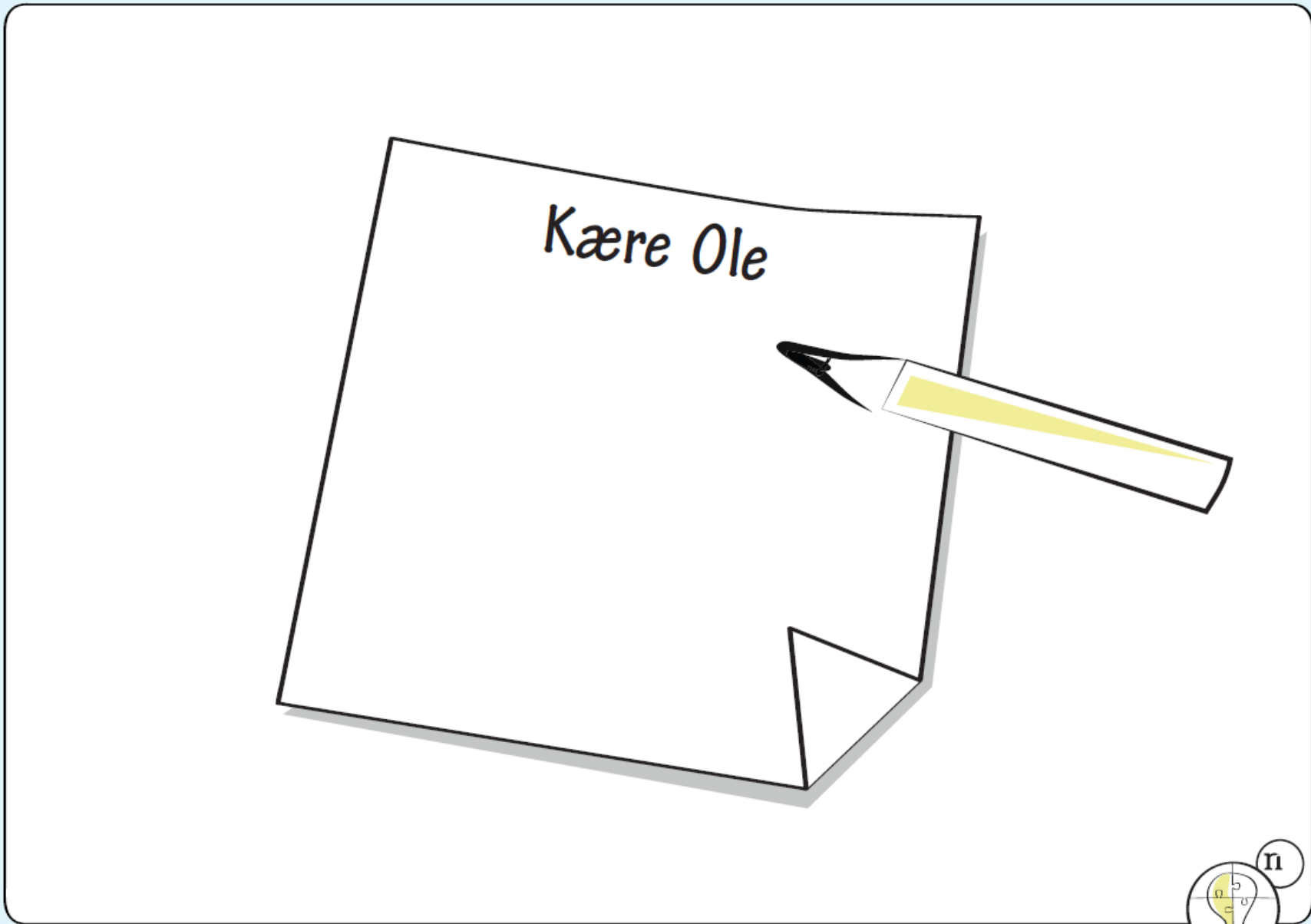
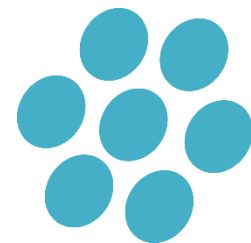


Samskabelse og patientens stemme "Intet om os uden os"

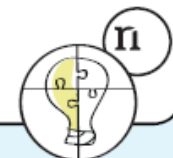
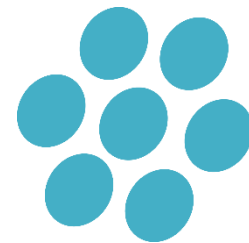
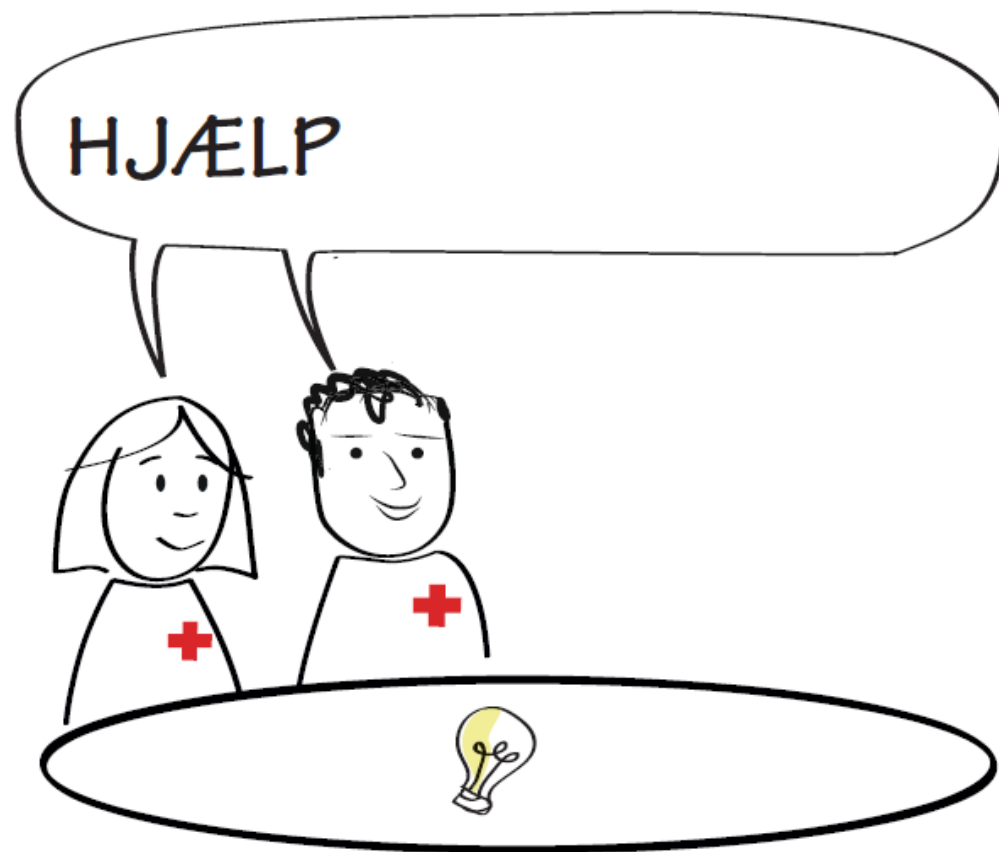
Malene Terp & Camilla Krogh
Enhed for Samskabelse - Psykiatrien RN

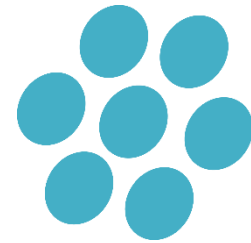
LKT - Kolding





Der findes masse af hjælp....





Hjælp fra et patientperspektiv

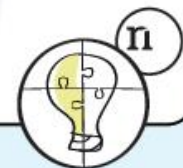
Camilla Krogh

Cand. polyt Industriel Design

Patientbaggrund



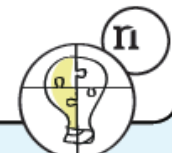
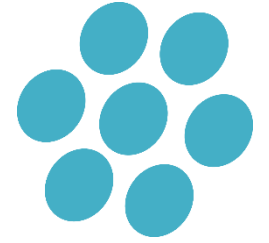
Patienten i centrum ??

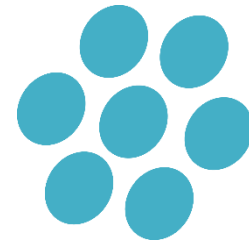


Hjælp fra et sundhedsprofessionelt perspektiv

Malene Terp

Sygeplejeske, cand.cur, Ph.d



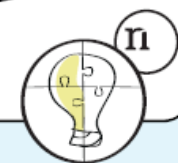
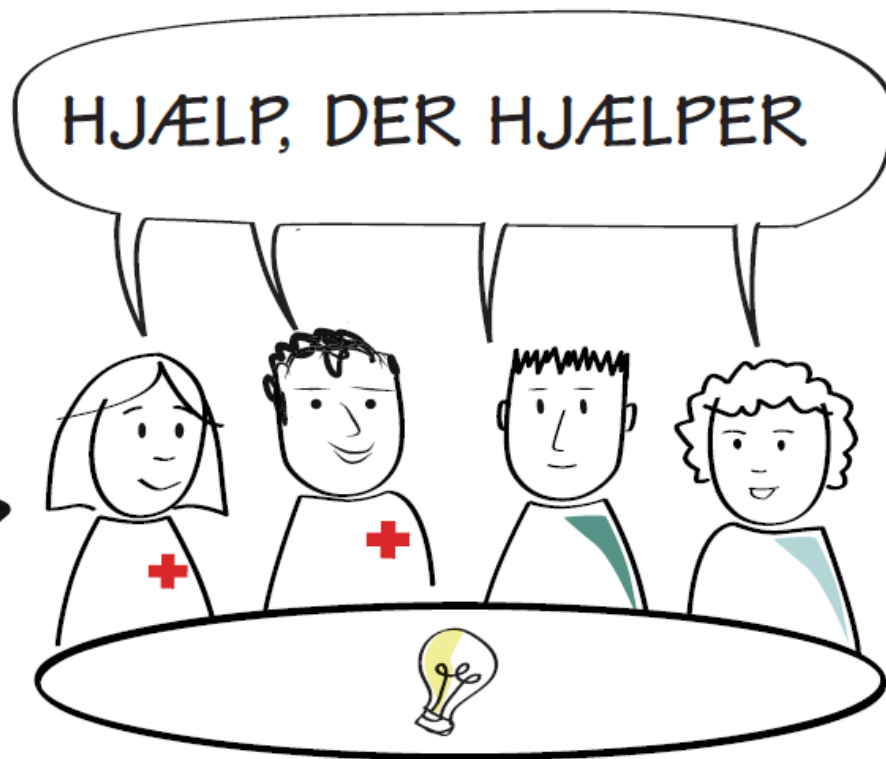
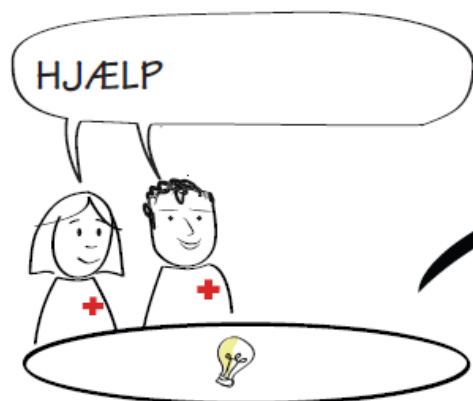


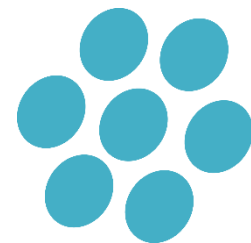
At skabe hjælp der hjælper kræver nysgerrighed på

HVORFOR patienter gør som de gør

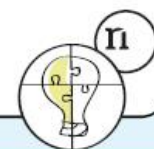
HVORDAN services skal indrettes

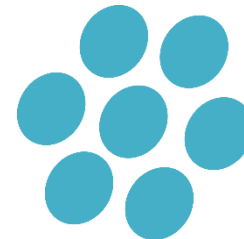
HVAD der er vigtig(s)t for patienter



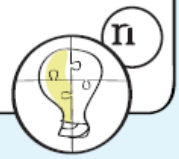
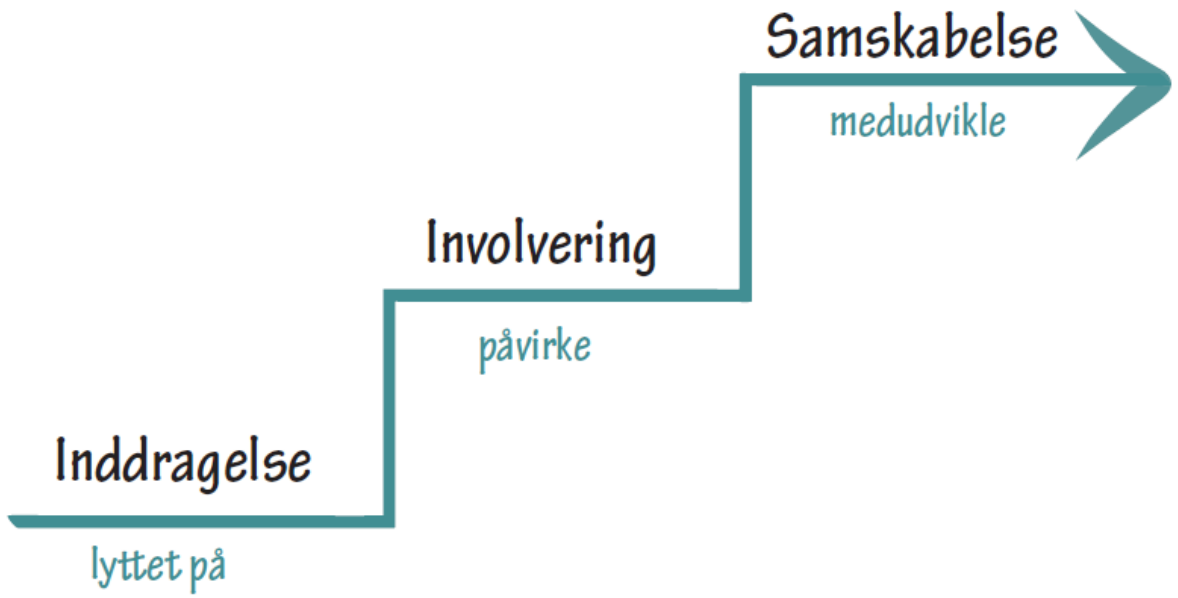
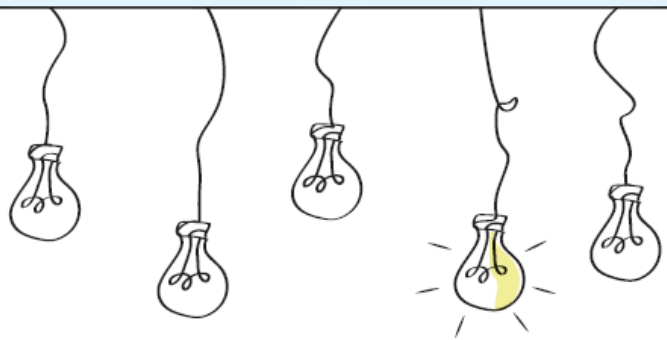


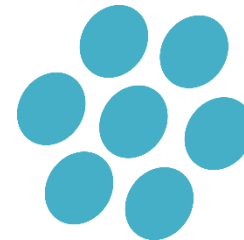
Læs mere om vores måde at arbejde på i vores trin for trin guide til samskabelse. [Find guiden HER](#)





Hvornår er det....





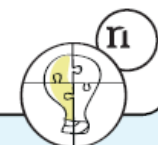
Inddragelse

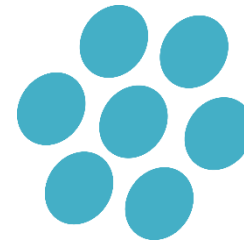
- Lytte til patienter & pårørende
- Høste patienter og pårørendes input
- Inspiration uden forpligtelse - organisationen oversætter og beslutter
- Ingen direkte påvirkning af beslutninger



Eksempler på arenaer for inddragelse

- Åben telefon til en hospitalsledelse
- Postkasse i et ambulatorium, hvor man kan give mening til kende
- Offentlige høringer hvor man kan give input
- Fokusgrupper
- Idéudviklingsworkshops





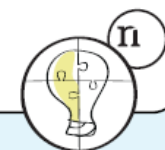
Involvering

- Patienter, pårørende og ansatte er sammen om at udvikle, nytænke og beslutte
- Med til at påvirke beslutninger



Eksempler på arenaer for involvering

- Borgermøder hvor man kan give feedback på ideer
- Workshops og fremtidsværksteder, hvor man udvikler i fællesskab
- Arbejdsgrupper
- Ansættelsessamtaler
- Husmøder



Samskabelse

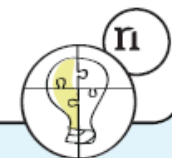
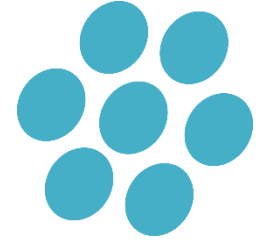
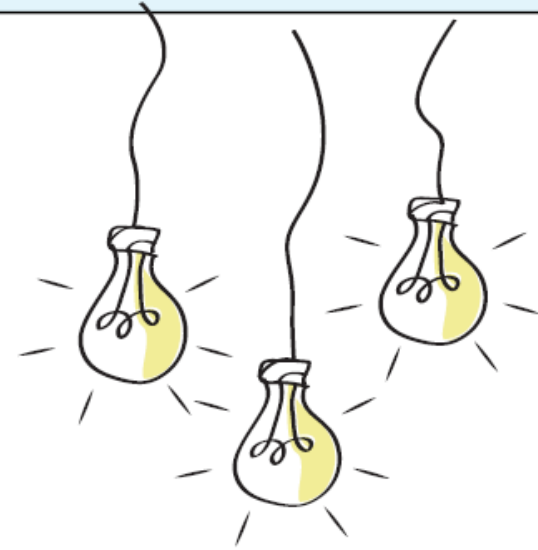
- Samskabelse er en radikal form for involvering.
- Udvikle og producere velfærd MED fremfor FOR brugere

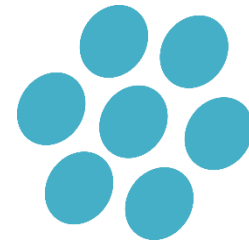
Kendetegn for Samskabelsesprocesser

- Alle deltager på lige fod
- Med fra start til slut
- Beslutninger tages i fællesskab

Arenaer for samskabelse

- Workshops med dialog og samhandling

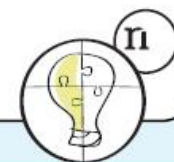




Hvordan kan samskabelse se ud?

Forebyggelse af tvang - via samskabelse...?

Hvad er problemet & hvad
skaber værdi for patienten?



Koordinering MED ikke FOR patienten

- Planlægning
- Status
- Indlæggelse

Planlægning af din indlæggelse på S6
Forberedelse til koordineringsmøde

Indsæt label

Dato

Primær kontaktperson

Sekundær kontaktperson

Hvad er årsagen til, at du er blevet indlagt?

Om dig 

Hvad fylder for dig lige nu?

Hvad er dine forventninger til indlæggelsen?

Hvad skal vi vide om dig?

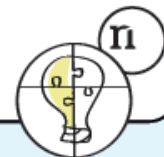
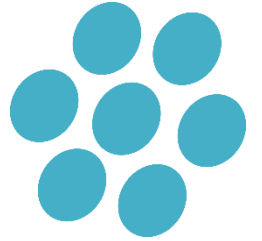
Hvad er vigtigt for dig, at der tages op på mødet?

