

Afsluttende rapport

LKT NEDBRINGELSE AF TVANG I PSYKIATRIEN

December 2023



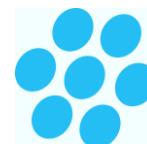


Indhold

Forord.....	3
1 – Baggrund for og igangsættelse af LKT Tvang	4
2 – Projektets fokusområder, herunder målsætninger	4
3 – Initiativer og indsatser.....	5
4 – Resultater - Indikatorer	7
5 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater	8
6 - Læringspunkter med relevans for fremtidige tværsektorielle LKT'er	9
7 – Lokal status fra de deltagende teams	11
7.1 - Hovedstaden – Voksensporet samt Børne- og ungesporet.....	11
7.2 - Sjælland – Voksensporet, Psykiatrien Vest.....	13
7.3 - Sjælland – Voksensporet, Psykiatrien Syd	15
7.4 - Sjælland – Børne- og ungesporet.....	17
7.5 - Syddanmark – Voksensporet	20
7.6 - Syddanmark – Børne- og ungesporet.....	22
7.7 - Midt – Voksensporet	24
7.8 - Midt - Børne- og ungesporet	26
7.9 - Nordjylland – Voksensporet.....	31
7.10 - Nordjylland - Børne- og ungesporet.....	36

Indikatoroversigt og diagrammer findes som bilag i separat fil

Bilag 1	Indikatoroversigt – Voksensporet
Bilag 2	Indikatoroversigt – Børne- og ungesporet
Bilag 3	Diagrammer – Region Hovedstaden – Voksensporet
Bilag 4	Diagrammer – Region Hovedstaden – Børne- og ungesporet
Bilag 5	Diagrammer – Region Sjælland – Voksensporet Vest
Bilag 6	Diagrammer – Region Sjælland – Voksensporet Syd
Bilag 7	Diagrammer – Region Sjælland – Børne- og ungesporet – Region Sjælland
Bilag 8	Diagrammer – Region Sjælland – Børne- og ungesporet – Platangården
Bilag 9	Diagrammer – Region Syddanmark – Voksensporet
Bilag 10	Diagrammer – Region Syddanmark – Børne- og ungesporet
Bilag 11	Diagrammer – Region Midtjylland – Voksensporet
Bilag 12	Diagrammer – Region Midtjylland – Børne- og ungesporet
Bilag 13	Diagrammer – Region Nordjylland – Voksensporet
Bilag 14	Diagrammer – Region Nordjylland – Børne- og ungesporet



Forord

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at sige et stort TAK til alle de lokale teams og ledelser, der har deltaget i LKT vedr. nedbringelse af tvang i psykiatrien – og også tak til ekspertgruppen, der lagde de første sten. Vi har arbejdet med en kompleks problemstilling om forebyggelse og nedbringelse af tvangsindlæggelser, hvilket er gjort med en stor arbejdsindsats og engagement.

Vi har haft fokus på særligt to indsatses. Det er udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for voksne samt trygheds- og forebyggelsesplaner for børn og unge. Derudover har der været fokus på tværsektorielle netværksmøder, hvor de forskellige aftaler og planer skulle drøftes – og det hele under rammen *fælles beslutningstagning*.

Der er ingen tvivl om, at lovgivningen på flere punkter har ”spændt ben” for arbejdet i de lokale teams. For det første har vi ikke direkte adgang til data og dokumenter på tværs af sektorer. For det andet skal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udarbejdes og revideres under hver indlæggelse. Og det ved vi er svært ved meget korte, hyppige indlæggelser – særligt når fokus er tværsektorielt. Jeg håber, at vi på et tidspunkt kommer dertil, at aftalerne i stedet ses som et samarbejdsredskab, der løbende bliver revideret sammen med patienten i det tværsektorielle forløb.

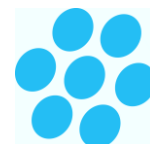
På trods af udfordringer er det lykkedes at skabe velfungerende, tværsektorielt forankrede teams. Og der berettes om, hvordan det tværsektorielle samarbejde gennem dette LKT er blevet styrket. Vi er rykket tættere på hinanden – og har fået en større forståelse for hinandens kontekster. Samtidig har de lokale teams været gode til at hente inspiration fra hinanden på tværs af landet. Det har været en fornøjelse at følge.

Det tværsektorielle samarbejde er helt afgørende og centralt, hvis vi fortsat skal arbejde med at forebygge tvangsindlæggelser. En styrkelse af det tværsektorielle samarbejde fremhæves ligeledes i 10-årsplanen for psykiatrien. Så selvom det er vanskeligt og udfordrende, så ved vi fra tidligere erfaringer at det bliver bedre og lettere med tiden.

Til slut vil jeg sige, at selvom projektet har været udfordrende og data ikke alle steder viser de ønskede resultater – så HOLD FAST, HOLD VED - for vi har gang i noget godt. Vi har gang i en tværsektoriel bevægelse, en bevægelse som vi fremadrettet skal have meget mere af.

Lægefaglig direktør Tina Gram Larsen, Psykiatrien i Region Nordjylland

Formand for ekspertgruppen for LKT Nedbringelse af tvang i psykiatrien (LKT Tvang)



1 – Baggrund for og igangsættelse af LKT Tvang

Psykatrien i Danmark har gennem flere år arbejdet fokuseret med forebyggelse og nedbringelse af tvang, fx via ”Det nationale gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien”, ”Projekt Sikker Psykiatri” og ”Projekt bæltefrit afsnit” samt i regi af ”Partnerskabsaftalen (2014-2020)”. Det er dog ikke en let opgave, og både nationale og internationale erfaringer viser, at der ikke findes enkle løsninger på forebyggelse og nedbringelse af tvang. Der skal mange og forskelligartede interventioner samt vedvarende fokus til, før effekter kan ses.

Opgaven er kompleks, og det er blevet mere og mere tydeligt, at der både er brug for tværsektorielle indsatser på tværs af region og kommune og større fokus på den ambulante del af psykiatrien samt en langt højere grad af patient- og pårørendeinddragelse for at kunne forebygge, at borgere/patienter bliver så dårlige, at de bringes i en situation, hvor tvang bliver uundgåeligt.