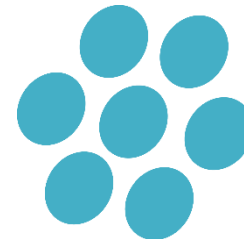
Medicin

Får du medicin?

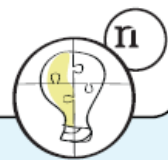
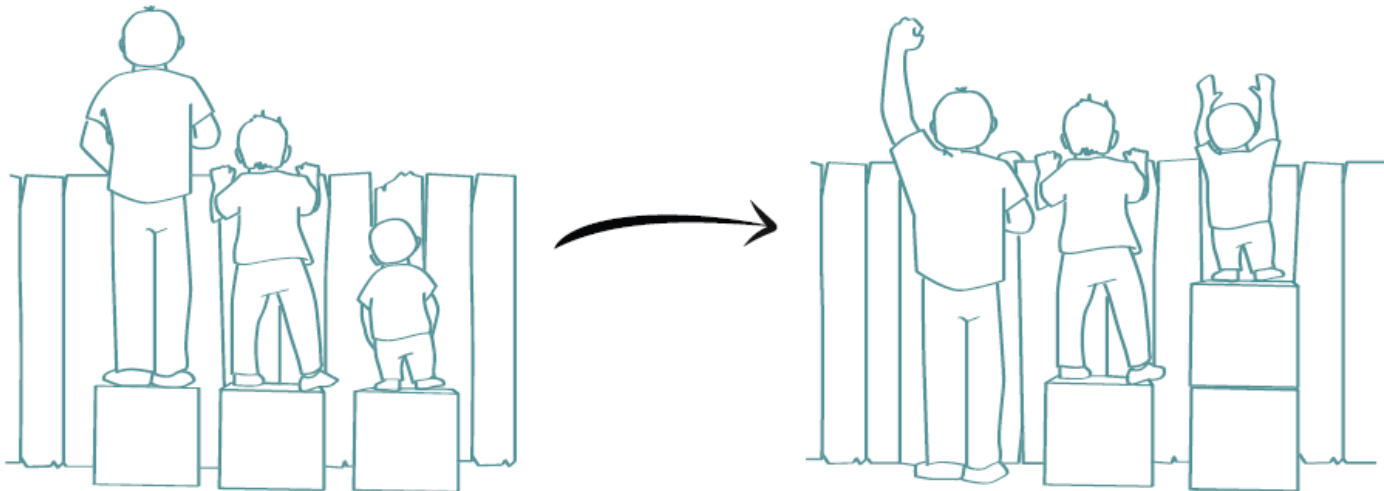
Oplever du virkning/bivirkning?

Hvilke ønsker har du til eventuel medicinsk behandling?

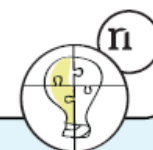
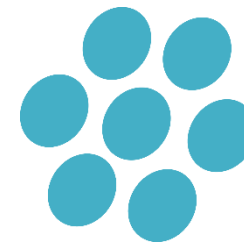
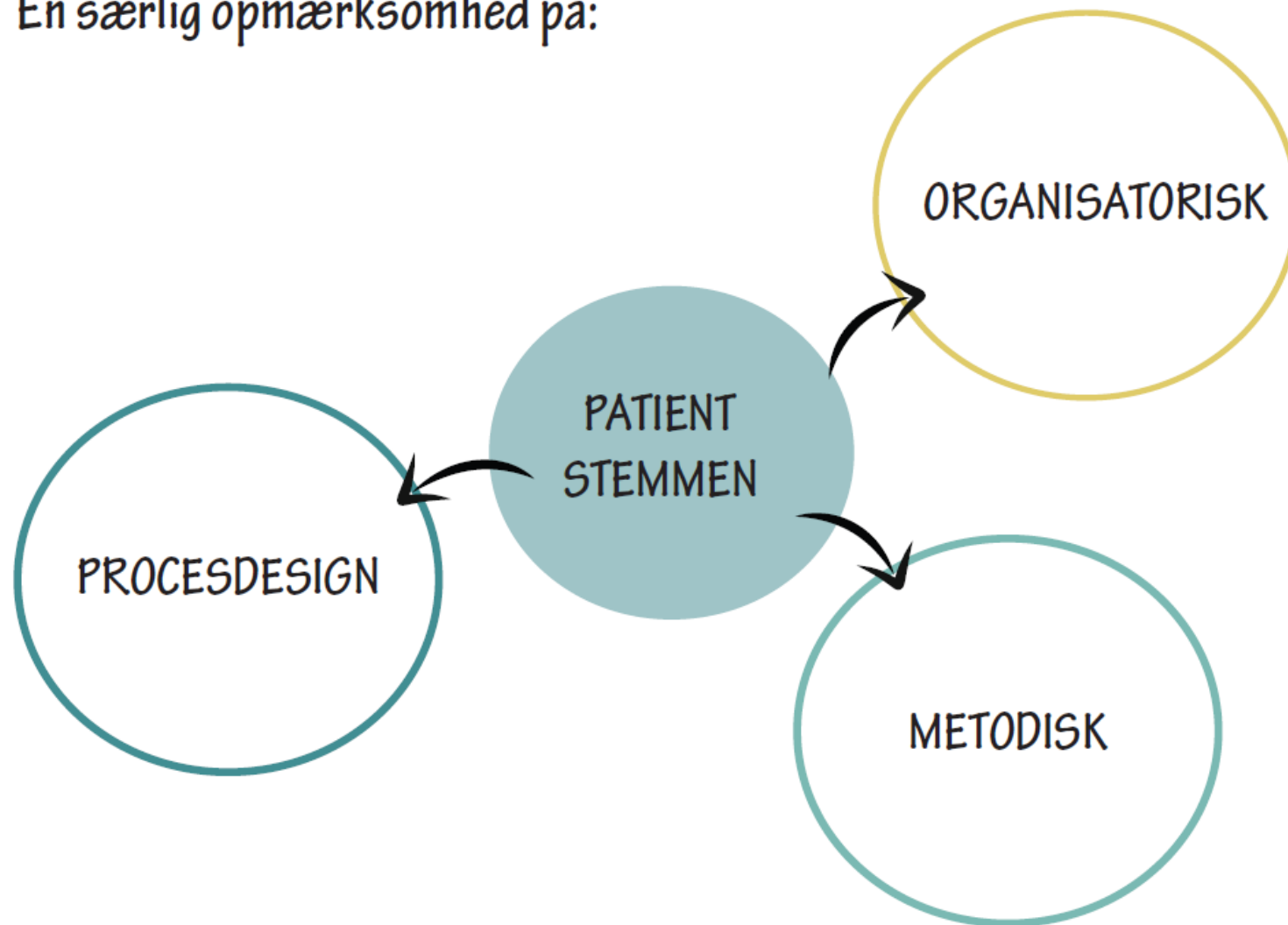


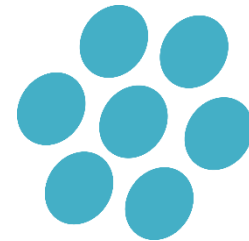


Kendetegn for Samskabelsesprocesser: Alle deltager på lige fod



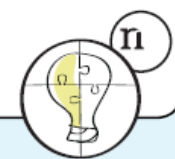
En særlig opmærksomhed på:

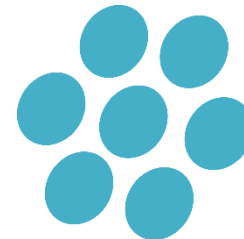




FEJL ER JUSTERBAR LÆRING

....og vi har heldigvis lavet masser af fejl





En stemme er kun lig en stemme

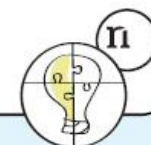
At være repræsentant for alle andre...

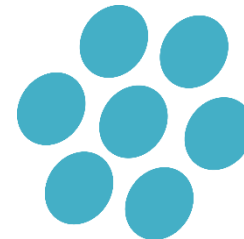
ORGANISATORISK

Sikre brugerperspektivet!



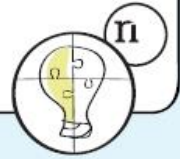
Konsulent for
psykiatrideledelsen





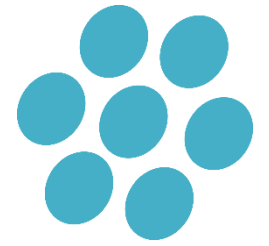
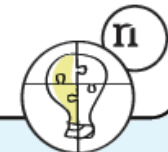
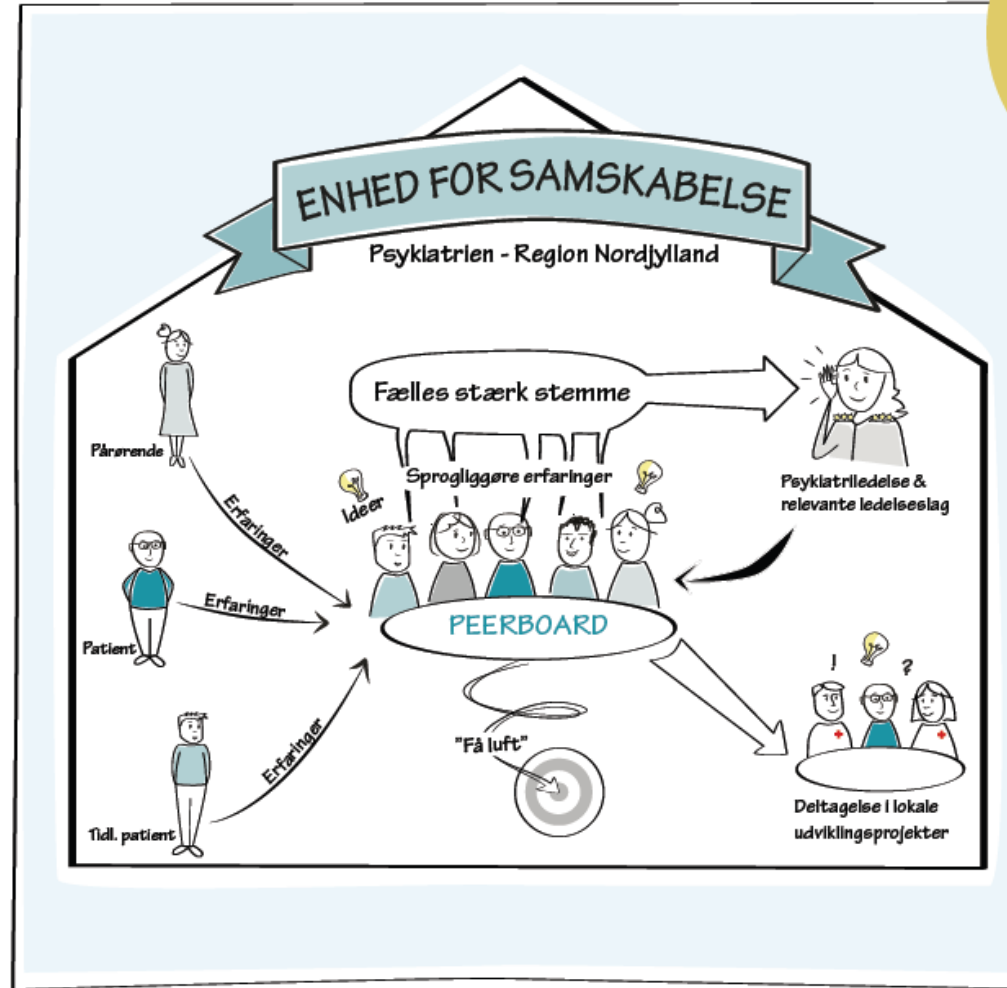
En fælles stemme i stedet for parallespor

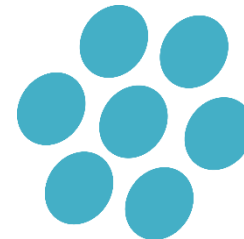
ORGANISATORISK



Sikre en fælles stærk stemme

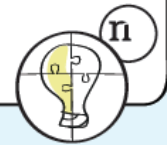
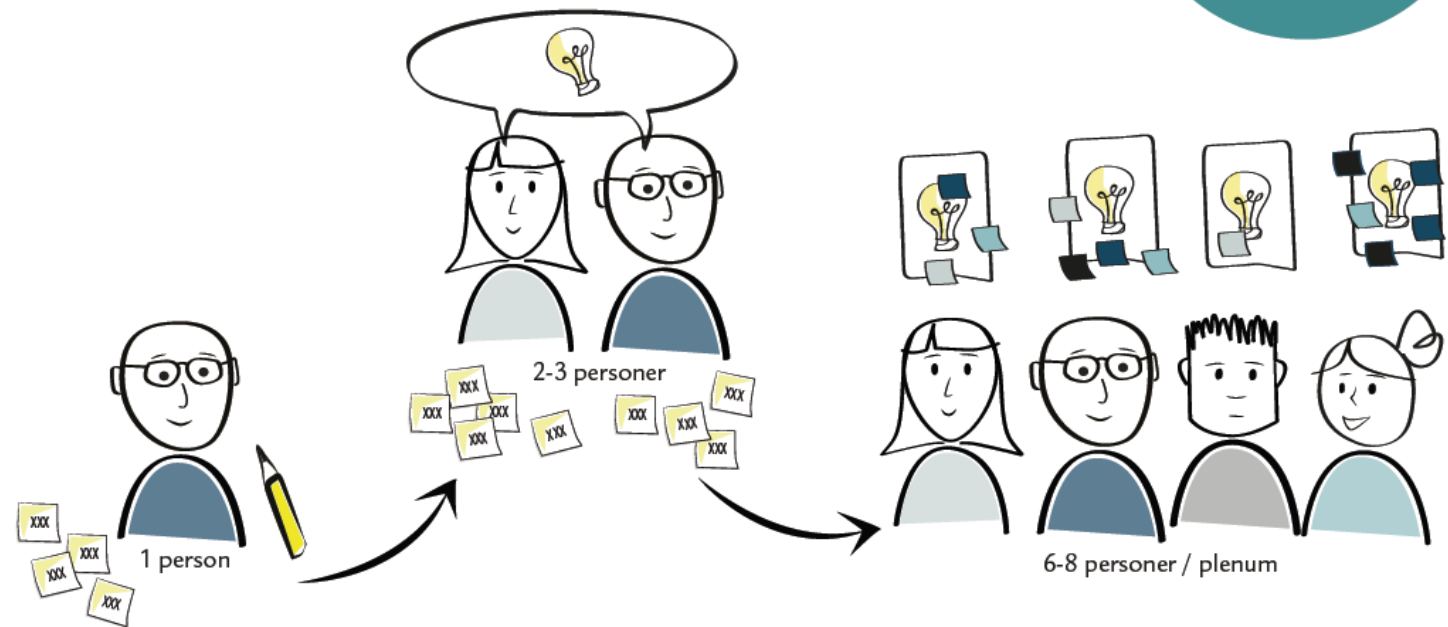
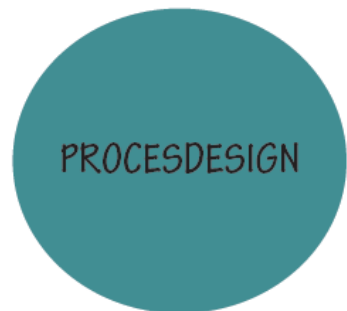
ORGANISATORISK

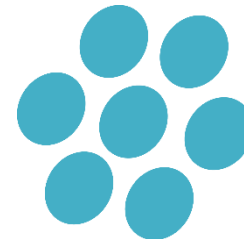




Give stemme til alle

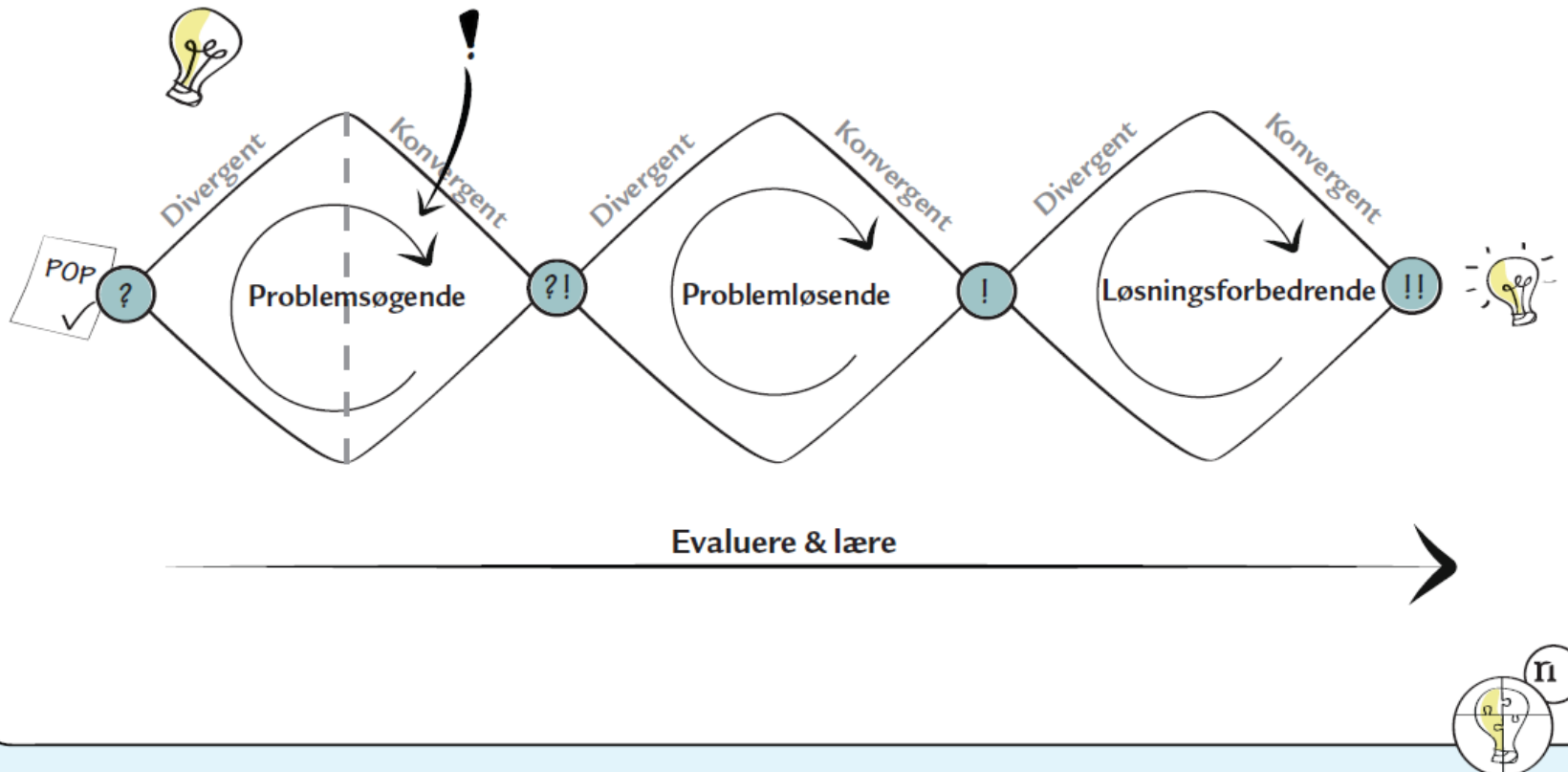
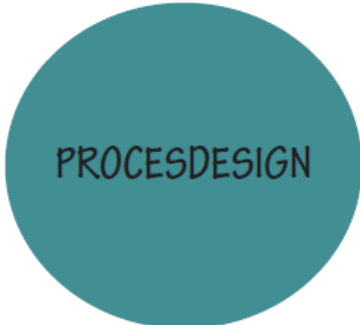
'En, flere, mange princippet'

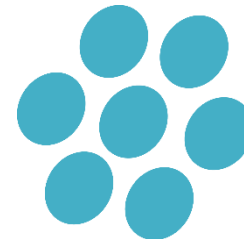




Sikre stemmen fra start til slut

"Intet om os - uden os"

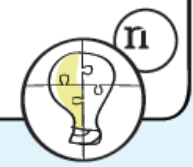




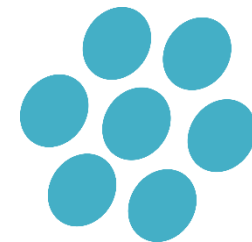
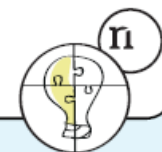
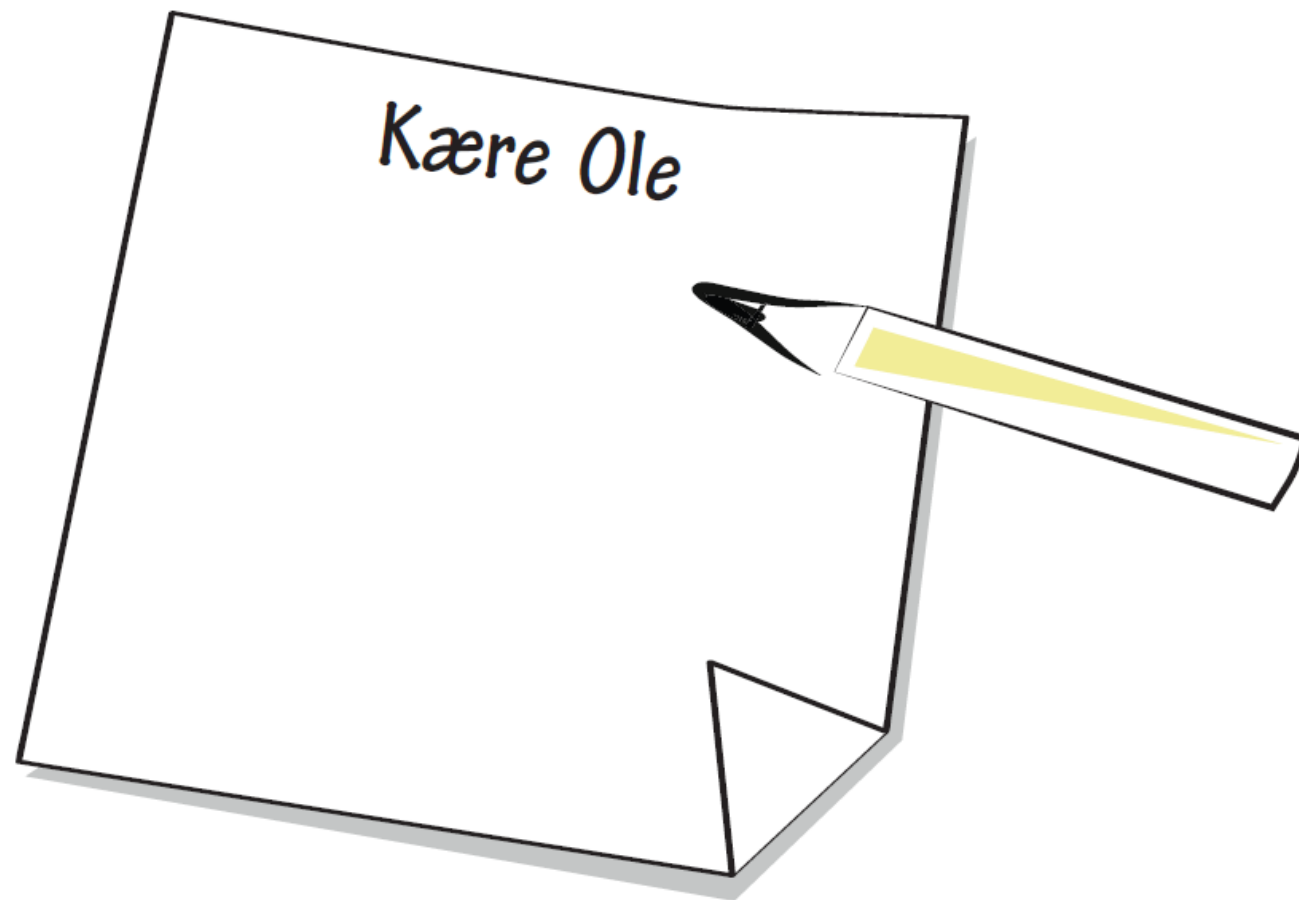
Åbne op for sprog og stemme igennem andet end ord...

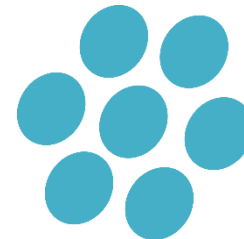
METODISK

»Mit sprogs grænser er min verdens grænser«, sagde Wittgenstein.



En lille budskabsgave til din nabo...





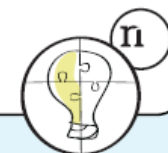
Take home message!

Tell me and I will forget
Show me and I may remember
Involve me and I will understand

METODISK

PROCESDESIGN

ORGANISATORISK



Tak for ordet



Malene Terp
T: 40128333
@: m.terp@rn.dk

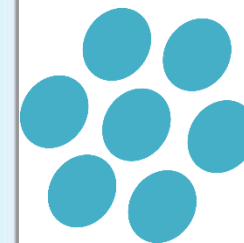
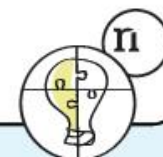


Camilla Krogh
@: c.krogh@rn.dk

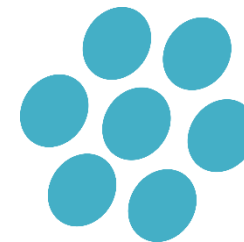


[Læs mere om Enhed for Samskabelse HER](#)

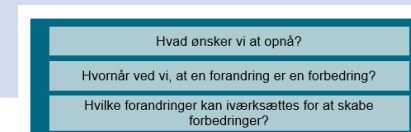
Følg os på LinkedIn: Enhed for Samskabelse



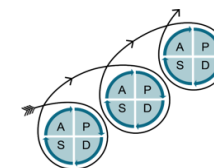
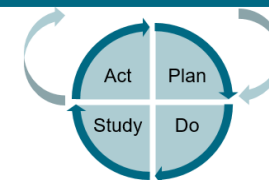
Roller og forventninger



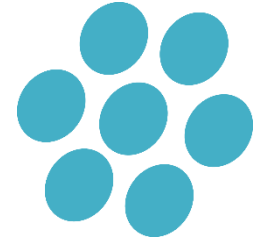
Som leder	Forbedringsteamet
Ledelsesopbakning <i>-vise vej, lytte, udfordre, pull and push, følge op</i>	Sikre at de aftalte indsatser udføres og medinddrager kollegaer i udførelsen
Arbejdstilrettelæggelse, kapacitet og arbejdsmiljø med fokus på den fælles opgave	Samarbejder med patienten og de øvrige i patientforløbet
Sikre samarbejdet med medarbejderne og i ledelseskæden	<i>TEST – TEST- TEST</i> <i>Brug MFI og PDSA</i>



Mål
Målinger
Handlinger



Efter kaffepausen skal I mødes i jeres spor



15.00 - 17.25

PARALLELSESSIONER

Ledelsesspor - ledelsesopg.	Voksenspor	Børne- og ungespor
Lokale C	Teatersalen	Teatersalen
<p>v. Jens Ravnholt Pedersen, Udviklingschef Region Nordjylland og Dorthe Juul Lorenz vicedirektør for Psykiatrien i Region Sjælland.</p> <p>Her fokuseres på vigtigheden af, at man som leder på forskellige niveauer understøtter kvalitets- og forbedringsarbejde, påser fremdrift, understøtter de nødvendige samarbejdsrelationer og bidrager til at overvinde barrierer.</p>	<p>Facilitator og forbedringskonsulent Dorte Mayann Hansen.</p> <p>Deltagerne får lejlighed til at anvende nogle af Forbedringsmodellens centrale redskaber. Resultatet vil bl.a. være at deltagerne får produceret et driverdiagram med forslag til konkrete indsatser i forhold til at realisere tiltag og indhold.</p>	<p>Facilitator og forbedringskonsulent Torben Christensen.</p> <p>Deltagerne får lejlighed til at anvende nogle af Forbedringsmodellens centrale redskaber. Resultatet vil bl.a. være at deltagerne får produceret et driverdiagram med forslag til konkrete indsatser i forhold til at realisere tiltag og indhold.</p>

17.35 - 18.30

Samlet fremlæggelse af elevatortaler (Teatersalen)

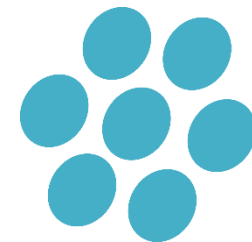
Facilitator: Mariane Therkelsen

Målet med en elevatortaler er, at den skal virke som fælles afsæt i fortællingen om det enkelte LKT Projekt. Her fremlægger hver gruppe sin elevator tale for de øvrige gruppemedlemmer og ledere efter "All teach – all learn princippet."

19.30

Middag

ELEVATORTALE

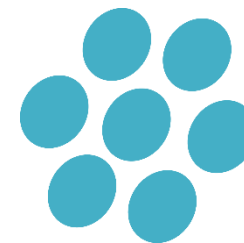


Målet med en elevatortaler er, at den skal virke som fælles afsæt i fortællingen om det enkelte LKT Projekt.

Hver gruppe fremlægger sin elevator tale for de øvrige gruppemedlemmer og ledere efter "All teach – all learn princippet."

Team Sjælland vest - voksenspor

Billede af elevortalen



Formål: LKT skal reducere antallet af tvangsindl. og tvang under indlæggelse

Hvorfor: Vi tror på at forebyggelse af tvangsindl. kan højne kvaliteten af ~~forbedt~~ behandlingen.

Hvordan: Vi vil forbedre samarbejdet ml. DPC, Seng, evt. bosted, kommune, egen læge
Kriseplan, safe app. m.fl.

Ændringsideer: Bedre UA/KP.

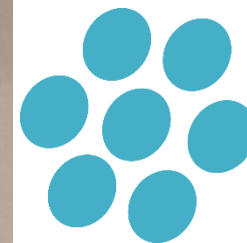
Shared decision making.
↳ hvordan for vi hørt pt stemmen.

Resonans
opkvalificering af personalet:

- Safewards, safe app,
- Skills, simulationstræning (KKE)
- Mentalisering
- Forståelse (selvindsigt)

Team Sjælland syd- voksenspor

Billede af elevatortalen



Formål:

Vi ønsker at forbedre det tværsæktorielle samarbejde samt inddrage borgernes / patienternes perspektiv

Hvorfor:

Nedbringe tvangsindlæggelser

Hvordan:

Afholde netværksmøder ^{virtuelt} ved 1. gangs tvangsindlæggelser (fra bosteder) eller ved 2. gangs tvangsindlæggelse ved øvrige

Ændringsideer:

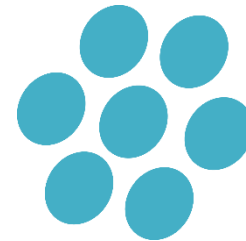
Brugerperspektivet ved behandlingskonf.

De borgere der ikke har tilknytning til Distrikts-psykiatrien - F-ACT/PSP

Koordinerende indsatsplan for alle der indlægges på tvang

Team Syddanmark- voksenspor

Billede af elevatortalen



FORMÅL:

NEDBRINGE TVANG VHA.

BEDRE TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

HVORFOR:

BORGERENS SKYLD

- NEDBRINGE
TRÅUMER

BEDRE ARBEJDSMILJØ

- MÅLRETTET
FÆLLES
BEHANDLING/^{FOKUS}

HVORDAN/ÆNDRINGS-
IDEEER

- ØGE SUCCESRATE
(BORGERENS)

VIDENSDELING

NÆRT SAMARBEJDE

REGELMÆSSIGE NETVÆRKS MØDER

MERE PATIENT/BORGER INDDRAGELSE

ALT DETTE GØR VI FOR

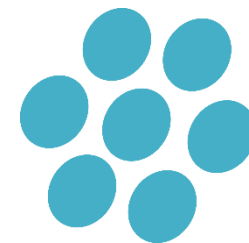
AT OPNÅ ~~SUCCESS~~ ~~DA~~ ~~BORGERENS~~ ~~OG~~ ~~PERSONALIS~~

RECOVERY

FÆLLES TILGANG

Team Midtjylland - voksenspor

Billede af elevortalen



FORMÅL: Vi vil gøre FHT.
AKTIVT på tværs

HVORFOR: Vi kan i fælles-
skab gøre det bedre
næste gang.

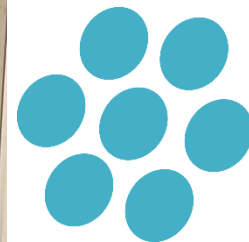
HVORDAN: FHT. justeres med
AMB. BEH. + KOMM.
INDSATS.

PDSA'ER: UNDERVISNING.
FÆLLES BESLUTNINGSTAGEN
SOM METODER.
FHT'S OPLEVEDE PERSPEKTIV

DATA: FIT (FEEDBACK INFORMED
TREATMENT)

Team Nordjylland - voksenspor

Billede af elevatortalen



Nordjylland - Voksen

Formål: Vi ønsker at forbedre vores netværksmøder.

Hvorfor: Vi gør det for at sikre systematisk patientinddragelse.

Hvordan: Vi vil anvende 'shared decisionmaking' på vores netværksmøder.

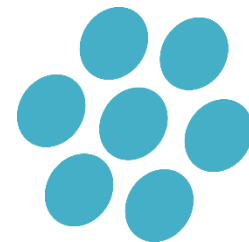
Ændringsidéer:

- Kompetenceudvikling
- Dokumentation \leq fagprofessionelle pt./borger
- Metodetilgang - før/under/efter mødet
-
-

Allt dette vil vi gøre fordi involvering giver oplevelse af kontrol / empowerment, hvilket understøtter forebyggelse af tvang

Team Hovedstaden Børne/ungespor

Billede af elevatortalen



FORMÅL:

SAMMEN MED UDVALGTE DØGNINSTITUTIONER
ØNSKER VI AT REDUCERE ANTALLET AF
TVANGSINDLØBBELSER FOR 14-17 ÅRIGE MED 20%

HVORFOR:

FOR AT STYRKE PATIENTENS LIVSKVALITET
EMPOWERMENT OG RECOVERY

HVORDAN:

OPRETTELSE AF DØGNINSTITUTIONSTEAMET

UDGÅENDE BEHANDLING

SAMSKABELSE MED ALLE PARTER

ÆNDRINGSIDÉER:

FÆLLES TILGANG OG FÆLLES PLAN FOR TREK UNGE

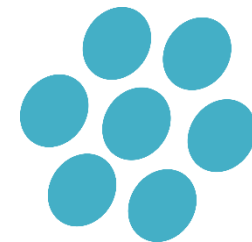
BRUG AF UNGEMENTORER

SYSTEMATIK DER SIKRE DEN UNGES STEMME

SYSTEMATIK I FORHOLD TIL DE UNGES FUNKTIONSNIVEAU

Team Sjælland – Børne/ungespor

Billede af elevatortalen



ELEVATOR TALEN

FORMÅL: Vi ønsker at
forbedre samarbejdet
mellem den unges botlbud
og ungdomspsykiatrien.

HVORFOR?: Vi gør det for at inddrage den
unge i beslutninger om eget liv

HVORDAN?: Vi vil ~~samarbejde~~ udvikle
konkrete samarbejdsformer

ÆNDRINGSIDEER:

- UDKØRENDE PSYKIATRI
- AT INDDRAGE FORÆLDRE/JUNGE
PÅ BEHANDLINGSKONF.
- VIDEO MØDER
- STØRRE FLEKSIBILITET IFT. INDDRAGELSE
- KONKRETE KONTAKTMULIGHEDER
ML. BOSTED & PSYKIATRI
- TYDELIGT AFTALTE MØDE STRUK-
TURER

Team Sydjylland – Børne/ungespor

Billede af elevatortalen

Formål ?

Vi ønsker at øge antallet og kvaliteten af tryk- og forbyggelses planer, med 80 % i 20 23

Hvorfor ?

TVANG Skal ikke være en del af de Unges liv

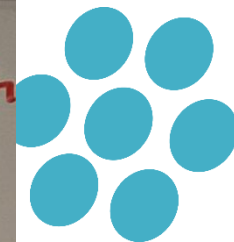
Hvordan ?

Fælles sprog

Øget tværsektorielt kendskab

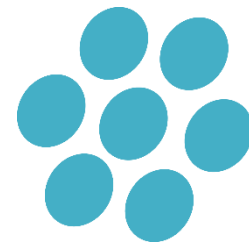
Ændringsideer

Vi vil gerne være mere nysgerige på hinandens indsats



Team Midtjylland – Børne/ungespor

Billede af elevatortalen



Elevatortale

Føremål: Forbedre det tværfaglige samarbejde med og omkring den unge 15-17

Hvorfor: Fordi vi gerne vil forbygge tvang/magt hos unge og optimere behandlingen på den unge præmisser for den unge og forældrene

Hvordan: 1. dynamisk plan på tværs af sektorer med baseret på systematisk inddragelse + samarbejde med den unge/familie

Ideer

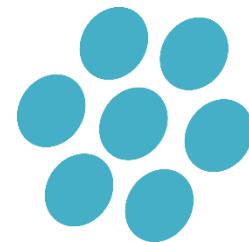
Metoder ift inddragelse/samarbejde med den unge
Tværfagligt redskab (APP?)

Bench marking

Følles kompetenceudvikling
Besøgsrunder

Team Nordjylland – Børne/ungespor

Billede af elevatortalen



FORMÅL:

Reducere antallet af tvangssindlæggelser ved
at forebygge behovet for anvendelse
af tvang eller magt (≥ 12 år)

HVORFOR:

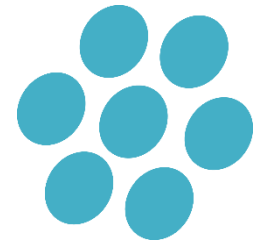
For at undgå at barnet/unge mister
autonomi
Og styrke den helhedsorienterede, tidlige
indsats.