I april 2019 besluttede den nationale Styregruppe for lærings- og kvalitetsteams at udpege fokusområdet ”Nedbringelse af tvang i Psykiatrien” som et område, hvor der skulle etableres et nationalt LKT med et tværsektorielt sigte. Region Nordjylland blev bedt om at varetage den nationale projektledelse. Projektbeskrivelsen for LKT Tvang blev godkendt af LKT styregruppen den 5. maj 2021. Derefter er der nedsat lokale tværsektorielle teams i hhv. voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

LKT Tvang blev skudt endeligt i gang med første ledelses- og læringsseminar den 30. november til 1. december 2021. Andet læringsseminar blev afholdt den 16. maj 2022 og tredje ledelses- og læringsseminar den 22.-23. maj 2023. Projektet blev afsluttet med en virtuel afslutningsseance den 1. december 2023.

Mellem læringsseminarerne blev der afholdt nedenstående virtuelle netværksmøder målrettet de lokale tovholdere:

- Roller og forventninger, indikatorer, dataskabelon samt netværk (04/11-21)
- Arbejdet med MUSIQ-score (12/01-22)
- Overordnet introduktion til Storyboard mhp. forberedelse til læringsseminar 2 og erfaringsudveksling (22/03-22)
- Forberedelse til læringsseminar 2 (Storyboard mm.) (27/04-22)
- Fælles beslutningstagning i psykiatriens praksis (14/09-22)
- Erfaringsudveksling og inspiration omkring LKT Tvangs primære drivere (25/10-22)
- Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner (08/12-22)
- Det tværsektorielle perspektiv (18/01-23)
- Generel sparring (16/03-23)
- Forberedelse til ledelses- og læringsseminar (10/05-23)
- Tilbagekig på sidste seminar, evaluering af netværksmøderne samt info om afslutningsevent (13/09-23)

2 – Projektets fokusområder, herunder målsætninger

Det overordnede mål med LKT Tvang har været (via en målrettet tværsektoriel indsats) at reducere antallet af patienter, der tvangsindlægges.

Der var fokus på følgende to indsatser:

- Tværsektorielle planer (udskrivningsaftaler/koordinationsplaner for voksne samt trygheds- og forebyggelsesplaner for børn og unge)
- Tværsektorielle netværksmøder

Den overordnede teoretiske referenceramme var *fælles beslutningstagning*.

I LKT Tvang har der været følgende målgrupper:



Voksensporet:

- Indlagte patienter, der får udarbejdet en udskrivningsaftale/koordinationsplan
- Frivilligt: Udvalgte få ambulante patienter med komplekse forløb og/eller stor risiko for tvangsindlæggelse. Patienterne tilbydes elektiv indlæggelse (kortvarig), så der kan udarbejdes en udskrivningsaftale/koordinationsplan

Børne- og ungesporet:

- Børn og unge fra 12 år i psykiatrien, der er anbragt på døgntilbud, 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.

3 – Initiativer og indsatser

LKT Tvang var det første tværsektorielle LKT – og det har givet både udfordringer og gevinster. De lokale teams har arbejdet med forskellige kulturer, sprog, metoder, IT-systemer og ikke mindst lovgivning.

Der blev nedsat lokale teams i alle fem geografiske områder af landet indenfor både voksenområdet og børne- og ungeområdet – i alt 11 teams har været i gang. Hovedparten var tværsektorielle - enkelte steder måtte man nøjes med tværsektoriel inddragelse ad hoc. Det var ikke en let opgave, og de fleste steder tog det lang tid at finde - og ikke mindst bibeholde - de rette samarbejdspartnere på tværs gennem projektet. Teams, der i forvejen havde erfaring med et godt tværsektorielt samarbejde, havde en klar fordel.

Patient- eller pårørende-peers indgik i forbedringsarbejdet, enten som menige medlemmer af forbedringsteamet, ad hoc eller via brugerpaneler, sparringsgrupper, brugerinterviews eller lignende. Tilbagemeldingerne fra de lokale teams var, at inddragelse af peers gav andre perspektiver på, hvad der kunne virke forebyggende i forhold til tvangsindlæggelser.

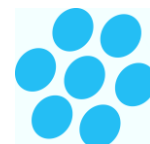
Det lykkedes ikke alle steder at få ledelserne til at indgå som medlemmer af de lokale teams – men de fleste steder blev der lavet lokale styregrupper og/eller ledelserne blev inddraget ved behov. Det er tydeligt, at det har fungeret særligt godt de steder, hvor der har været kontinuerlig tværsektoriel ledelsesopbakning i form af tydeligt mandat, ledelsesmæssigt fokus og prioritering. Bedre kendskab til hinanden på lederniveau har øget samarbejdet omkring de mere komplekse patienter/borgere.

De lokale teams har udført arbejdsgangsanalyser i forhold til, hvordan der arbejdes med de forskellige aftaler/planer samt netværksmøder. Flere steder har arbejdet omkring fx udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt netværksmøder tidligere været meget personafhængigt – og arbejdet skulle i stedet sættes i system – og andre faggrupper skulle inddrages. Samtidig har det været en ny opgave at få en langt mere tydelig inddragelse af og samarbejde med patienten og dennes eventuelle pårørende/netværk. Det har krævet vilje og tålmodighed hos alle parter – og også nye arbejdsgange på tværs.

Trygheds- og forebyggelsesplanen til børn og unge er et nyt redskab, og derfor har forbedringsteams på børn og ungeområdet brugt en stor del af projektperioden på at udvikle dette arbejdsredskab - mange steder i samskabelse med peers.

Det centrale for alle teams har været at få samlet de relevante tværsektorielle oplysninger og patientens ønsker og behov i en aftale/plan, der sikrer sammenhæng og rød tråd i patientens forløb. Det tager dog tid at udarbejde form og indhold i planerne i en tværsektoriel og samskabende proces og samtidigt sikre, at den ikke forsvinder i mængden af andre planer. Samtidig er det vigtigt at aftaler/planer opstartes så tidligt i forløbet, som det kan lade sig gøre.