HVORDAN:

Samshabende proces i det tværsektorielle
netværk med udgangspunkt i barnet/unge
og primære omsorgspersoner/forældre

ÆNDRINGSIDEER:

Forbedringsteamet skal samles og arbejde videre
med konkrete tiltag + afklare roller

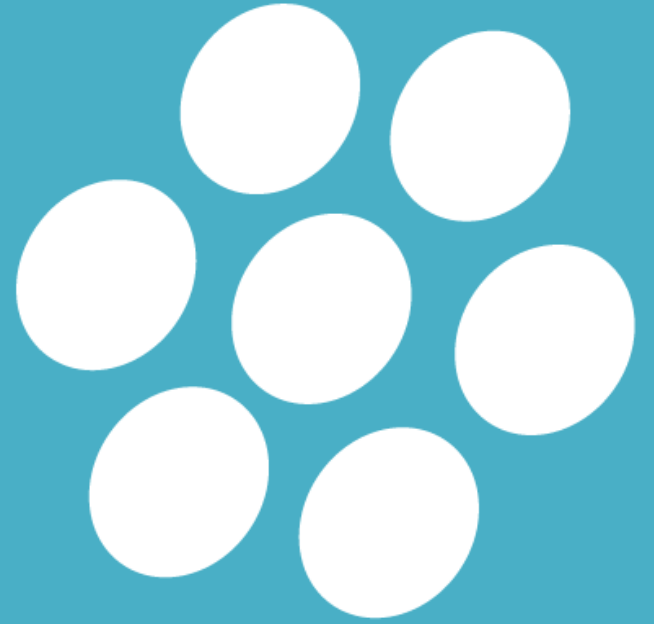


Vi ses til middag kl. 19.30



LÆRINGS- OG

KVALITETSTEAMS

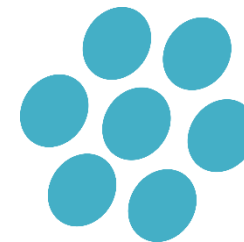


Parallel sessioner:

Voksenspor

Børne- og ungespor

Velkommen OG PROGRAM FOR DE NÆSTE 18 TIMER



- Introduktion og the science of improvement

”Arbejdsplaner”

i dag

1. Lav en fælles ”teori” (**driverdiagram**)
2. Vælg forandringsidéer
3. **Målinger** – hvad, hvorfor og hvordan
4. Lav en **elevatortale**

i morgen

5. Identificer og evaluer vigtige faktorer – **fair proces og musiq-score**
6. Planlæg testfasen

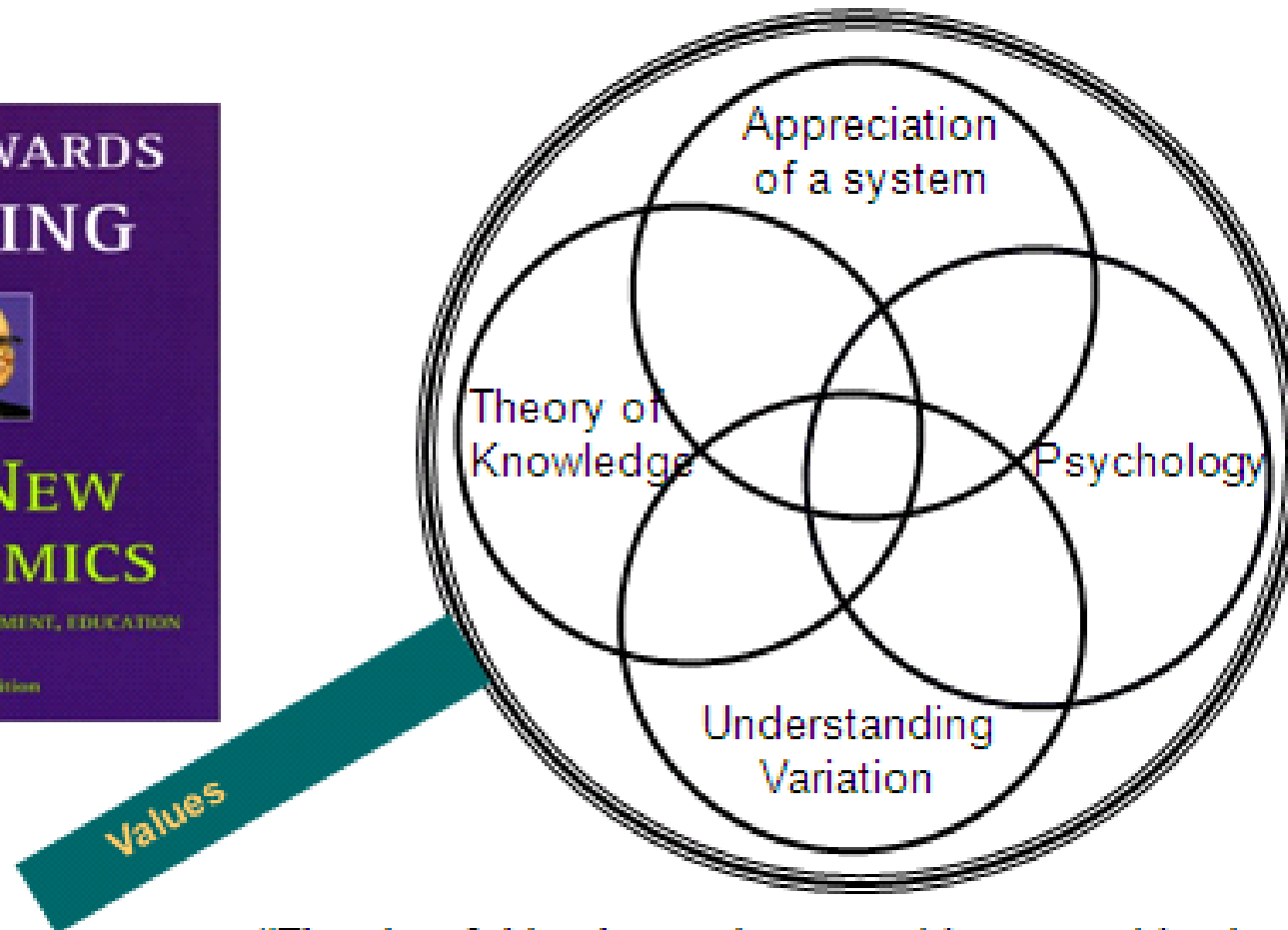
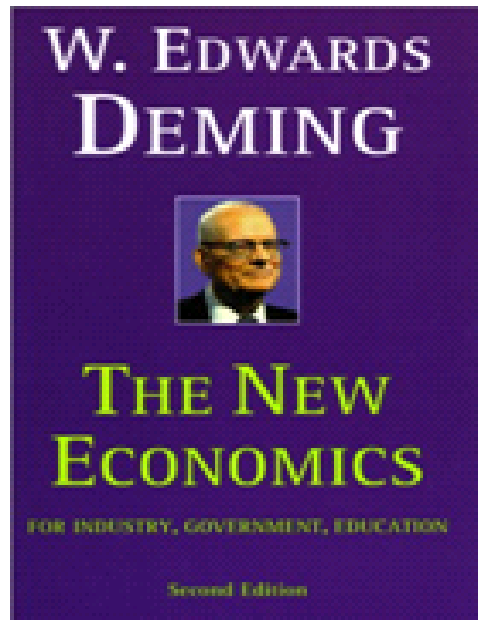
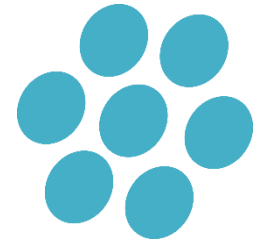
Kalendersiden.dk

21/22

December	Januar	Februar	Marts	April	Maj
On 1	Le 1 Nytårsdag	Ti 1 ●	Ti 1	Fr 1 ●	Sø 1
To 2	Se 2 ●	On 2	On 2 ●	Le 2	Ma 2 18
Fr 3	Ma 3	To 3	To 3	Se 3	Ti 3
Le 4 ●	Ti 4	Fr 4	Fr 4	Ma 4	On 4
Sø 5	On 5	Le 5	Le 5	Ti 5	To 5
Ma 6 49	To 6	Se 6	Se 6	On 6	Fr 6
Ti 7	Fr 7	Ma 7	Ma 7 6	To 7	Le 7
On 8	Le 8	Ti 8 ●	Ti 8	Fr 8	Se 8
Se 9	Se 9 ●	On 9	On 9	Le 9 ●	Ma 9 ● 19
Ma 10	To 10 2	To 10	To 10 ●	Se 10 Palmesøndag	Ti 10
Ti 11	Ti 11	Fr 11	Fr 11	Ma 11	On 11
To 12	On 12	Le 12	Le 12	Ti 12	To 12
50	Se 13	Se 13	Se 13	On 13	Fr 13 Bededag
Fr 14	Ma 14	Ma 14 7	Ma 14	To 14 Skærtorsdag	Le 14
Le 15	Ti 15	Ti 15	Ti 15	Fr 15 Langfredag	Se 15
Se 16	On 16 ○	On 16 ○	On 16	Le 16 ○	Ma 16 ○ 20
Ma 17	To 17 3	To 17	To 17	Se 17 Påskedag	Ti 17
Ti 18 ○	Fr 18	Fr 18	Fr 18 ○	Ma 18 2. påskedag	On 18
On 19	Le 19	Le 19	Le 19	Ti 19	To 19
51	To 20	Se 20	Se 20	On 20	Fr 20
Fr 21	Ma 21	Ma 21	Ma 21 8	To 21	Le 21
Le 22	Ti 22	Ti 22	Ti 22	Fr 22	Se 22 ●
Se 23	On 23 ●	On 23 ●	On 23	Le 23 ●	Ma 23 21
To 24	To 24 4	To 24	To 24	Se 24	Ti 24
Le 25 Juledag	Ti 25 ●	Fr 25	Fr 25 ●	Ma 25	On 25
Se 26 2. juledag	On 26	Le 26	Le 26	Ti 26	To 26 Kr. himmelfartsdag
Ma 27 ●	To 27 52	Se 27	Se 27	On 27	Fr 27
Ti 28	Fr 28	Ma 28	Ma 28 9	To 28	Le 28
On 29	Le 29		Ti 29	Fr 29	Se 29
To 30	Se 30		On 30	Le 30 ●	Ma 30 ● 22
Fr 31	Ma 31 5		To 31		Ti 31

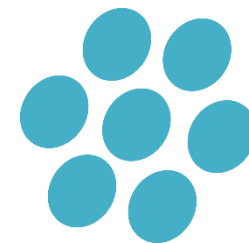
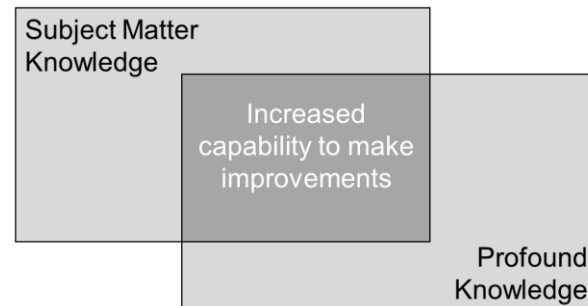
Plan for projekt fasen
(next step)

Deming's System of Profound Knowledge



"The aim of this chapter is to provide an outside view – a lens – that I call a system of profound Knowledge. It provides a map of theory by which to understand the organizations that we work in."

ROLLER

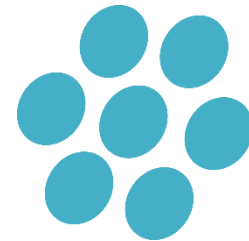


Subject matter experts

- Det er jer, som eksperter i systemet som patienter / borgere
- Det er jeres patienter / borgere, jeres personale, jeres kolleger...
- Det er derfor jer som tager beslutningerne
- Og det er jer som gennemfører forbedringerne

Profound knowledge experts

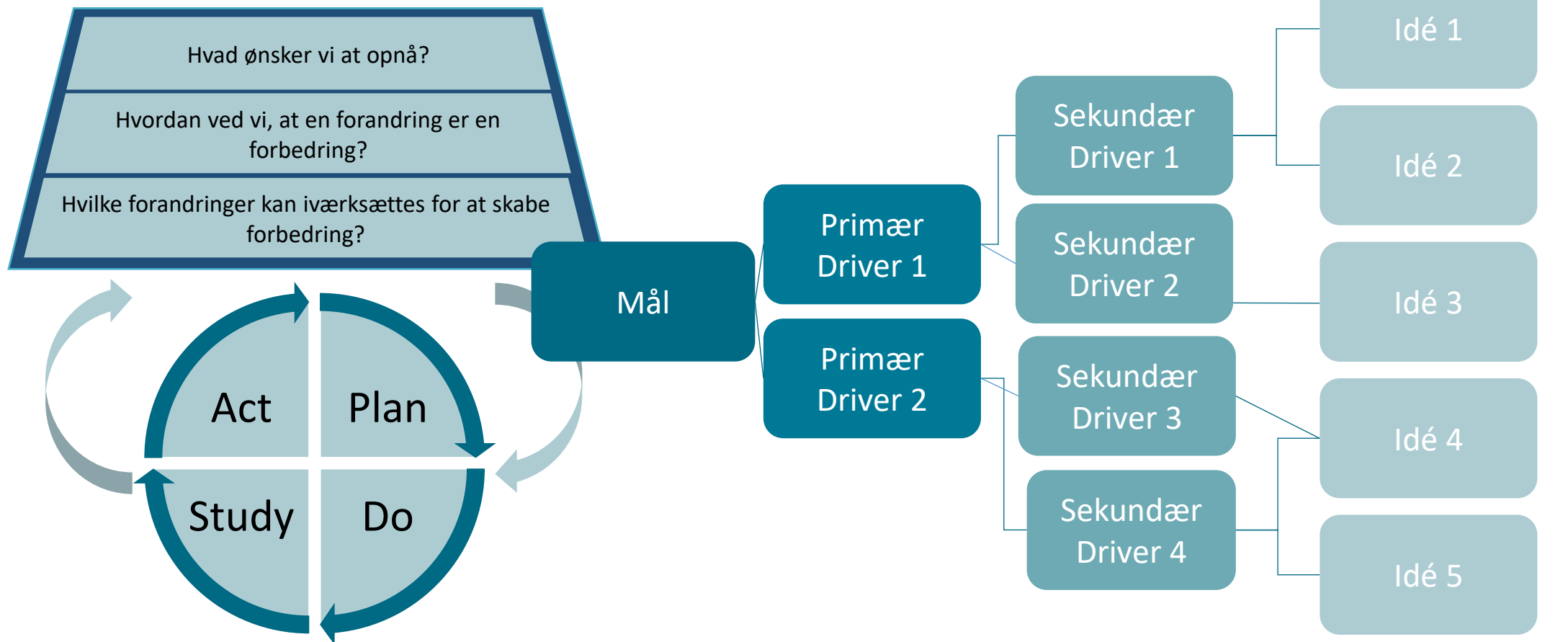
- Vi hjælper med forbedringsværktøjer, dataanalyse, forandringsledelse...
- Vi kommer med idéer til hvordan I kan gribe jeres projekt an
- Vi udfordrer nogle gange jeres beslutninger og argumenter

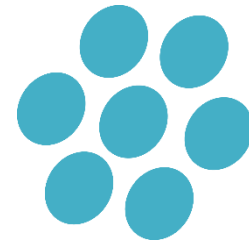


Arbejdspakke 1

LAV JERES DRIVERDIAGRAM OG VÆLG FORANDRINGSIDÉER

Driverdiagram





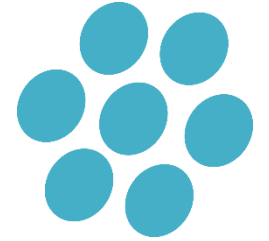
Driverdiagrammets anatomi

- **Mål:** hvad – hvornår *how much by when*
- **Primære drivere** er de vigtigste faktorer, som har en direkte påvirkning på målopfyldelsen
- **Sekundære drivere** er faktorer, som er nødvendige for at opnå de primære drivere. Sekundære drivere hjælper med at identificere hvilke forbedringer/forandringsideer der kan testes for at påvirke de primære drivere.

Drivere kan være knyttet til proces indikatorer

- **Ændringsideer afprøves i PDSA**

Driverdiagram



Hvornår?

- Første version: I starten af projektet
- Tilpasses løbende

Hvorfor?

- Driverdiagram giver unikt et **overblik** over projektet, **retning af** indsatser og **sammenhæng** mellem delene i projektet
- Er et **Stærkt kommunikationsredskab**

Mål

Overordnet mål

At reducere omfanget af tvangsindlæggelser ved at styrke det tværsektorielle samarbejde med patienten i centrum

Resultatindikatorer

R1: Antal personer, der tvangsindlægges, reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023

R2: Antal tvangsindlæggelser reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023

Følgeindikatorer

F1: Antal personer, der berøres af tvang, reduceres for de deltagende enheder

F2: Antal tvangshændelser reduceres for de deltagende enheder

F3: Antal personer, der berøres af magtanvendelse, reduceres for de deltagende enheder

F4: Antal magtanvendelser reduceres for de deltagende enheder

Baseline er 2018-2020

Primære Drivere

Voksenpsykiatrien

- UDSKRIVELSESAFTALER/KOORDINATIONSPLANER (UA/KP)
- NETVÆRKSMØDER

Procesindikatorer

V1: Der ses en stigning i andelen af patienter, der får lavet en UA/KP

V2: Der ses en stigning i andelen af UA i forhold til KP

Frivillige:

V3: Mindst 90 % af patienter med en UA/KP har deltaget i et netværksmøde mindst 1 x årligt

V4: Mindst 90 % af UA/KP er revurderet mindst 1 x årligt

Børne- og ungepsykiatrien

- TRYGHEDS- OG FOREBYGGELSESPLANER
- NETVÆRKSMØDER

Procesindikatorer

BU1: Der ses en stigning i antal børn og unge i målgruppen, der får udarbejdet en Trygheds- og forebyggelsesplan

Frivillige

BU2: Mindst 90 % af børn og unge med en Trygheds- og forebyggelsesplan har deltaget i et netværksmøde (mindst 1 x årligt)

BU3: Mindst 90 % af Trygheds- og forebyggelsesplanerne er revurderet mindst 1 x årligt

BU4: Der afholdes netværksmøde for mindst 90 % af de unge, der overgår fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien, hvor eksisterende Trygheds- og forebyggelsesplan konverteres til en UA/KP

Sekundære Drivere

UDSKRIVNINGSAFTALER/- KOORDINATIONSPLANER

- Lovbestemt indhold
- Fokus på patientens ønsker, præferencer og hjælp fra netværk
- Særlig opmærksomhed på forebyggelse af tvang
- Shared decision making

TVÆRSEKTORIELLE NETVÆRKSMØDER

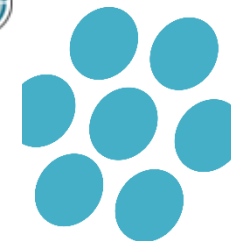
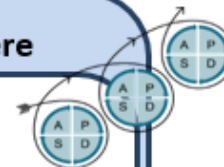
- Deltagerkreds
- Rollefordeling
- Shared decision making

TRYGHEDS- OG FOREBYGGELSESPLANER

- Grundoplysninger som ved KP/UA
- Fokus på barnet/den unge samt forældrenes rolle
- Særlig opmærksomhed på forebyggelse af tvang
- Plan overføres til en UA/KP ved overgang til voksenpsykiatrien
- Shared decision making

TVÆRSEKTORIELLE NETVÆRKSMØDER

- Deltagerkreds
- Rollefordeling
- Shared decision making



Voksen-Psykiatrien

Overordnet mål

At reducere omfanget af tvangsindlæggelser ved at styrke det tværsektorielle samarbejde med patienten i centrum

Resultatindikatorer

R1: Antal personer, der tvangsindlægges, reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023

R2: Antal tvangsindlæggelser reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023

Følgeindikatorer

F1: Antal personer, der berøres af tvang, reduceres for de deltagende enheder

F2: Antal tvangshændelser reduceres for de deltagende enheder

F3: Antal personer, der berøres af magtanvendelse, reduceres for de deltagende enheder

F4: Antal magtanvendelser reduceres for de deltagende enheder

Baseline er 2018-2020

Primær drivere

- UDSKRIVELSESAFTALER/K OORDINATIONSPLANER (UA/KP)