Der har også lokalt været fokus på at sikre, at de enkelte aftaler/planer havde den nødvendige kvalitet, hvilket har krævet fokus og også undervisning af personalet. Derudover har det også været nødvendigt at få et overblik over andre eksisterende planer, så fx den nye trygheds- og forebyggelsesplan for børn og unge ikke forsvandt i mængden og samtidig blev udarbejdet med udgangspunkt i de unges ønsker.



Hvad har så været særligt udfordrende? Her har lovgivningen spillet en stor rolle. For det første har fagprofessionelle på tværs af sektorer ikke adgang til de samme dokumenter. For det andet skal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udarbejdes og revideres under indlæggelse. Det er en kæmpe udfordring særligt ved de meget korte, hyppige indlæggelser, hvor der er mange skift. Det er svært at nå at udarbejde eller revidere de relevante planer – særligt med inddragelse af tværsektorielle samarbejdspartnere, patienten og dennes pårørende. Her kunne et ønske være, at aftalen/planen i stedet blev set som et samarbejdsredskab på tværs af patientens forløb.

På trods af de iboende lovgivningsmæssige udfordringer har de lokale teams formået at styrke det tværsektorielle samarbejde. Nogle teams har sat patienter med stor kompleksitet og behov for tværsektorielt samarbejde på en liste, så personalet bedre kan huske fokus på netop disse patienter. Flere teams har også været inspireret af Syddanmarks Blitz-analyse til analyse af tvangsindlæggelsesforløb. Der er her tale om et analyseformat, hvor der på tværs af funktioner og sektorer bliver kastet lys på en tvangsepisode i et kort øjeblik (virtuelt møde på max 15 minutter, der fx afholdes en gang ugentligt).

Der har i de lokale teams været fokus på at øge antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (voksne) samt udvikle og afprøve konceptet med trygheds- og forebyggelsesplaner, herunder at kvalificere indholdet af aftaler/planer. Generelt er tilbagemeldingerne, at det er et arbejde, der giver mening – og at de nye trygheds- og forebyggelsesplaner kan skabe en bedre overgang til voksenpsykiatrien. Fokus har også været på andre dokumenter, fx udarbejdelsen af krise-/mestringsplaner og forhåndstilkendegivelser. De forskellige dokumenter skal ses som redskaber, som patienten har ejerskab til og som kan hjælpe den enkelte både under indlæggelse og i et ambulant forløb.

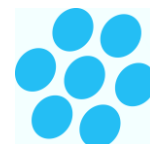
Det er meget forskelligt, hvor meget der er blevet arbejdet med *Fælles beslutningstagning*, der fungerede som ramme for LKT Tvang. Nogle anvendte allerede kendte værktøjer, mens andre fik decideret undervisning i, hvordan der fx afholdes netværksmøder eller i forbedringsmetoder. Det kræver en kæmpe indsats at implementere *Fælles beslutningstagning* i form af kulturændring, kompetenceudvikling og udvikling af metoder. Udfordringen har ikke været mindre i et tværsektorielt LKT, da fx region og kommune ikke automatisk har haft kendskab til og anvendt sammen sprog og metoder. Her har der været et arbejde i at afklare, hvorledes de har kunnet supplere hinanden og spille godt sammen.

Fokus på patient- og pårørendeinddragelse har været en hjørnesten i projektet. Det ser heldigvis ud til at have fungeret rigtigt godt de fleste steder. Der er dog ingen tvivl om det gode i at få inddraget og samarbejdet med den konkrete patient og dennes pårørende/netværk, så deres viden og indblik bliver udnyttet bedst muligt.

En måde at få inddraget målgruppen ses fx i et af de lokale teams i børne- og ungesporet (samarbejde mellem Århus Kommune, Holmstrupgård og Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i Region Midt). De har på tværs af alle enheder udviklet en digital app, som den unge oprettes i (efter positivt samtykke). I appen kan den unge tilgå og redigere i "Min Plan" og se korte videofilm omkring forberedelse til "Mit Møde" mm. Den unge kan ligeledes skrive beskeder til sin daglige tovholder på bostedet.

Målet har været at give den unge information, på det tidspunkt der passer den unge og fx også mulighed for at få direkte kommunikation med tovholder på bostedet. Herudover er der også mulighed for at kunne forberede sig til det kommende møde. I samarbejde med den unge - og med udgangspunkt i dennes ønsker/behov – er der blevet arbejdet med hhv. øget trivsel, tryghed, ejerskab over forløb, oplevelse af sammenhæng i egen behandling, inddragelse af patienten selv, familien og netværket samt udarbejdelse af "Min Plan".

Som et frivilligt supplement til målgruppen for de voksne blev det i projektbeskrivelsen anbefalet, at de lokale teams udpegede et mindre antal af de ambulante patienter, der har de mest komplekse forløb og/eller stor risiko for en tvangsindlæggelse. De kunne få en kort, struktureret, frivillig og elektiv indlæggelse med det specifikke formål at drøfte, hvordan man bedst forebygger fremtidig tvang – og få udarbejdet en udskrivningsaftale. Kun på Sjælland (Voksenspor Syd) har der været initiativer i den retning. Der har de flere patienter, som har en "særaftale" i forhold til, at de kan komme direkte i afsnittet og ikke skal igennem en samtale og vurdering i PAM. Teamet vurderer at det har været en stor succes - og særligt når patientens problemer ikke kun er den psykiske tilstand.



LKT Tvang har i høj grad været et kulturforandringsprojekt – særligt i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Derfor er det også et projekt, der har taget tid af få implementeret. LKT-sekretariatet i Region Nordjylland vurderer dog, at der på trods heraf har været en god fremdrift og opbakning – selvom der også har været flere udfordringer. Resultaterne skal huskes at ses i lyset af afgrænsede målgrupper og en startimplementering, der nogle steder har taget længere tid end forventet.

Der har i de enkelte teams været et styrket samarbejde på tværs af sengeafsnit, ambulans psykiatri, kommune mv. ”Kendskab giver venskab” blev det sagt på det tredje læringsseminar - og det går igen i tilbagemeldingerne fra de lokale teams. Det har været værdifuldt at få lært hinanden at kende – både personligt og fagligt på tværs af enheder. Herunder at få kendskab til de forskellige metoder, der anvendes.

Der er således kommet et øget fokus og kendskab til hinanden på tværs af enheder og sektorer. Der er fokus på det særligt komplekse, det tværsektorielle, opbygning af relationer og forståelse af hinanden. Det har krævet tålmodighed og viljen og evnen til at holde fast, når det er svært. Desuden er der kommet et øget fokus på at få udarbejdet de lovbestemte udskrivningsaftaler og koordinationsplaner – og nu med øget fokus på tvangsforebyggelse.

4 – Resultater - Indikatorer

Generelt ses der en stigning i tvangsindlæggelser og tvangshændelser for de fleste teams både for voksen- og børnesporet. For voksesporet var der en positiv udvikling i andelen af netværksmøder og udskrivningsaftaler.

Voksesporet

Nedenstående tabel viser, hvordan indikatorerne har udviklet sig i perioden siden den officielle projektstart i januar 2022 og frem, når man anvender statistisk proces kontrol til at analysere data.

Tabel 1 – Indikatoroversigt med SPC-status i projektperioden, Voksesporet

	Hovedstaden	Sjælland Syd	Sjælland Vest	Syddanmark	Midt	Nordjylland
R1 Tvangsindlæggelser, berørte	Få obs.	Fald	Stigning	Uændret	Stigning	Stigning
R2 Tvangsindlæggelser, antal	Få obs.	Fald	Uændret	Stigning	Stigning	Stigning
F1 Tvangshændelser, berørte	Få obs.	Uændret	Stigning	Uændret	Stigning	Stigning
F2 Tvangshændelser, antal	Få obs.	Fald	Uændret	Stigning	Stigning	Uændret
F3 Magtanvendelse, berørte	-	-	-	-	Få obs.	-
F4 Magtanvendelse, antal	-	-	-	-	Få obs.	-
V1 Andel patienter m. UA/KP	Få obs.	Stigning	Stigning	Stigning	Stigning	Fald
V2 UA ift. KP+UA	Få obs.	Stigning	Uændret	Stigning	Stigning	Uændret
V3 - Andel årlige netværksmøder	-	-	-	-	Uændret	Opfyldt
V4 - Andel årlige revurderinger	-	-	-	-	Fald	Opfyldt

”Få obs.” betyder at der er for få obs. til at lave en konklusion med SPC-reglerne. Det betyder ikke at der er få hændelser indenfor den enkelte indikator.

For voksne var en stigning i tvangsindlæggelser (R1 og R2) hos tre deltagende enheder. Der var også sket en stigning i tvangshændelser (F1 og F2) for hhv. tre deltagende enheder for F1 og to deltagende enheder for F2. Et enkelt team så et fald i tvangsindlæggelser (R1 og R2) og antal tvangshændelser (F2). Det skal bemærkes, at mange stigninger ikke sker på samme tid, som projektindsatserne er blevet iværksat, flere stigninger begynder allerede i 2021. Det vurderes derfor, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem projektindsatserne og stigningerne i tvang.

Der er sket positiv udvikling i brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (V1 og V2) hos de fleste teams. Det er også her, at man kan se den mest direkte effekt af projektindsatsen - og alle projekter



har haft stort fokus på at lave UA/KP. Det er positivt, at mange spor lykkedes med at anvende disse i stigende grad. Særligt fordi der er en stærk formodning om, at gode tværsektorielle planer udarbejdet sammen med patienten på sigt kan forebygge tvang, selvom indsatsen selvfølgelig ikke kan stå alene. For flere teams var der ikke data på andel årlige netværksmøder og revurderinger (V3 og V4). Et af de team der havde data på dette lykkedes med at opfylde målsætningerne for indikatorerne.

Børne- og ungesporet

Nedenstående tabel viser, hvordan indikatorerne har udviklet sig i perioden siden den officielle projektstart i januar 2022 og frem, når man anvender statistisk proces kontrol til at analysere data.

Tabel 2 – Indikatoroversigt med SPC-status i projektperioden, Børne- og ungesporet

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midt	Nordjylland
R1 Tvangsindlæggelser, berørte	Uændret	Stigning	Stigning	Få obs.	Få obs.
R2 Tvangsindlæggelser, antal	Uændret	Stigning	Stigning	Uændret	Få obs.
F1 Øvr. tvangshændelser, berørte	Stigning	Stigning	Stigning	Uændret	Få obs.
F2 Øvrige tvangshændelser, antal	Stigning	Uændret	Stigning	Uændret	Få obs.
F3 Magtanvendelse, berørte	-	-	-	-	-
F4 Magtanvendelse, antal	-	-	-	-	-
BU1 Antal TFP	Få obs.	Få obs.	Stigning	-	-
BU2 Årligt netværksmøde	-	-	-	-	-
BU3 Årlig revurdering	-	-	-	-	-
BU4 Konverteret TFP	-	-	-	-	-

"Få obs." betyder at der er få data til at lave en konklusion med SPC-reglerne. Det betyder ikke at der er få hændelser indenfor den enkelte indikator.

Hos to af de deltagende teams var der en stigning i tvangsindlæggelser (R1 og R2). For øvrige tvangshændelser (F1 og F2) var der en stigning hos hhv. tre og to teams.

Generelt har børne- og ungesporene brugt en stor del af projektperioden på at udarbejde en skabelon for trygheds- og forebyggelsesplanen og fundet hensigtsmæssige arbejdsgange. Derfor har de enkelte teams først senere i processen fået afprøvet og udarbejdet de konkrete planer. Generelt beskrives der rigtig gode småskala-erfaringer med trygheds- og forebyggelsesplanerne. Som en konsekvens af at indsatserne, herunder trygheds- og forebyggelsesplanerne, ikke er udbredt i stor skala i de deltagende enheder, er det endnu for tidligt at se en målbar effekt af projekt-indsatserne.