- NETVÆRKSMØDER

Sekundær drivere

- Lovbestemt indhold

- Fokus på patientens ønsker, præferencer og hjælp fra netværk

- Særlig opmærksomhed på forebyggelse af tvang

- Shared decision making

Procesindikatorer

V1: Der ses en stigning i andelen af patienter, der får lavet en UA/KP

V2: Der ses en stigning i andelen af UA i forhold til KP

Frivillige:

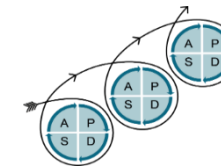
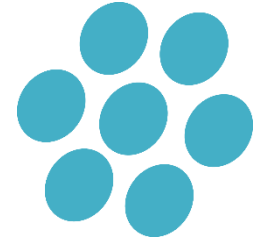
V3: Mindst 90 % af patienter med en UA/KP har deltaget i et netværksmøde mindst 1 x årligt

V4: Mindst 90 % af UA/KP er revurderet mindst 1 x årligt

- Deltagerkreds

- Rollefordeling

- Shared decision making



Børne- og ungepsykiatrien

Overordnet mål

At reducere omfanget af tvangsindlæggelser ved at styrke det tværsektorielle samarbejde med patienten i centrum

Resultatindikatorer

R1: Antal personer, der tvangsindlægges, reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023

R2: Antal tvangsindlæggelser reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023

Følgeindikatorer

F1: Antal personer, der berøres af tvang, reduceres for de deltagende enheder

F2: Antal tvangshændelser reduceres for de deltagende enheder

F3: Antal personer, der berøres af magtanvendelse, reduceres for de deltagende enheder

F4: Antal magtanvendelser reduceres for de deltagende enheder

Baseline er 2018-2020

Primær drivere

- TRYGHEDS- OG FOREBYGGELSESPLANER

- NETVÆRKS MØDER

Procesindikatorer

BU1: At der ses en stigning i antal børn og unge i målgruppen, der får udarbejdet en Trygheds- og forebyggelsesplan

Frivillige

BU2: Mindst 90 % af børn og unge med en Trygheds- og forebyggelsesplan har deltaget i et netværksmøde (mindst 1 x årligt)

BU3: Mindst 90 % af Trygheds- og forebyggelsesplanerne er revurderet mindst 1 x årligt

BU4: Der afholdes netværksmøde for mindst 90 % af de unge, der overgår fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien, hvor eksisterende Trygheds- og forebyggelsesplan konverteres til en UA/KP

Sekundær drivere

- Grundoplysninger som ved KP/UA

- Fokus på barnet/den unge samt forældrenes rolle

- Særlig opmærksomhed på forebyggelse af tvang

- Plan overføres til en UA/KP ved overgang til voksenpsykiatrien

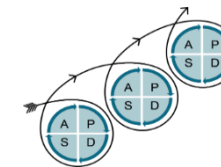
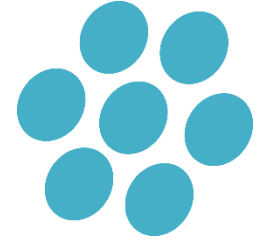
- Shared decision making

- Shared decision making

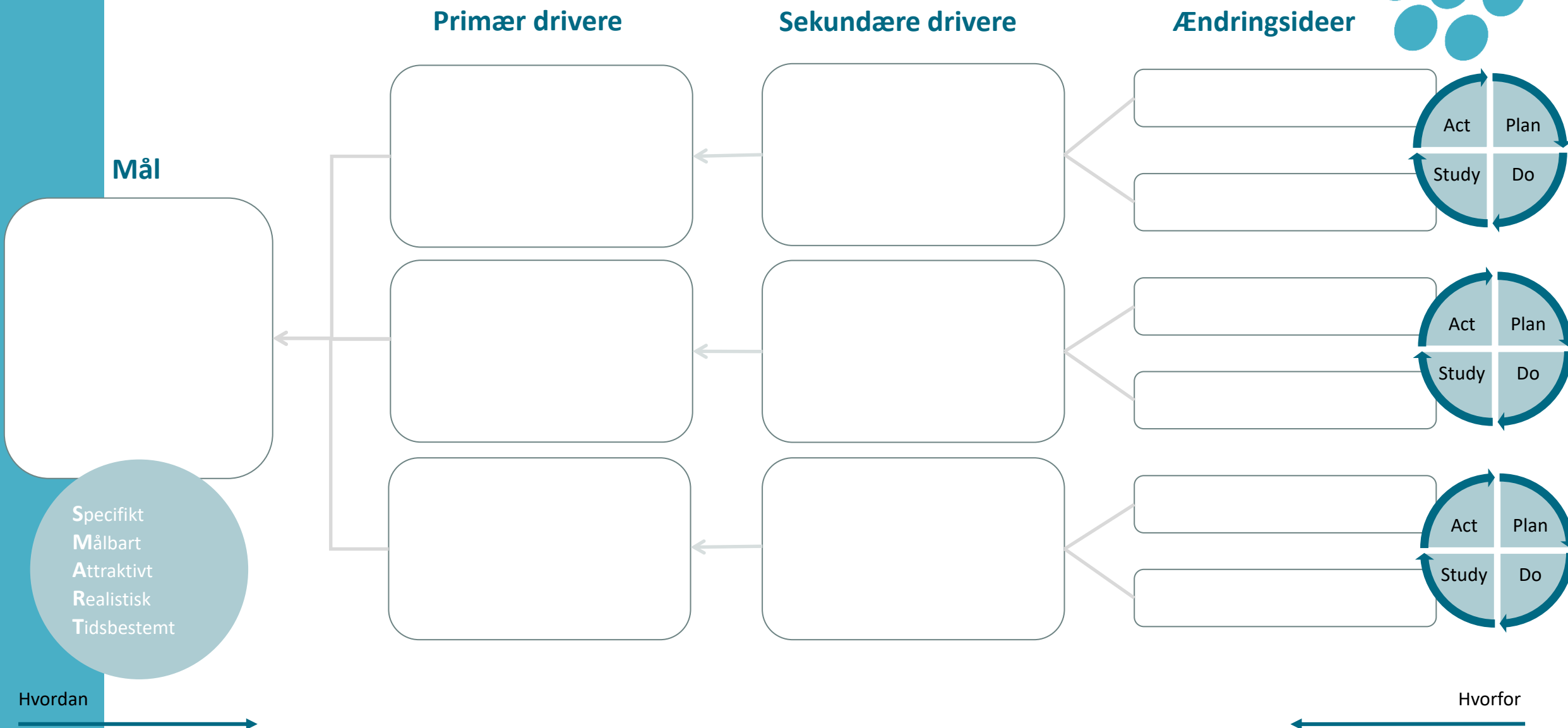
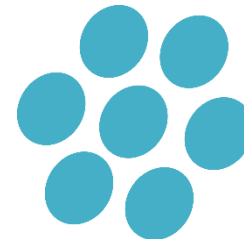
- Deltagerkreds

- Rollefordeling

- Shared decision making



Driverdiagram

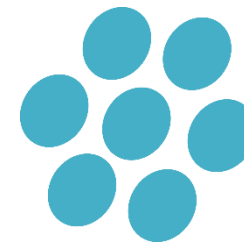


Specifikt
Målbart
Attraktivt
Realistisk
Tidsbestemt

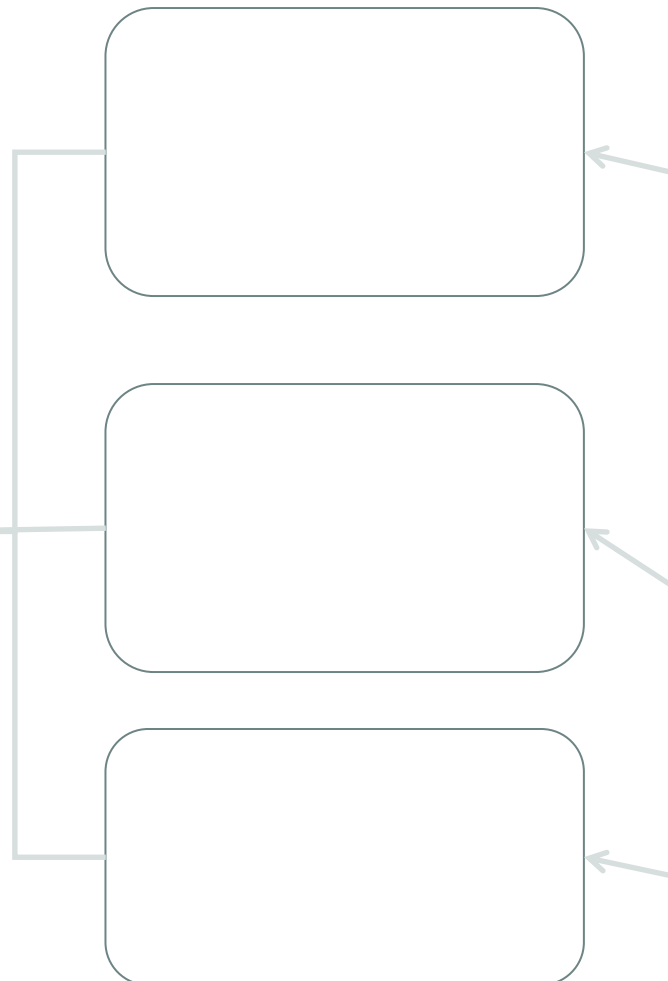
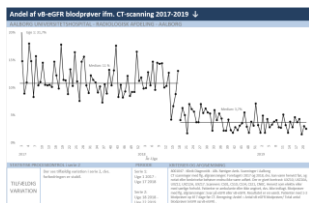
Hvordan →

← Hvorfor

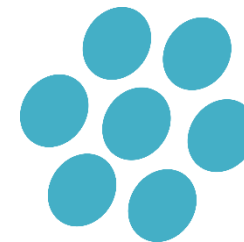
Udarbejdelse af Driverdiagram



88 %
95 % af ptt
Begge mål skal være nået senest 1. juli 2023.



Opgave – kvalificer jeres driver diagram

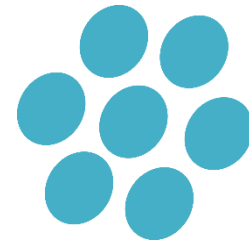


Dag 1: 15.20-16.55 Dag 2: Formiddag

Introducer eventuelt nye i gruppen

1. Tegn jeres driverdiagram på plakaten – brug post it
2. Lyt til hinandens perspektiver og diskuter logikken i driverdiagrammet: Er den klar og velbegrunderet?
3. Er der noget I i gruppen har overset: Mangler der en driver i driverdiagrammet?
4. Oplist jeres forandringsidéer i driverdiagrammet og relater dem til driverne
5. Brainstorm om nye forandringsidéer

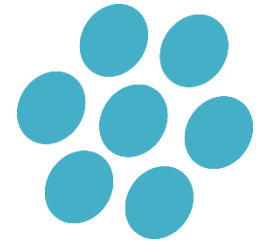




Arbejdspakke 2

MÅLINGER

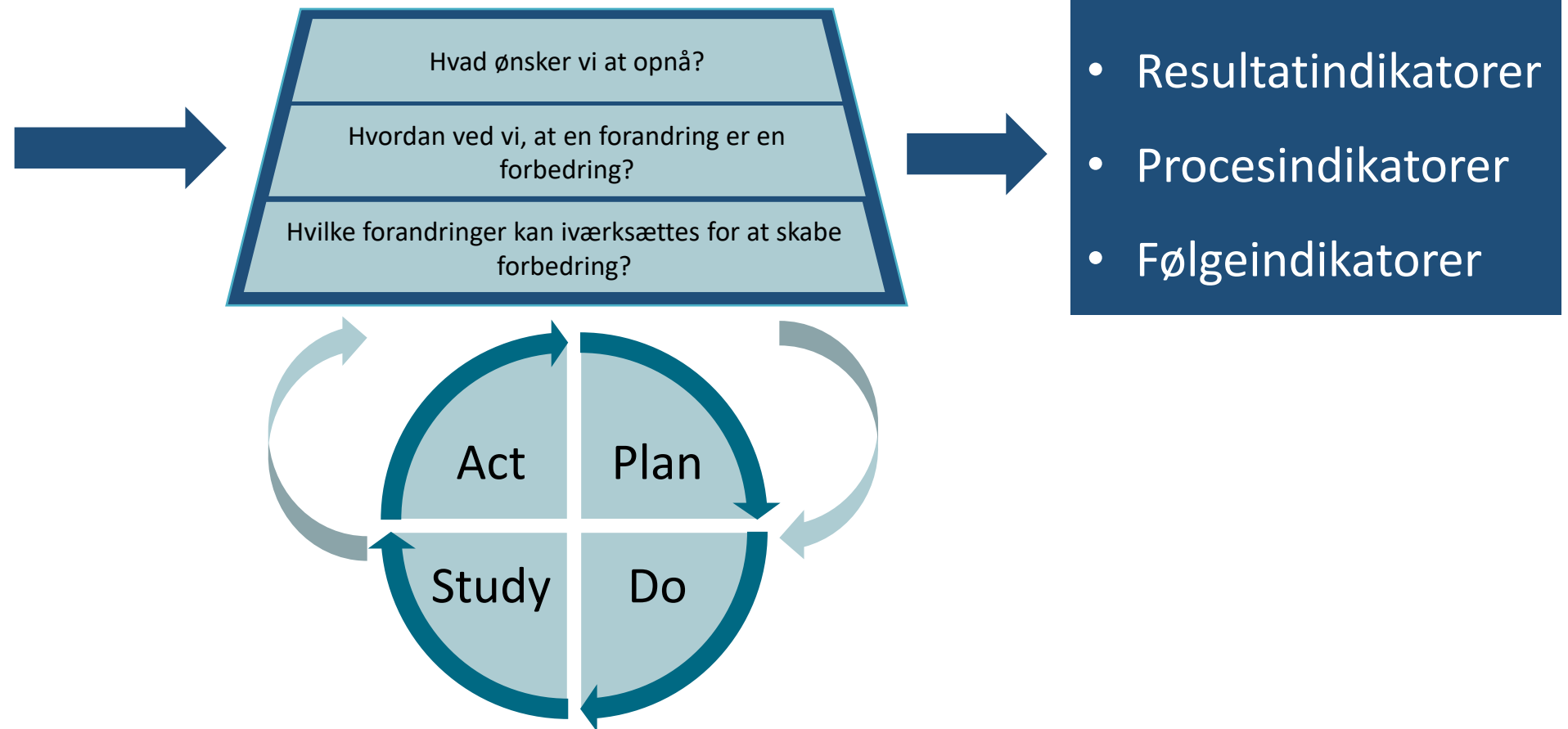
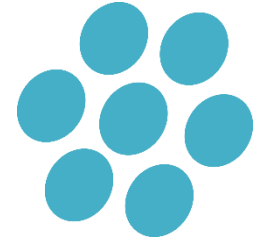
De næste 40 min...



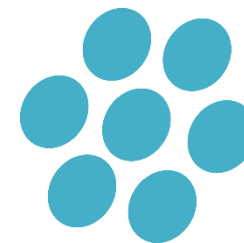
- Hvorfor måling og data
- Hvordan vises data - generelt
- Hvordan analyseres data - generelt

- Data i LKT Tvang
- Data i de lokale projekter

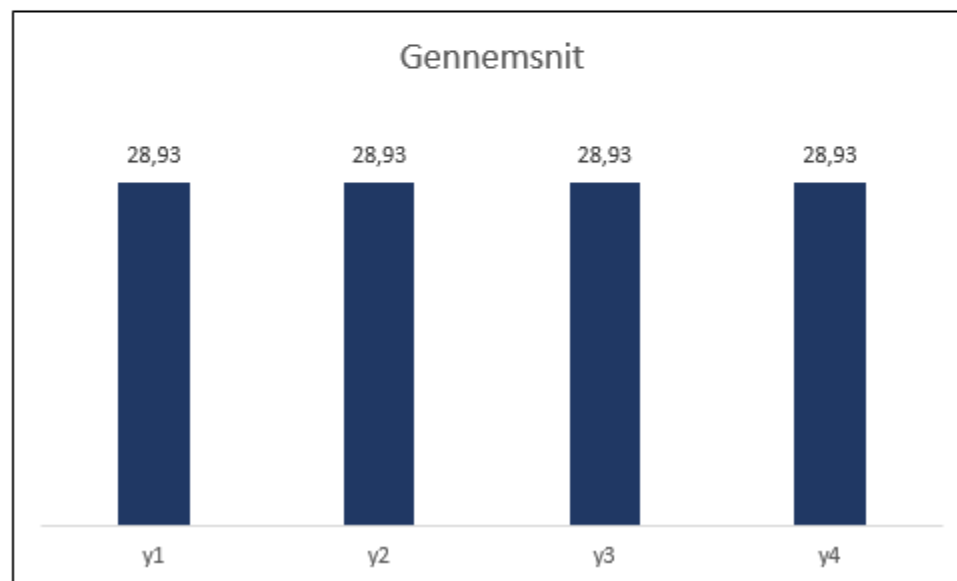
Hvorfor måling og data



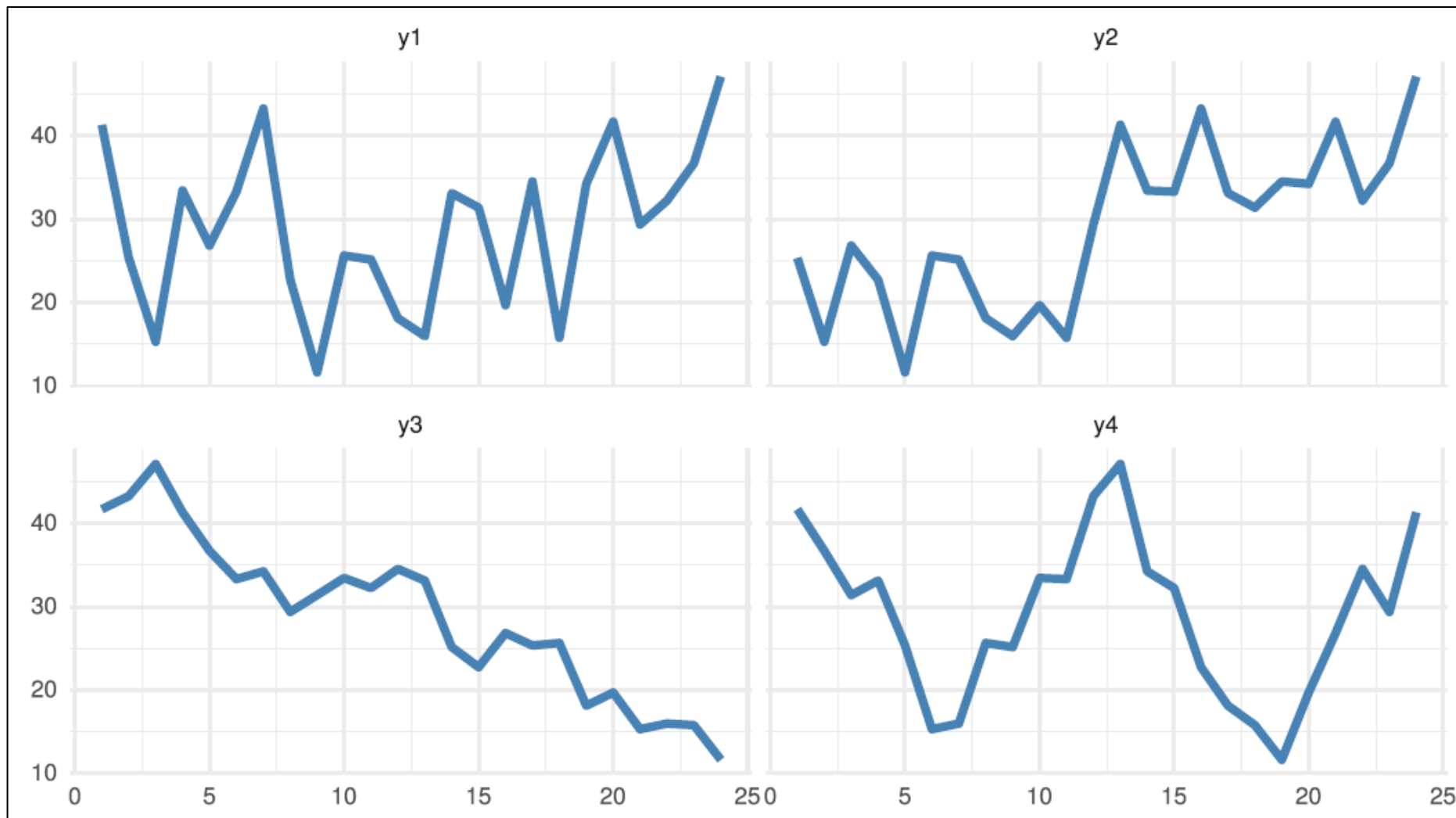
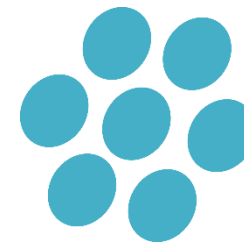
Fire opgørelser

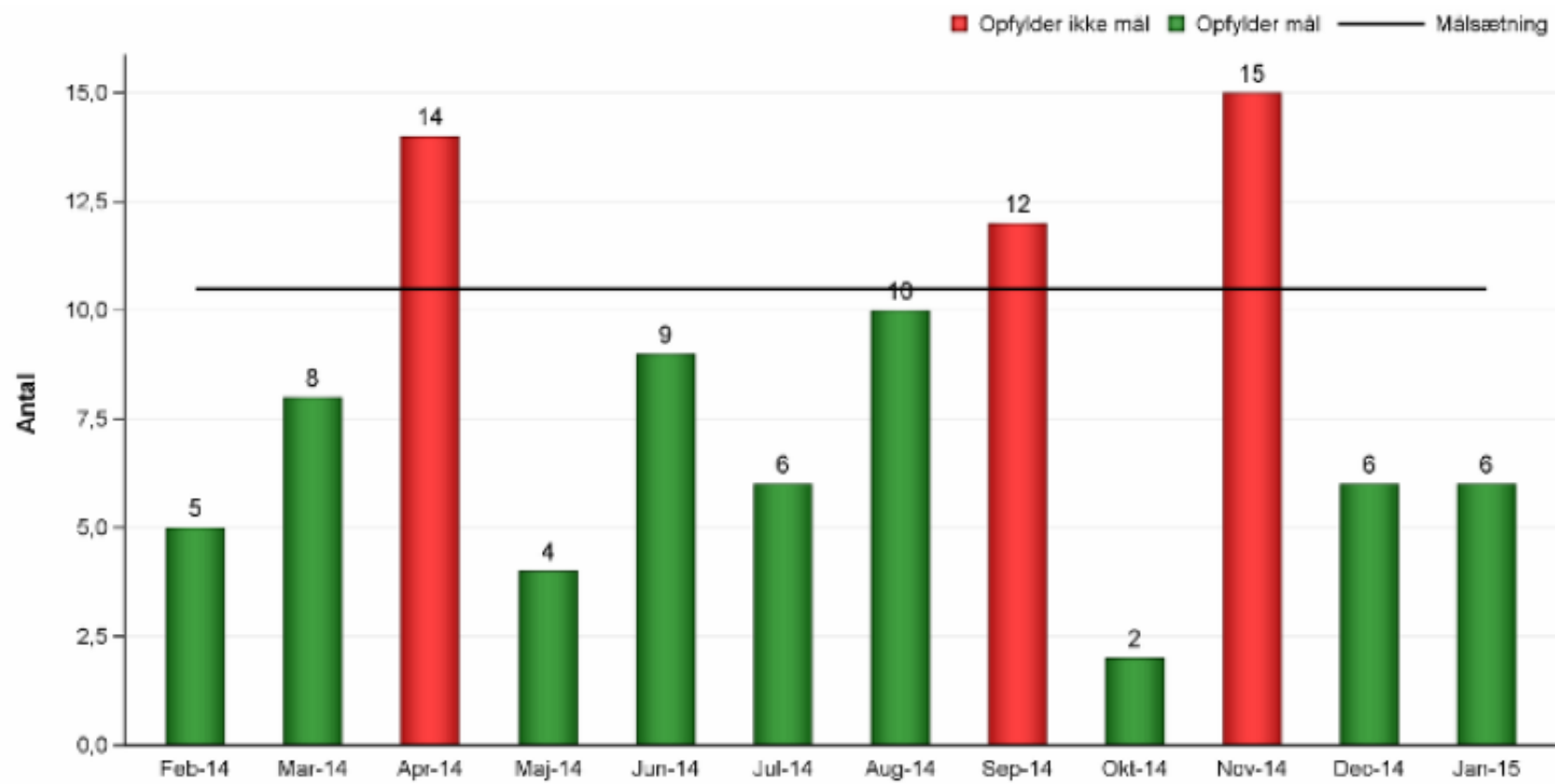
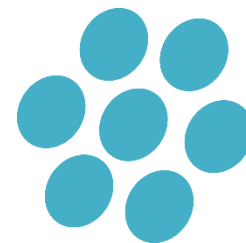


	obs./n	Median	Gennemsnit	mindste værdi	maks værdi	sd
y1	24	30,4	28,93	11,64	47,13	9,68
y2	24	30,4	28,93	11,64	47,13	9,68
y3	24	30,4	28,93	11,64	47,13	9,68
y4	24	30,4	28,93	11,64	47,13	9,68

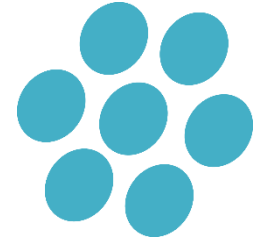


Fire seriediagrammer





Processer varierer



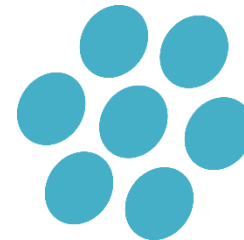
Ingen processer er 100% konstante

Tilfældig variation

- Er i alle processer
- Stabil og forudsigelig

Ikke-tilfældig variation

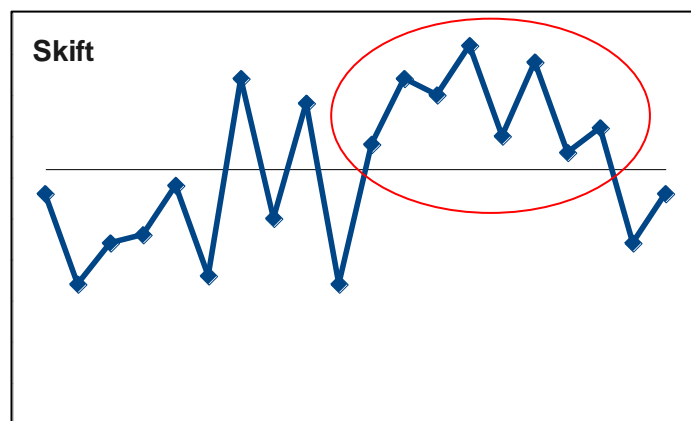
- Er i nogle processer
- Ændring i "plejer-at-gøre"
- Ustabil og uforudsigelig



2 signaler til analyse af variation

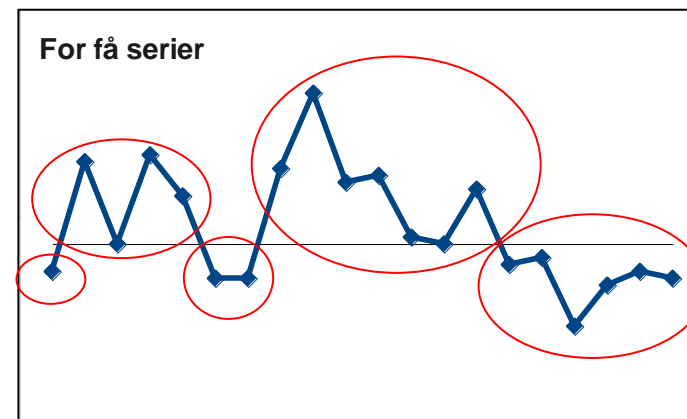
Usædvanligt lange serier (længste-serie)

- Lange serier af datapunkter på samme side af medianen

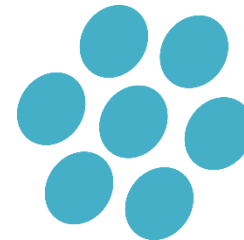


Usædvanligt få kryds (antal kryds)

- Kurven krydser medianen få gange

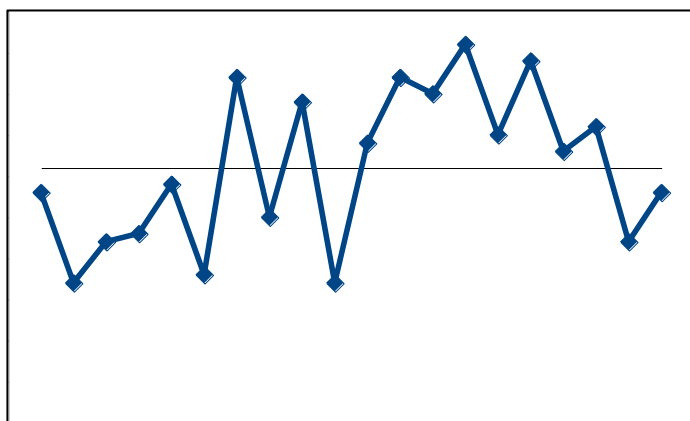


Antal datapunkter, som ikke er på medianen	Øvre grænse for længste serie	Nedre grænse for antal kryds
18	7	5
20	7	6



Hvad er en median

- Median: den midterste værdi
- Halvdelen af datapunkterne er over medianen – halvdelen er under medianen
- Viser niveauet i data



Fortløbende

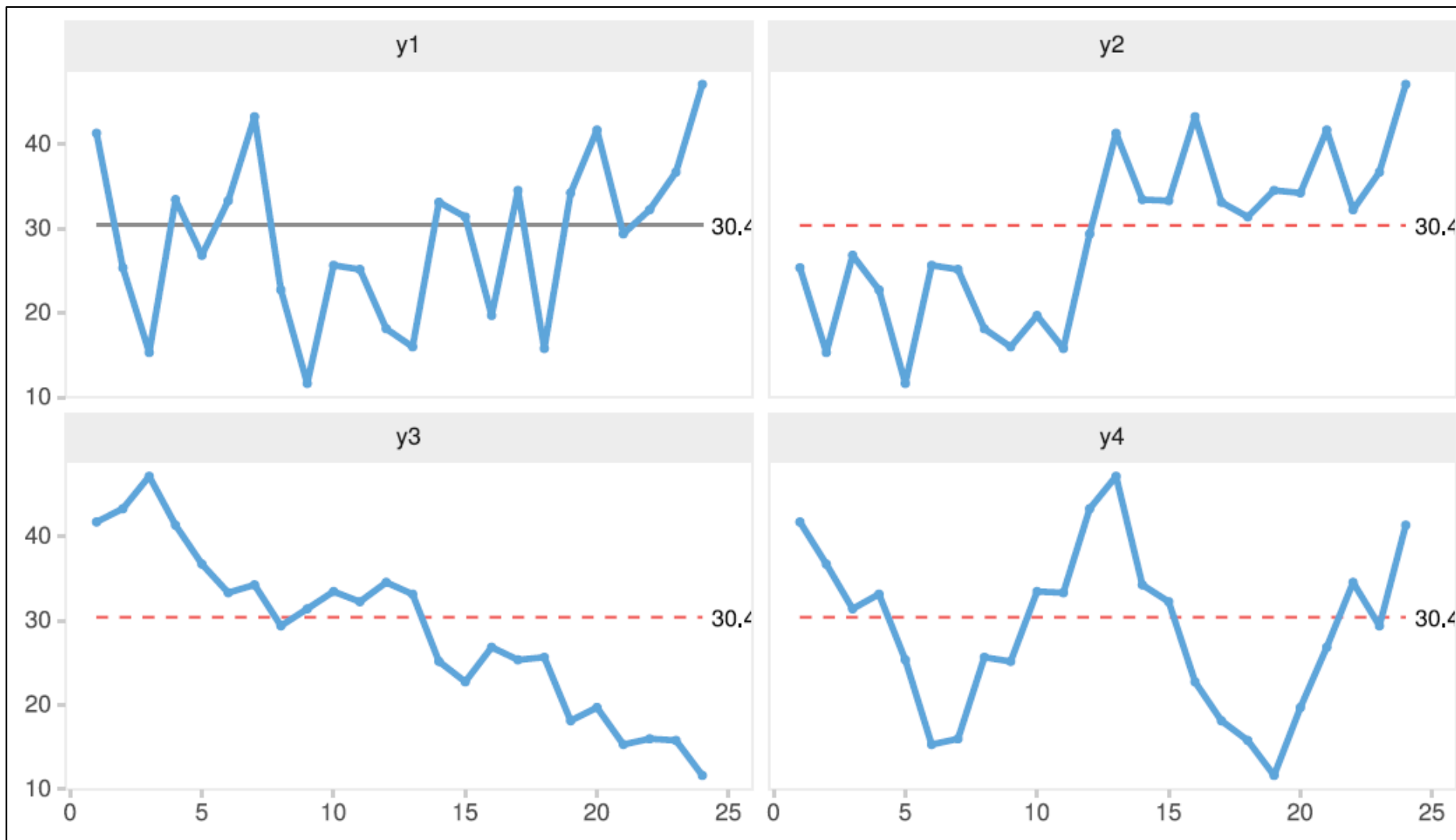
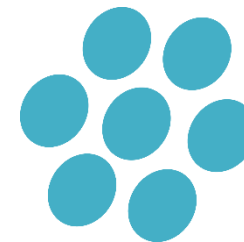
6
2
9
9
12
4
18
3
11
7
2
1
16

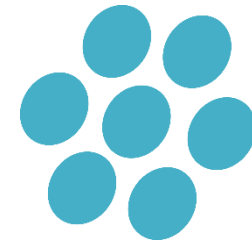
Sorteret

1
2
2
3
4
6
7
9
9
11
12
16
18

Median

Serieanalyse





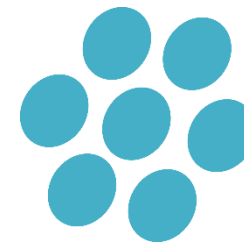
Data i LKT Tvang

- Afrapportering (K1 '22, K4 '22, K4 '23)
- Løbende
- Lokal tilpasning

Indikatorer

- Tvangsindlæggelser
- Tvangshændelser
- Magtanvendelser
- Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
- Trygheds- og forebyggelsesplaner
- Netværksmøder og revurderinger
- Konvertering ved børne/unge til voksen

Indtastningseskabelon - løbende



Microsoft Excel interface showing a dashboard for 'Indikator R1 - Antal personer der tvangsindlægges' and 'Indikator R2 - Antal tvangsindlæggelser'.

Indikator R1 - Antal personer der tvangsindlægges
Indikator R2 - Antal tvangsindlæggelser

Når der er sket en tvangsindlæggelse skal nedenstående skema udfyldes med patient-id, dato og evt. kommentar.

Patient ID	Dato	Kommentar
080493xxx1	06-01-2022	
100689xxx2	10-01-2022	
201201xxx1	12-01-2022	
080997xxx1	24-01-2022	
150689xxx2	25-01-2022	
201108xxx1	27-02-2022	
050705xxx1	27-02-2022	
281099xxx2	27-02-2022	
221006xxx1	15-03-2022	
150701xxx2	26-03-2022	
010291xxx1	26-03-2022	
050384xxx2	26-03-2022	

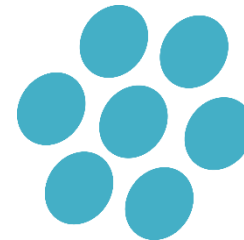
Indikator R1 - Tvangsindlæggelse - Berørte personer pr. måned
Region Nordjylland/Aalborg Kommune -

MEDIAN BASELINE	BASELINE	PROJEKT	BRUGBARE OBS.	STATISTISK PROCESKONTROL
3	Jan-18 til dec-20	Jan-22 til jul-23	27	FORVENTET max 8 FAKTISK min 9 IKKE VALGT

Indikator R2 - Tvangsindlæggelser - Hændelser pr. måned
Region Nordjylland/Aalborg Kommune -

Måned-år	Antal	Berørte Personer
jan-22	5	5
feb-22	3	3
mar-22	4	4
apr-22		
maj-22		
jun-22		
jul-22		
aug-22		
sep-22		
okt-22		
nov-22		
dec-22		
jan-23		
feb-23		
mar-23		
apr-23		
maj-23		
jun-23		
jul-23		
aug-23		
sep-23		
okt-23		
nov-23		
dec-23		
jan-24		
feb-24		
mar-24		
apr-24		
maj-24		
jun-24		
jul-24		
aug-24		
sep-24		
okt-24		
nov-24		
dec-24		

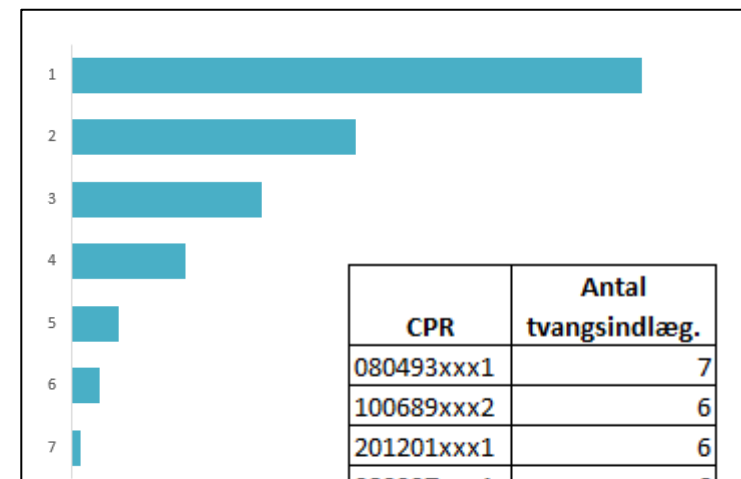
Navigation: 1 - Forside og vejledning | 2 - Indikatoroversigt | 3 - Dashboard | 4 - Baselinedata | 5 - R1 og R2 | 6 - F1 og F2 | 7 - F3 og F4 | 8 - V1 og V2 | 9 - V3 og V4 | Ark2 | 99A - Beregningsark | 99B - Diagrams ...