I denne sammenhæng er det relevant at nævne Sundhedsstyrelsens årlige rapport om "Monitorering af tvang i psykiatrien 2022" (maj 2023), hvor der beskrives en markant stigning i brugen af tvangsindlæggelser af børn og unge under 18 år på landsplan til 181 personer i 2022 fra et niveau på 116 i 2015. Sundhedsstyrelsen skriver videre, at "Årsagerne til stigningen er ikke systematisk undersøgt, og der er et stort behov for mere viden om både årsager og virksomme indsatser på området."

5 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

De lokale teams har hver især nogle indsatser og resultater, som de ønsker at fastholde efter projektafslutning. Det er fx:

- Fortsat at implementere hensigtsmæssige arbejdsgange, så der kan ydes hjælp på rette tid og sted og i samarbejde med patienten
- Styrke det tværsektorielle samarbejde – herunder løbende "Kendskabsbesøg" for at lære hinanden at kende og sikre et kendskab til hinandens arbejde



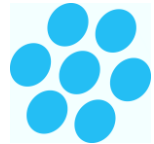
- Samarbejds møder i forhold til fx komplekse patienter, herunder review af det konkrete indlæggelsesforløb
- Blitz-analyser – blandt andet på de patienter, der tvangsindlægges og som har tilknytning til det ambulante
- Yderligere opmærksomhed på udskrivningsaftaler, koordinationsplaner samt trygheds- og forebyggelsesplaner
- Yderligere fokus på netværksmøder
- Fokus på krise- og mestringsplaner, "Min Plan", Mobileteamets "startpakke til nye patienter", ambulante forhåndstilkendegivelser, særaftaler mv.
- Beslutningsstøtteværktøj for pårørendeinddragelse
- Inddragelse af peers som støtte til patienten ved forberedelse og afholdelse af netværksmøder

Det kræver tværgående ledelsesmæssigt fokus, opbakning og opfølgning at fastholde og sprede indsatsene fra LKT Tvang. De relevante indsatser skal systematisk indarbejdes i de daglige arbejds gange. Det kræver kontinuerlig oplæring af personale til udarbejdelsen af de forskellige aftaler og planer, så der er flere personer – og eksempelvis andre faggrupper - der kan varetage opgaverne, også over tid ved personalskift. Samtidig er det vigtigt at afsætte personale til planlægning og styring af fx Blitz-analyser, der har givet stor værdi i LKT Tvang (kræver nogle har ejerskab). Det er vigtigt at have blik for det relationelle samarbejde, idet meget viden er båret af relationer på tværs. Samtidig er det vigtigt at få et fælles sprog med de relevante samarbejdspartnere.

6 - Læringspunkter med relevans for fremtidige tværsektorielle LKT'er

I LKT Tvang er der indsamlet erfaringer, der kan gives videre til både igangværende og kommende tværsektorielle projekter.

- *Delt national projektledelse fra start:* I tværsektorielle projekter bør projektledelsen være delt mellem hovedaktørerne, hvilket ikke har været gældende for LKT Tvang. Det vil give mere ligestyrelshed og ejerskab i projektet – og samtidig sikre, at der tales samme sprog og er kendskab til de relevante metoder. Det vil også gøre en efterfølgende forankring lettere.
- *Ledelse, ledelse, ledelse:* Det kan ikke siges for mange gange, men der er behov for tydelig og fokuseret ledelse. Ledelsen skal være involveret og sætte retningen. Samtidig skal den relevante ledelse sørge for, at teamets medlemmer under hele projektet har de rette betingelser for at kunne løfte opgaven. Det er i den forbindelse vigtigt at genforhandle roller og opgaver ved fx personaleskift, så fremdriften ikke går i stå, særligt når det er så kompleks en opgave som et tværsektorielt LKT er.
- *Sæt det rette team – og juster ved behov:* Sørg for at teamet består af de rette personer med de rette kompetencer og følg op løbende. Skift i teamet tager tid og kan påvirke fremdriften – men det skal ikke afholde teamet i at lave udskiftninger, hvis der er behov for anden sammensætning. Der skal afsættes tid til, at de relevante aktører kan deltage i teamet. Vigtigt at der drøftes roller og ansvar og at disse løbende genforhandles.
- *Tovholder:* Det er yderst vigtigt, at tovholderen klædes på til opgaven, har kalendertid til opgaven og har erfaring med projektledelse og forbedringsarbejde. Ved skift af tovholder er det særligt centralt at sikre god overgang i funktionen, så projektet ikke sættes tilbage. Igen er det vigtigt at genbesøge roller og arbejdsopgaver, når personalesammensætningen ændres.
- *Kompleksitet:* Tværsektorielle projekter kan være meget mere komplekse end projekter i mere homogene enheder. Det kan kræve flere ressourcer og kompetencer og også medføre, at planlægning og udførsel tager betydeligt længere tid. Samskabende processer kan tage lang tid, men det giver også et godt resultat.



- *Fælles kompetenceudvikling:* I LKT Tvang har det ikke været et krav at anvende en bestemt metode indenfor *Fælles beslutningstagning* (men mulighed for at vælge mellem forskellige modeller/værktøjer). Den lokale ledelse havde ansvaret for at sikre, at teamet er/var uddannet/opdateret i Fælles beslutningstagning som tilgang - og de enkelte teammedlemmer skulle inden første ledelses- og læringsseminar også have gennemført e-læringskursus for at få den grundlæggende viden om forbedringsmodellen. Det er dog ikke alle teams, der har følt sig klædt godt nok på og flere har savnet et fælles sprog – særligt når det er forskellige kulturer, der mødes. Derfor kan det overvejes i fremtidige projekter, om der med fordel kan laves fælles national kompetenceudvikling for de deltagende teams tidligt i projektet. Det gælder fx også kompetenceudvikling i forbedringsmodellen, herunder anvendelsen af SPC. Her har alle teams ikke stået lige stærkt.
- *Volume:* I LKT Tvang har der hos nogle teams været tale om en særdeles lille målgruppe. Det skal kraftigt overvejes, om der fremadrettet skal laves en minimumsgrænse for antallet af patienter – så indsatsen står mål med de ressourcer, der anvendes. Hvis der på trods heraf vælges en lille målgruppe, bør der ligeledes være fokus på kvalitativ erfaringsopsamling.



7 – Lokal status fra de deltagende teams

7.1 - Hovedstaden – Voksensporet samt Børne- og ungesporet

7.1.1 - Initiativer og indsatser

Voksenspor, PNC:

Indsatsen på voksensporet har været fokuseret på at øge antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (UA/KP) for det udvalgte pilotafsnit. Derfor har den primære opgave været at sikre og klarlægge arbejdsgangen for udarbejdelse af UA/KP på tværs af faggrupper, særligt med fokus på involvering af den kommunale sektor via netværksmøder.

I LKT har der været udvalgt et større intensivt afsnit, hvor der allerede er et samarbejde med bosteder.

Følgende initiativer har været afprøvet:

- Udarbejdelse af flowchart for UA/KP – herunder tydeliggørelse af ansvarsområder. Flowchartet er løbende blevet opdateret og præsenteret for de øvrige afsnit for at sikre involvering og ejerskab ved pilotafprøvningens afslutning.
- Undervisning i afholdelse af netværksmøder.

Børne- og ungespor, BUC:

Indsatsen i BUC har primært drejet sig om at forstå, udvikle og afprøve konceptet med "Trygheds- og forebyggelsesplaner" og opsamle erfaringer. Der har ikke tidligere været arbejdet med tryghedsplaner, så udviklingsarbejdet har fyldt. Arbejdet har været forankret i Døgninstitutionsteamet, udgående ambulatorie, hvor der i forvejen er etableret et tæt samarbejde med 4 døgninstitutioner og indgået formaliserede samarbejdsaftaler om fælles patienter.

Forventningen var, at vi udviklede en skabelon for Tryghedsplanen og kunne nå at afprøve den (PDSA) som pilot i projektperioden. Det er lykkedes at lave en version og forbedre denne flere gange og i alt afprøvet den 15 gange. Se procesindikator BU1.

Indsatsen om afprøvning af tryghedsplanen har givet god erfaring i de fleste afprøvninger, hvor særligt overgangene for patienterne mellem psykiatri og døgninstitution har været forbedret ift. modtagelse og vidensdeling.

Samarbejdet har fungeret godt, og særligt hvor patienterne har kunnet bidrage til tryghedsplanen.

7.1.2 - Resultater

Resultatindikatorer

Voksenspor, PNC: Resultaterne i voksensporet er svære at tolke, da tvangsindlæggelser registreres på et andet afsnit (Akutmodtageafsnittet), og ikke i projektafsnittet, hvorfra data vises. Derfor ser det ud som om, der ikke har været en eneste tvangsindlæggelse siden sept. 2022.

Børne- og ungespor, BUC: For BUC har vi trukket data på hele Børne- og Ungecenteret for at 'fange' tvangsindlæggelserne i data, og ikke kun for Døgninstitutionsteamet. Data viser, at tvangsindlæggelser er gået op siden november 2022, men data kan således heller ikke dokumentere en eventuel effekt af LKT-indsatser på tvangsindlæggelser, da LKT'et kører på ét enkelt projektafsnit og den primære indsats har været at udvikle Trygheds- og forebyggelsesplanen og har kun været testet i en begrænset periode og antal.



Generelt:

Som konklusion har det i generelt været vanskeligt at finde en god model for at trække og præsentere retvisende data vedr. R1, tvangsendlæggelser.

Følgeindikatorer

Voksenspor, PNC: Tvangshændelser er umiddelbart uændrede. For voksteamet ved vi, at UA og KP er gået op, men det ser ikke ud til at vi kan se effekten på tvangshændelserne endnu. Voksteamet satte først rigtigt i gang i sept. 2022, hvilket kan forklare, at det ikke afspejles i tvangshændelserne endnu. Ligeledes her, som for resultatindikatorerne gælder det at tvangsendlæggelser tilskrives akutmodtagelsen og ikke pilotafsnittet, hvorfor der er en skævvridning i data og derfor ikke muligt at konkludere nærmere.

Børne- og ungespor, BUC: For BUC ses effekten af Trygheds- og forebyggelsesplaner ikke endnu, da den kun har fungeret kortvarigt i pilotperiode, da udviklingsarbejdet har pågået først.

Procesindikatorer

Voksenspor, PNC: I løbet af pilotafprøvningen er der set en væsentlig øgning i antallet af UA/KP på pilotafsnittet. Afsnittet blev inkluderet i LKT i efteråret 2022, hvor der for ca. 20 % af udskrevne patienter blev udarbejdet en UA/KP. Siden har det været stigende antal UA/KP på mod 80 % af alle patienter blev udskrevet med UA/KP frem til juni 2023. Dog har der været et mindre fald siden. Ved opgørende for september 2023 ender afdelingen på 63,6 % af patienterne har UA/KP.

Børne- og ungespor, BUC: Trygheds- og forebyggelsesplanen er udviklet igennem PDSA'er og er afprøvet 15 gange siden december 2022 med gode erfaringer til følge. (se BU1)

7.1.3 - Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

Voksenspor, PNC: UA/KP: Lokalt på Psykiatrisk Center Nordsjælland (PCN) er der løbende blevet erfaringsudvekslet og flowchart delt mellem afsnit.

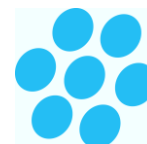
Vi har allerede set en positiv udvikling på de resterende afsnit på PCN.

Dog kan vi se at til trods for udarbejdelse af flowchart, undervisning etc., kræver indsatsen en ledelsesmæssig opbakning og opfølgning for at kunne lykkes og forankres. Det er fortsat brug for dette fokus fremadrettet for at bibeholde den positive udvikling.

UA/KP er et fokusområde og prioriteret indsats i tvangsforebyggelsesarbejdet i Region hovedstadens Psykiatri og udviklingen følges løbende via det systematiske forbedringsarbejde. Hermed sikres vidensdeling på tværs af afsnit og centre. Erfaringer fra LKT deles via denne systematik til øvrige centre.

UA/KP er også en central del af patientforløbsbeskrivelsen for indlagte patienter BBU1 (Bedre behandling under indlæggelse), som er under implementering på alle afsnit i RHP.