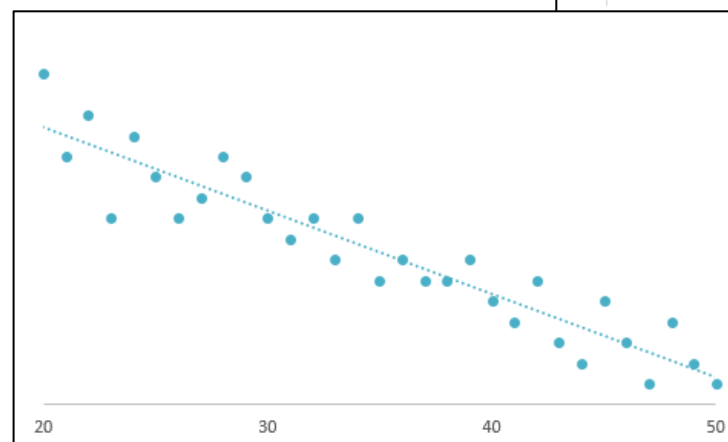
Data lokalt

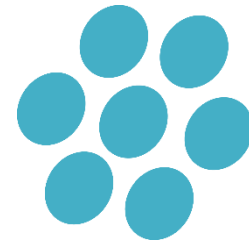
Undersøg, analyser, dyk ned i data, forstå processen bag, hypotesetest, tilpas.....

- Fordeling af antal tvangsindlæggelser – hvem har været indlagt mange gange
- Sammenhæng mellem alder og udskrivningsaftale/koordinationplan?
- Sammenhæng mellem alder og antal tvangsindlæggelser/hændelser?
-
-

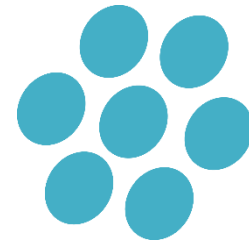


CPR	Antal tvangsindlæg.
080493xxx1	7
100689xxx2	6
201201xxx1	6
080997xxx1	6
150689xxx2	4
201108xxx1	4
050705xxx1	4
281099xxx2	4
221006xxx1	4
150701xxx2	4
010291xxx1	4
050384xxx2	4





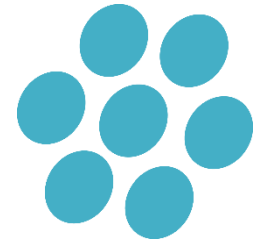
Spørgsmål?



Arbejdspakke 3

LAV JERES ELEVATORIALE

”Øhhh Det der projekt I har gang i –
hvad er det lige, det går ud på?”



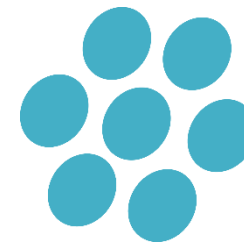
Opgave: I skal alle i
projektgruppen kunne
svare spørgsmålet inden
elevatordøren går op igen
(30 sekunder- 1 min)

- Skriv jeres elevatortale
på en flip-over ...



Elevatortalen

Dag 1: 16.55- 17.25



Formål: Vi ønsker at forbedre.....

Hvorfor ?

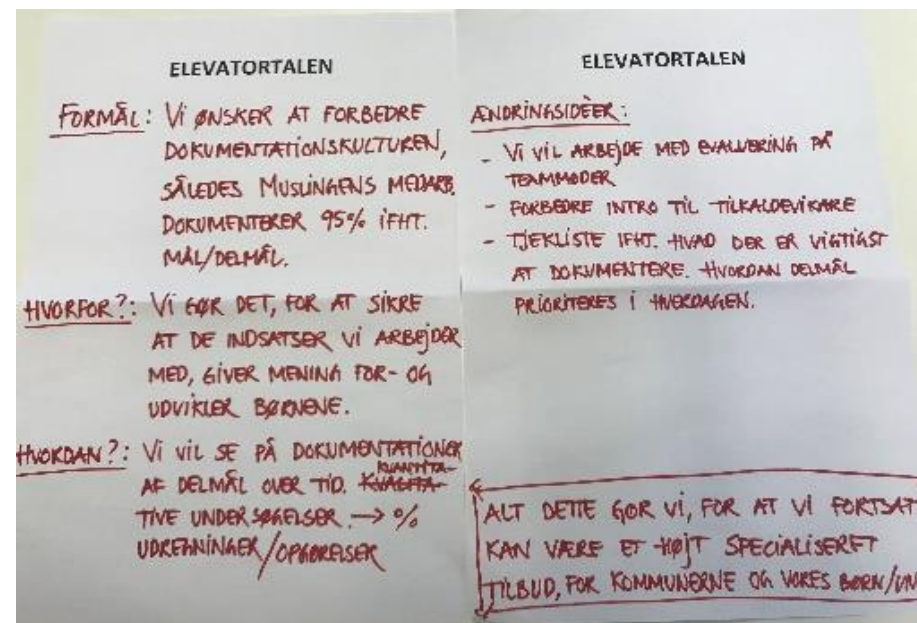
- Vi gør det, for at.....

Hvordan?

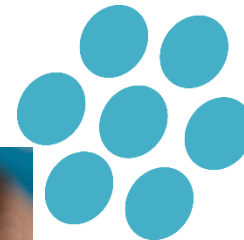
- Vi vil se på

Ændringsidéer:

- Vi vil
- Vi vil forbedre....
- Vi vil lave en tjekliste i forhold til



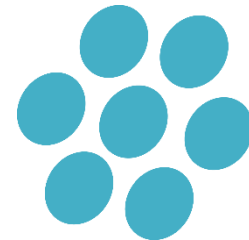
ALT DETTE GØR VI, FOR AT VI



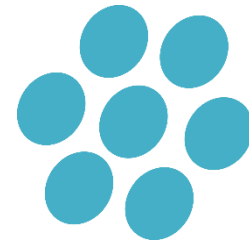
**Skriv jeres
elevatortale på
en flip**
husk: tag den med ind
i teatersalen

**Jeres flip
fotograferes
senest kl. 17.27**

**Fremlæggelse i
Teatersalen kl.
17.35**
- foto vises på
storskærm
- Moderator styrer



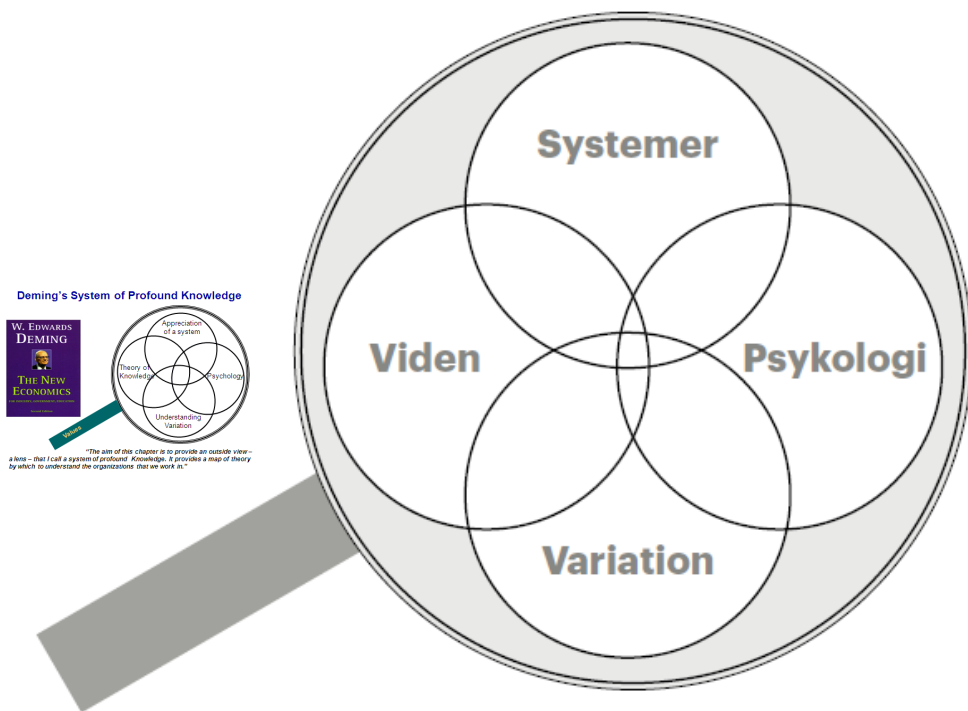
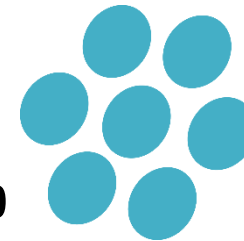
Godmorgen – dag 2



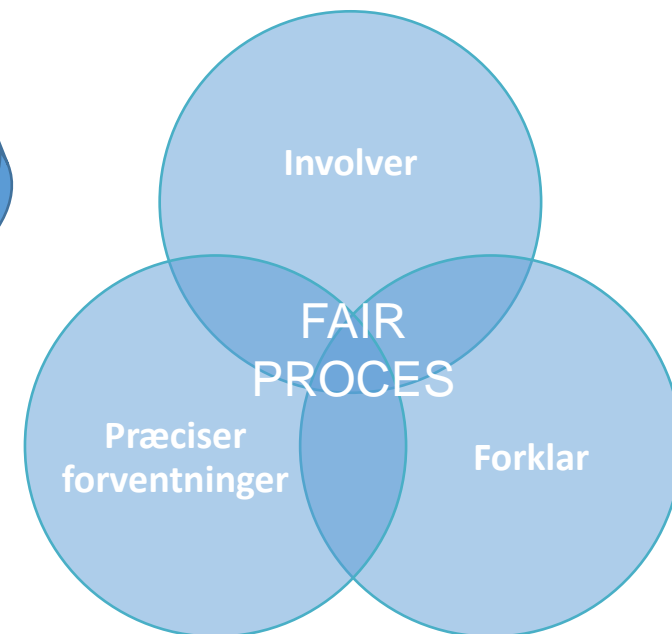
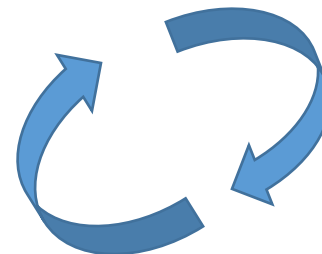
Arbejdspakke 4

FAIR PROCES

Implementering – KOM I GANG ...



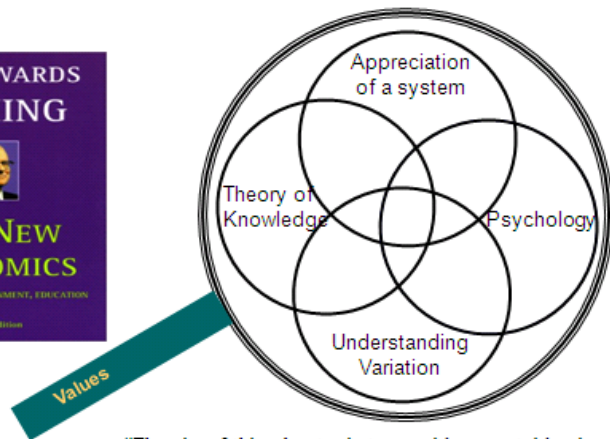
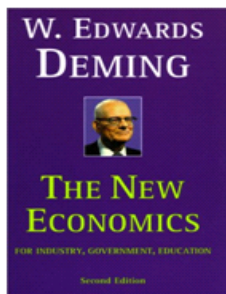
Kilde: System of Profound Knowledge
Udviklet af Edward Deming



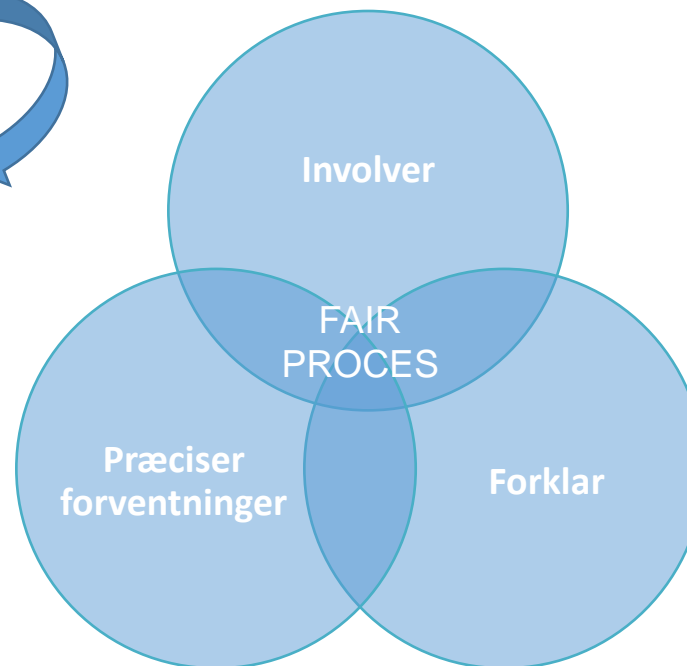
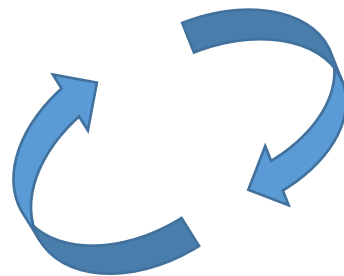
Kilde: Bo Vestergaard
Fair proces (2013), <http://www.fairproces.dk/wp-content/uploads/2011/12/Mini-artikel-Hvad-er-Fair-Proces>

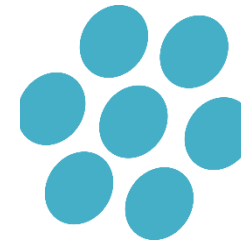
”via dygtig ledelse af forbedring kan vi forbedre kvaliteten og samtidig reducere omkostningerne”

Deming's System of Profound Knowledge



“The aim of this chapter is to provide an outside view – a lens – that I call a system of profound Knowledge. It provides a map of theory by which to understand the organizations that we work in.”



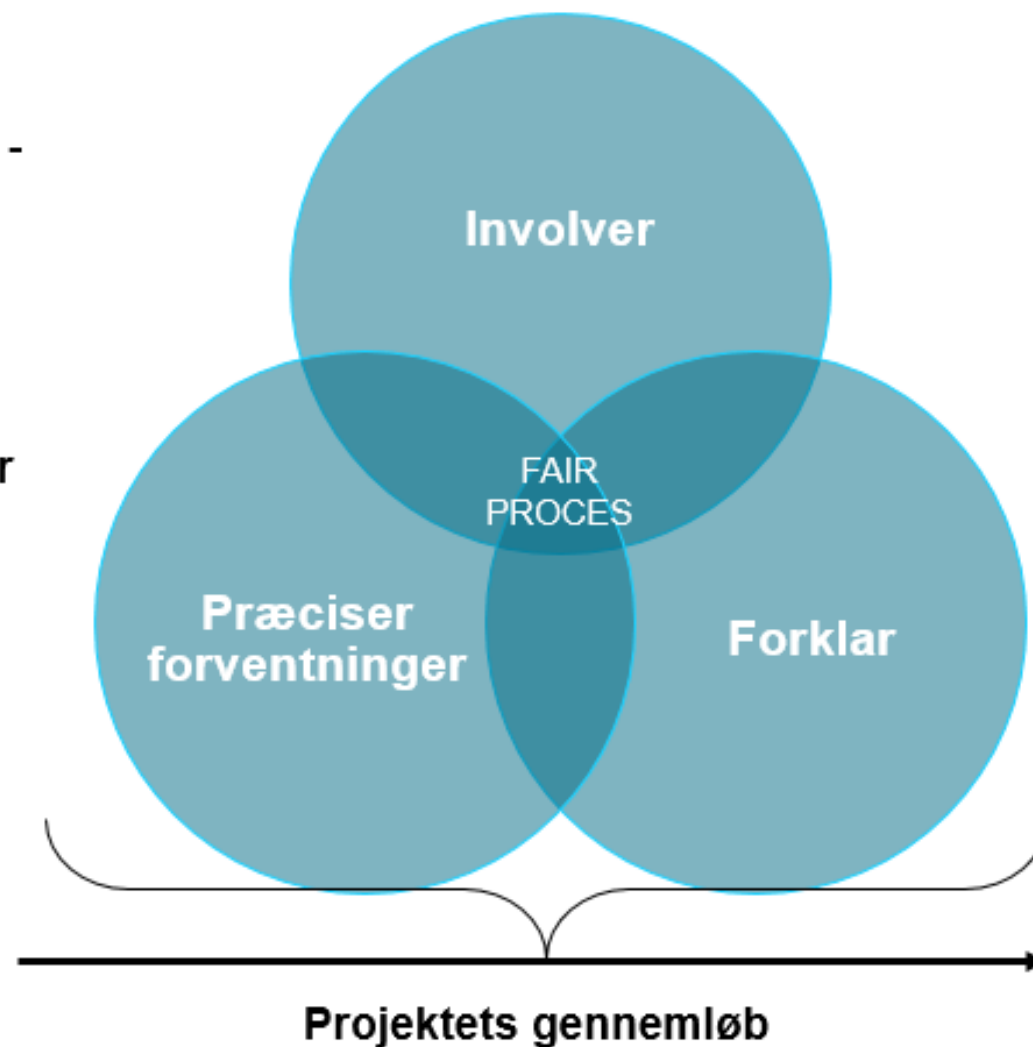


FAIR PROCES

Alle tre principper:

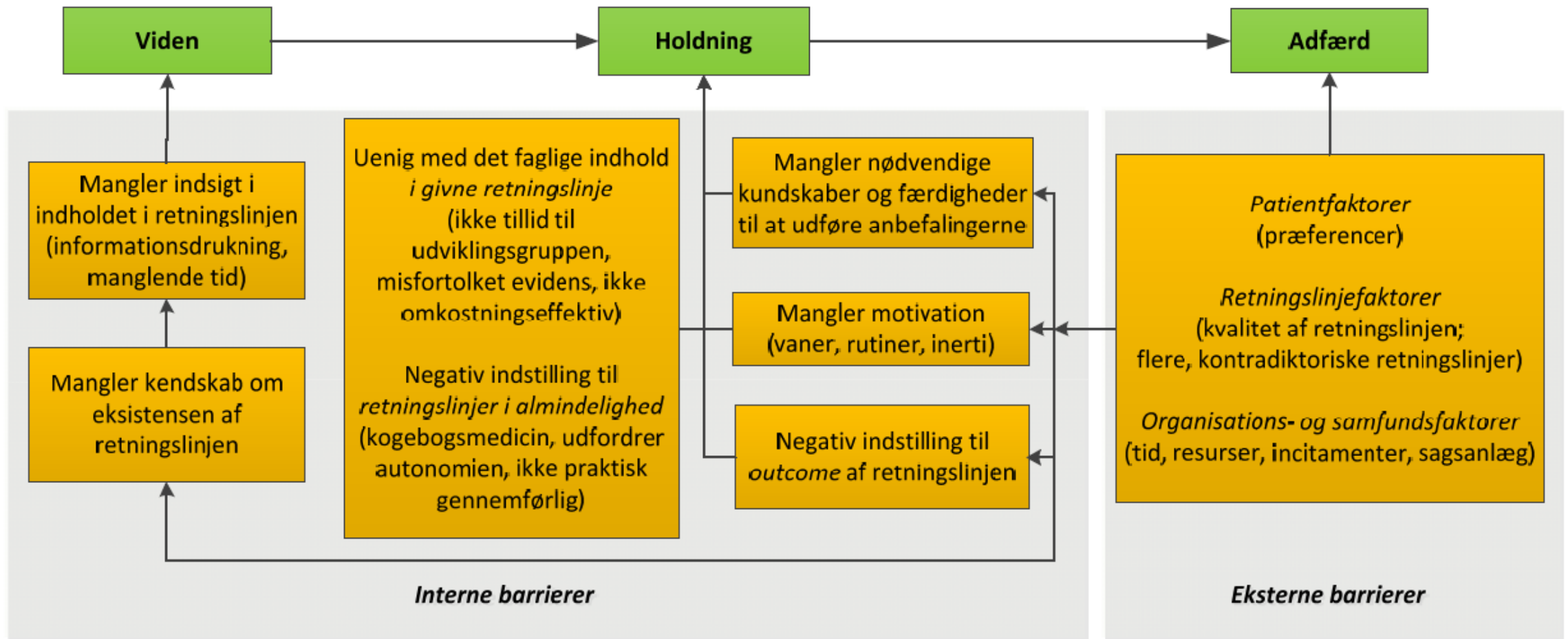
– involver, forklar, præciser forventninger -
skal være i spil,
for at de involverede oplever
processen som "fair".