Børne- og ungespor, BUC: Trygheds- og forebyggelsesplanen er under fortsat udvikling og afprøvning frem til 2024, hvor en ny evaluering vil blive foretaget i BUC i forhold til det videre arbejde og udbredelse. Indsatsen kræver fortsat en ledelsesmæssig opbakning og opfølgning for at kunne lykkes og forankres.



7.2 - Sjælland – Voksensporet, Psykiatrien Vest

7.2.1 – Initiativer og indsatser

Projektet har overordnet været udfordret af udskiftninger og fravær i forbedringsteamet, udskiftning i regional tovholder. I det sidste år af projektet har der ikke været deltagelse fra det private bosted, grundet sygdom og organisatoriske forandringer. Det er ikke lykkedes at få en kommunal forankring i løbet af projektet.

Derfor har det tværsektorielle samarbejde været sparsomt og afprøvningsne har været med udgangspunkt i den regionale psykiatri.

I afprøvningsne har der været fokus på at få anvendt de samme redskaber og planer i forhold til at hjælpe patienten både på bosted, i distriktspsykiatrien og under indlæggelse. Derfor har udarbejdelsen af en mestringsplan været en primær afprøvning.

Fælles plan

Konkrete indsatser har været:

- at undersøge, hvordan en forhåndstilkendegivelse blev udfyldt sammen af personale og patient.
- Hvad skal en forhåndstilkendegivelse indeholde?
- Hvordan skal den anvendes på tværs – det ledte til kriseplanen som et udgangspunkt for deling på tværs.
- Kriseplanen blev kombineret med forhåndstilkendegivelsen og fik ændret navn til mestringsplan.
- Udvikling af smartphrase i Sundhedsplatformen er blevet udarbejdet og afprøvet.

Øge andelen af patienter der fik en Udskrivningsaftale (UA) eller koordinationsplan (KP) ved udskrivelse

Indsatser:

- Social screening som en metode til at identificere de patienter, der skulle have en UA/KP

Socialrådgiver i PAM har lavet screening på alle nyindlagte patienter.

- Opstart af plan tidligt i indlæggelsen
- Planlægning og gennemførelse af netværksmøde tidligere i indlæggelsen
- Der er skrevet notat til modtagende afsnits socialrådgiver såfremt screening viste et behov for udarbejdelse af plan.

Indsatsen for udarbejdelse af UA og KP har været virket godt, der ses en signifikant stigning i udarbejdelsen af UA og KP. Der er stadig en overvægt af KP, hvilket der skal arbejdes med fortsat så der bliver lavet flere UA.

Der er igangsat udarbejdelse af et beslutningsstøtte værktøj som skal hjælpe patienten til at træffe beslutning om udarbejdelse af UA

Pårørende inddragelse

Der er påbegyndt et arbejde med udvikling af et beslutningsstøtte værktøj til inddragelse af pårørende. Hypotesen er, at pårørende kan være en ressource for patienten både under indlæggelsen, men også før en tvangsindlæggelse bliver nødvendig.

Der har været en peer-medarbejder med i forbedringsteamet, hvilket har givet nogle andre perspektiver på, hvad der kan virke forebyggende og hvad der kan forværre. Eksempelvis er det peer, der har foreslået det nye navn til kriseplanen – mestringsplan.

Patienterne er løbende blevet interviewet i forbindelse med afprøvningsne af interviewguide til udarbejdelse af mestringsplan, hvilket har fungeret godt



Det har desværre ikke været muligt at få en pårørende peer med i forbedringsteamet.

7.2.2 – Resultater

Resultatindikator

Der ses en stigning i antallet af både tvangsendlæggelser og antal berørte personer pr. måned hen over projektperioden.

På antal berørte patienter ses der et skift til en ikke tilfældig variation. Det er som nævnt en stigning, hvilket ikke er den ønskede forandring. Det har dog ikke været muligt, i perioden, at identificere årsager og eliminerer dem.

Antallet af tvangsendlæggelser pr. måned er stigende, men der ses tilfældig variation i fordelingen.

Følgeindikator

Tvang

Antal berørte personer, der udsættes for en tvangshændelse under indlæggelse, er stigende med en ikke tilfældig variation. Det har ikke været muligt klart at identificere og eliminere årsagerne.

Det kan muligvis forklares med, at der er sket en øgning af sengepladserne i det deltagende afsnit, hvilket har givet et øget patientflow. I udarbejdelsen af baseline indgår afsnittet ikke, da det er åbnet oktober 2020. Medianen er derfor beregnet på et andet datagrundlag end i de data der genereres i projektet.

Der ses en tilfældig variation på tvangshændelser pr. måned.

Data afspejler nogle enkelte patienter, der bliver ofte tvangsendlagt i somatikken grundet selvskaade og suicidal adfærd. Dette kan være med til forklare stigningen i antallet af både indlæggelser, men også anvendelsen af tvangshændelser under indlæggelse.

Der er igangsat særlige indsatser for disse patienter, men det kan ikke ses i data endnu.

Udskrivelsesaftaler og koordinationsplaner

Der ses en ikke tilfældig variation i udarbejdelsen af andelen af patienter der får udarbejdet en UA eller KP ved udskrivelse.

Der ses dog stadig en tilfældig variation i forhold til om der bliver udarbejdet en UA eller KP.

Erfaringer og afprøvninger: Hvad har vi lært, som kan deles med andre?

Det kan ikke ses direkte i data, men den ændrede arbejdsgang for udarbejdelse af en mestringsplan har gjort, at dialogen med patienterne omkring forebyggelse af tvang og hvordan vi kan hjælpe, er blevet bedre. Der er en større tilfredshed blandt både patienter og personale.

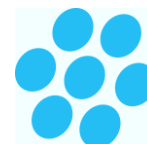
Derudover er vi blevet klogere på, at data skal være tilgængelige for forbedringsteamet uden hjælp fra stabsmedarbejdere andre steder i organisationen, da processerne bliver forsinket.

7.2.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

Mestringsplanen, der udarbejdes ved indlæggelsen er udbredt til et sengeafsnit mere og skal udbredes til alle afsnit.

Der skal arbejdes videre med beslutningsstøtte værktøj for UA.