**Mangler blot et af elementerne,
kan processen blive oplevet som unfair
og en negativ dynamik træder i kraft**



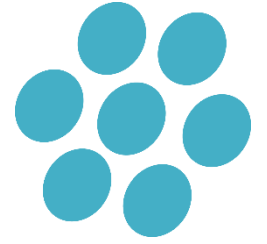
Cabanas model

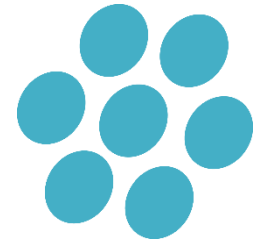
- har særligt fokus på det sundhedsfaglige personale – og barrierer



Fair

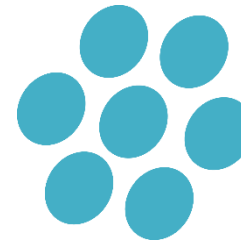
Proces





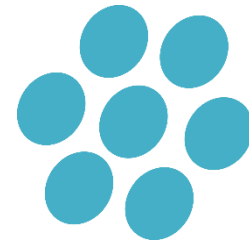
Arbejdspakke 5

MUSIQ-score - selvevaluering



MUSIQ SCORE – Hvad og hvordan

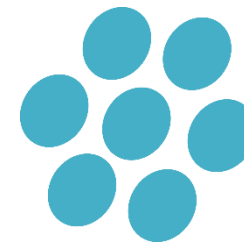
- Bruges til at forstå og identificere kontekstens betydning i forbedringsarbejde
- Giver jer en indikation på, hvor I skal sætte ind, så I kan få de bedst mulige arbejdsbetingelser i jeres forbedringsarbejde
- Består af 25 kontekstafhængige faktorer, som har indflydelse på, om kvalitetsforbedringer lykkes



MUSIQ Score – udfyldelse

	Helt enig			Hverken enig eller uenig			Helt uenig	Ved ikke /ikke relevant
5	7	6	5	4	3	2	1	0
6 Udsagn								
7 De øverste ledere i min organisation er direkte involveret i kvalitetsforbedringsaktiviteter			5					
8 Mindst én bestemt leder i min organisation støtter specifikt dette forbedringsprojekt		6						
9 Denne organisation finder ikke kvalitetsforbedring værdifuldt					3			
10 Kvalitetsforbedring er grundigt indarbejdet i denne organisation				4				
11 Medarbejderne får uddannelse og oplæring i, hvordan de kan identificere og handle på kvalitetsforbedringsmuligheder ¹					3			
12 Medarbejderne får uddannelse og oplæring i statistik og andre kvantitative metoder, der understøtter kvalitetsforbedringer ¹					3			
13 Medarbejderne får den nødvendige uddannelse og oplæring til at forbedre deres færdigheder og arbejdsindsats ¹					3			
14 Medarbejderne anerkendes for at lave kvalitetsforbedringer ¹		6						
15 Dette forbedringsprojekt er afstemt med organisationens overordnede strategiske målsætninger			5					
16								

Opgave



Hvad blev jeres samlede score? _____

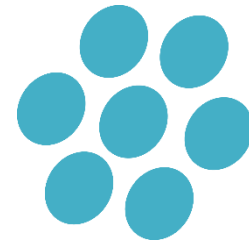
Vurdering af den samlede score	
168	Højest mulige MUSIQ score
120-168	Projektet har gode chancer for at blive vellykket
80-119	Projektet kan blive vellykket, men der er mulige kontekstafhængige barrierer
50-79	Projektet har alvorlige kontekstafhængige problemer og har ringe muligheder for at blive vellykket
25-49	Projektet bør ikke fortsætte som det er; overvej at udnytte ressourcerne til andre forbedringsaktiviteter
24	Lavest mulige MUSIQ score når alle udsagn er besvaret
1	Lavest mulige MUSIQ score (udsagn er besvaret med ved ikke eller ikke relevant)

**Drøft jeres resultater i teamet - Hvilke tre handlinger vil I iværksætte på baggrund af jeres drøftelser?
Husk at beskrive, hvem, hvad, hvor og hvornår?**

1.

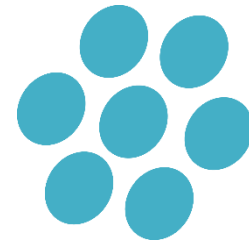
2.

3.



Vi anbefaler:

- At I så vidt muligt udfylder MUSIQ Score sammen i teamet og helst sammen med nærmeste leder.
- At I udfylder den hurtigst muligt, så I kan handle på eventuelle barrierer (skal være udfyldt inden andet læringsseminar og som minimum igen inden 3 læringsseminar.



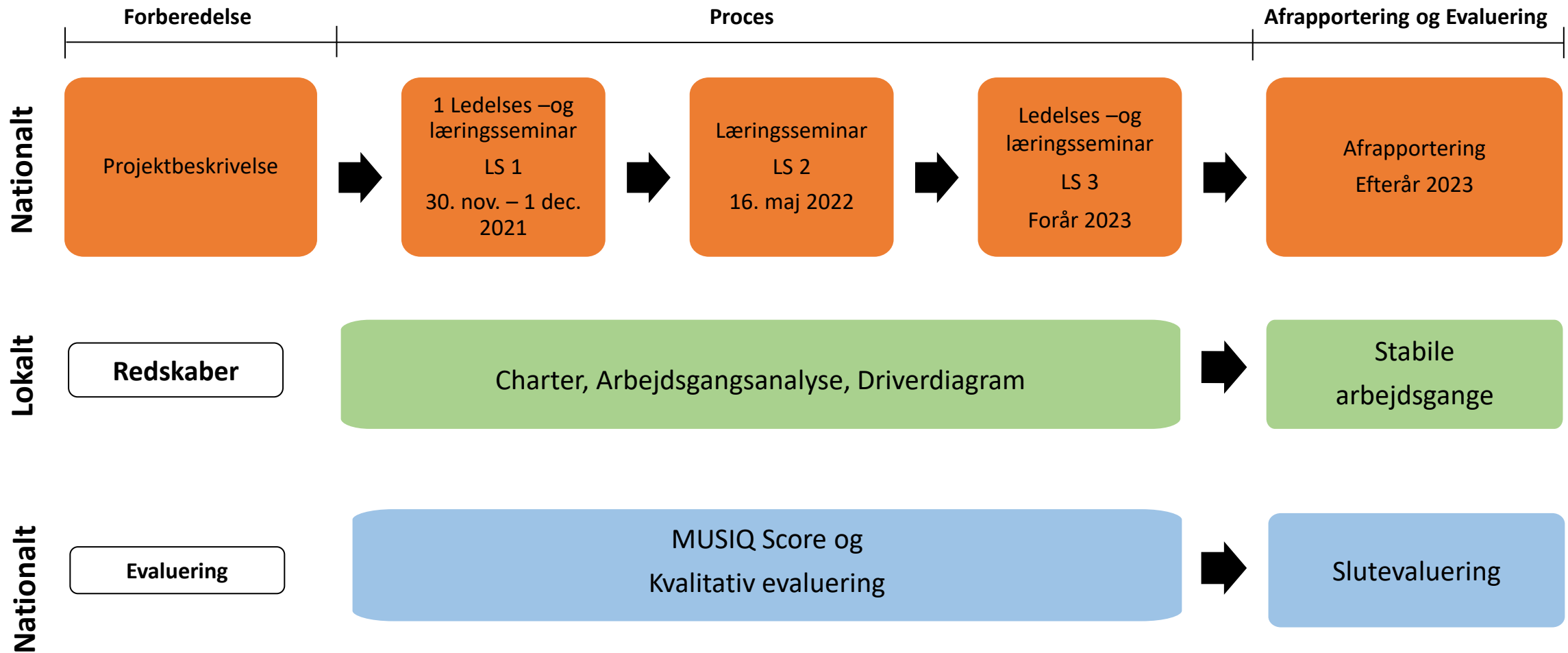
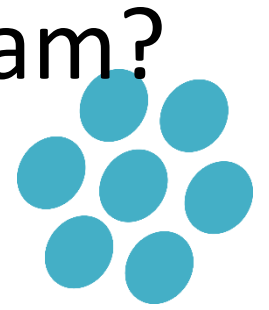
LKT Evalueringssystem

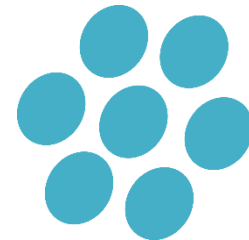
- MUSIQ score
- Kvalitativ evaluering
- Slutevaluering



Afsluttende rapport

Hvordan arbejder et lærings- og kvalitetsteam? - Fælles evalueringssystem

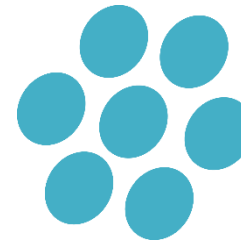




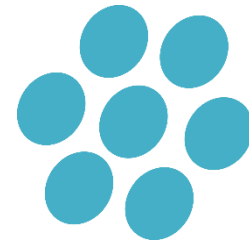
Kvalitativ evaluering

Spørgeskema med kvalitative spørgsmål
- med udgangspunkt i Jeres MUSIQ Score

- Spørgsmål i relation til organisation og understøttelse af jeres lokale forbedringsarbejde i teamet
- Spørgsmål om indsamling og anvendelse af data
- Supplerende generelle kommentarer om forbedringsarbejdet



Team/afdeling:	Hospital:	Region:
1. Spørgsmål i relation til organisation og understøttelse af jeres lokale forbedringsarbejde i teamet		[Indsæt MUSIQ score]
a) I har i jeres forbedringsteam udfyldt MUSIQ i forhold til understøttelse af jeres forbedringsarbejde. Hvad er jeres samlede MUSIQ score?		
b) Hvilke overvejelser har I om jeres MUSIQ score?		
c) Hvis I skal øge jeres MUSIQ score, hvilke former for lokal og regional understøttelse har I så behov for?		
2. Spørgsmål om indsamling og anvendelse af data		
a) Indsamler I tidstro data – fx til at monitorere procesmål?		
b) Hvis ja: Hvad fungerer godt i forbindelse med indsamling af tidstro data?		
c) Hvis ja: Hvad fungerer ikke godt i forbindelse med indsamling af tidstro data?		
d) Anvender I tidstro data?		
e) Hvis ja: Hvad fungerer godt i forbindelse med at anvende tidstro data?		
f) Hvis ja: Hvad fungerer ikke godt i forbindelse med at anvende tidstro data?		
g) Giver dette anledning til handlinger – hvilke?		
3. Supplerende generelle kommentarer om forbedringsarbejdet		
a) Hvad fungerer godt i forbedringsarbejdet?		
b) Hvad fungerer ikke så godt i forbedringsarbejdet?		
c) Giver dette anledning til handlinger – hvilke?		
4. Andre bemærkninger		



MUSIQ Score kan hentes her

<https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams/musiq-score-og-e-laeringskursus>

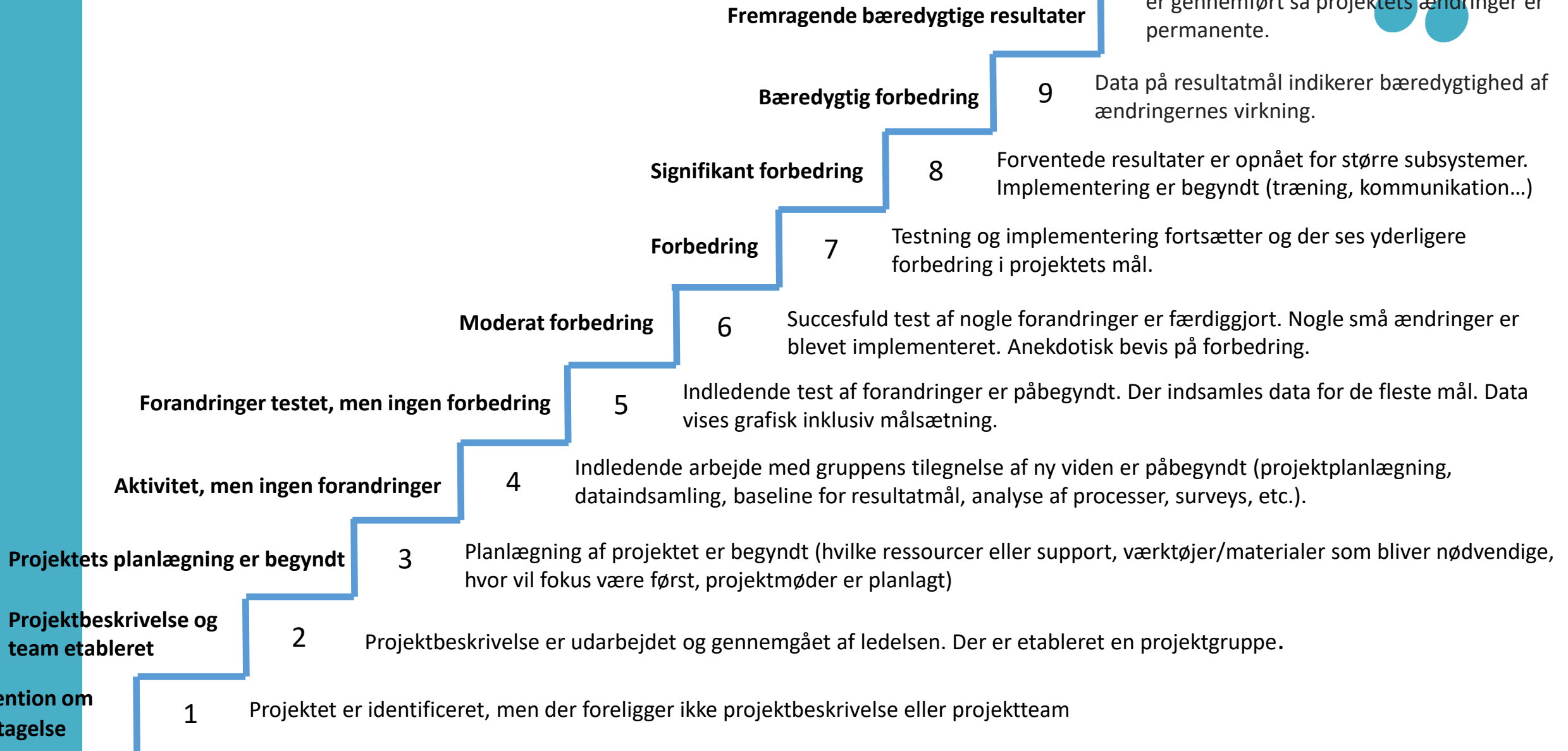
WWW.kvalitetsteams.dk

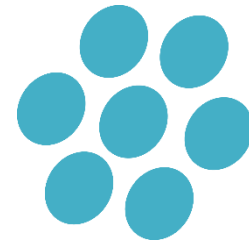


Spørgsmål?



Projektets udviklingstrin



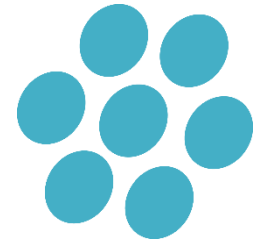


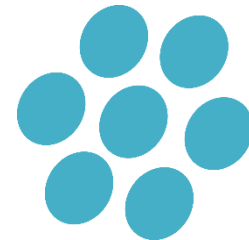
Teamtid!

Opgaven frem til kl. 11.30 er:

- Udfyld MUSIQ-Score
- Arbejde videre med driverdiagram
- Lav aftaler for nærmeste fremtid – brug evt kalenderen 😊

Når vi arbejder sammen undgår vi...



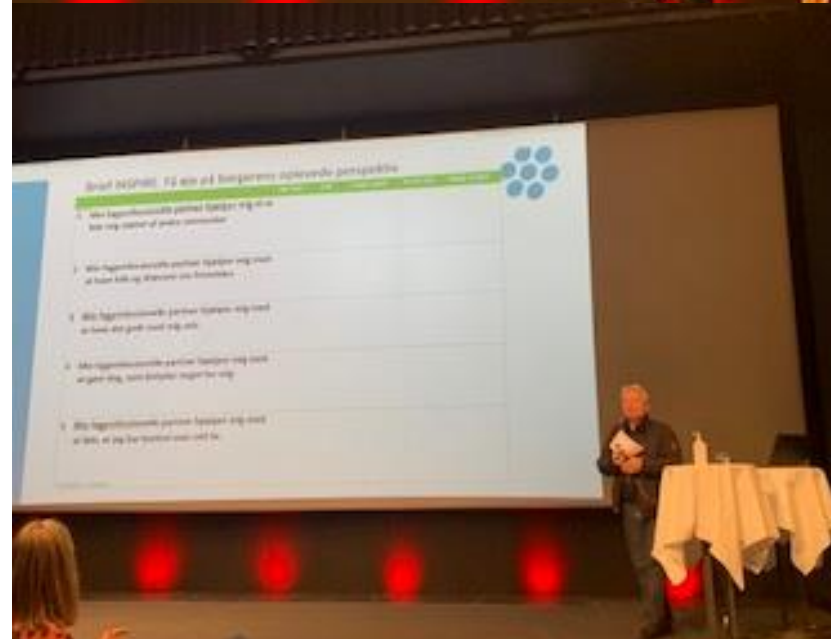
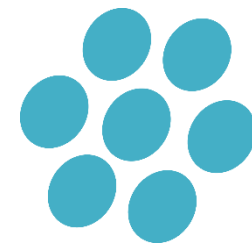


Fælles afrunding

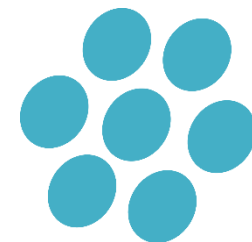
I Teatersalen kl 11.30

v/ Tina Gram Larsen

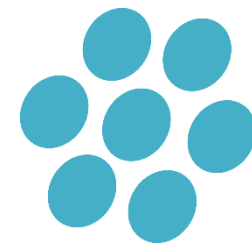
Tak til oplægsholdere



Tak for god energi og gensidig inspiration

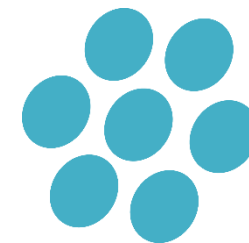


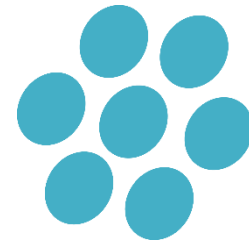
Hvad jeg tager med hjem....



- Patientperspektivet
 - Fælles beslutningstagning som metode
 - Huske at give patienter/borgere kontrollen tilbage
 - Sproget: Måden vi taler på, skaber en forandring
- Det Tværsektorielle samarbejde
 - Fælles sprog
- Systematisk kontrolarbejde
 - Brug redskaber
- At huske at være nysgerrig

Tak for nu og kom sikkert hjem





På gensyn til læringsseminar i LKT-tvang den 16. maj 2022

Hjemmeside:

<https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams/lkt-tvang-i-psykiatrien>