Der skal arbejdes videre med beslutningsstøtte værktøj for pårørende inddragelse



Psykiatrien Vest er med i Projekt Stepped Care, hvor det tværsektorielle samarbejde også er en af primære drivere i forhold dels at undgå indlæggelser og yde hjælpen på det rette tid og sted i samarbejde med patienten.

7.3 - Sjælland – Voksensporet, Psykiatrien Syd

7.3.1 – Initiativer og indsatser

Forbedringsteamet har særligt haft fokus på 3 elementer;

- Styrke samarbejde på tværs af DP, sengeafsnit og kommunale kontaktpersoner, bl.a. ved kendskabsbesøg, som har fokus på at lære hinanden at kende, samt hinandens arbejdsområde
- Styrke samarbejdet med patienter og pårørende ved at deres viden og indblik i egen situation bliver medinddraget i behandlingen
- Styrke arbejdsgange f.eks. ved at gøre en indsats med udskrivningsaftaler/koordinationsplaner, som vi ikke har været gode til at anvende tidligere

Vi har arbejdet med 7 PDSA-cirkler i vores forbedringsteam:

- Ringe før 1. samtale i DP; Det er blevet struktureret, så der bliver ringet til alle nye patienter i DP, og de bliver opsøgt, hvis man ikke kan komme i kontakt med dem eller at de ikke møder op. Der havde vi i vores baseline nogle patienter, der er blevet afsluttet i DP, fordi de ikke mødte op, men nu gør F-ACT en kæmpe indsats for at komme i kontakt med patienten. Arbejdsgangen er fast implementeret i DP, hvorfor PDSA-cirklen afsluttes.
- Ringe hjem ordning - et par dage efter udskrivelse fra en tvangsindlæggelse bliver patienten kontaktet af en KP; Der er en stor udfordring med at flere af patienterne, som ikke er kendte i afsnittet, bliver overflyttet til andre afsnit inden udskrivelse, hvorfor det er svært at følge op på. Ved afprøvning viser data, at denne PDSA-cirkel kan afsluttes, da der fra patienternes side ikke er generelt behov samt at det vil blive en del af udskrivningsaftalen/koordinationsplanen, såfremt det findes relevant for den enkelte patient.
- Kendskabsbesøg; Vi må erkende, at den vigtigste indsats har været at øge kendskabet til hinanden både personligt og fagligt. Personalet fra sengeafsnit har været på kendskabsbesøg i DP, hvor de var med F-ACT ude at køre til forskellige bosteder og DP var på besøg i sengeafsnit for at høre om akutte patientforløb, hvilke beroligende metoder vi anvender, se omgivelserne m.m. – Tilbage-meldingen fra personalet er, at de ønsker mere af det, og at det gør det nemmere efterfølgende at tage kontakt til hinanden, hvis man har en fælles patient. Tiltaget skal være en fast del af On-boarding i Psykiatrien Syd og videregives til anden arbejdsgruppe.
- Ambulante forhåndstilkendegivelser; Måske kan DP være med til, at viden om patienten og hvad der virker beroligende, bliver indsamlet i fredstid. Det har været meget udfordrende for personalet at tage disse samtaler med patienterne. Det findes stadig relevant for nogle patienter, hvorfor det fortsat forsøges at indsamle erfaringer med at udfylde forhåndstilkendegivelser ambulant.
- Elektive indlæggelser i S1 eller såkaldte "Særaftaler". Vi har flere patienter, som vi har særaftaler på i forhold til, at de kan komme direkte i afsnittet og ikke skal gennem en samtale og vurdering i PAM. Dette har været en stor succes, særligt når patientens problemer ikke kun er den psykiske tilstand. Derfor fortsættes der med dette tiltag efter LKT-projektet.
- Review af komplekse tvangsindlæggelsesforløb. Vi har afholdt 1 review ift. en patient, som inden for en kort tid havde flere tvangsindlæggelser. Her blev det tydeligt, at de planer, der blev lavet under indlæggelserne, var mellem sengeafsnit og bosted og når patienten var på bostedet, så var det mellem DP og bosted. Her fik vi øjnene op for, hvor vigtigt det er, at vi samles DP, Sengeafsnit og bosted for at lave planer sammen med patienten, der både gælder, når patienten er hjemme og indlagt. Dog er et review meget tidskrævende. Desuden har vi i en længere periode ikke haft nogen patienter, der har haft flere tvangsindlæggelser. Derfor afsluttes denne PDSA-cirkel. I stedet aftales det, at der skal arbejdes med Blitzanalyser på patienter, der tvangsindlægges, som har tilknytning til det ambulante.



- Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner: Der har været undervisning og efterfølgende tilretning af arbejdsgange med henblik på at sikre, at de udfyldes. Der bliver udfyldt en del UA/KP men der er stadig behov for undervisning for at sikre, at de har en høj kvalitet og bliver udarbejdet og anvendt sammen med patient og samarbejdspartnere. Derfor fortsættes der med dette tiltag efter LKT-projektet og der udpeges tovholdere til at fastholde fremgangen.

7.3.2 – Resultater

Der ses i projektperioden (01.01.2022-30.09.2023) gode resultater og der er på flere indikatorer opnået ikke-tilfældig variation ift. SPC.

Selvom vi udvidede vores data ved ikke at begrænse os til patienter med aktivt ambulantly forløb, så er datamængden stadig meget lille.

Resultatindikatorerne R1 og R2 viser begge ikke-tilfældig variation, hvilket viser, at der er en reduktion i både antallet af tvangsindlæggelser samt antallet af personer, der bliver tvangsindlagt.

For Følgeindikatorerne F1 og F2 ses der tilfældig variation for F1, mens der er ikke-tilfældig variation for F2. Umiddelbart ses det, at antallet af personer der udsættes for tvang ikke kan siges at være faldet, men at antallet af tvangsforanstaltninger, den enkelte patient udsættes for er faldet.

For Procesindikatorerne V1 og V2 ses der ikke-tilfældig variation ift. SPC og en tydelig forbedring med at få udarbejdet Udskrivningsaftaler/Koordinationsplaner, men udgangspunktet var også næsten lig nul, da projektet startede. Fremgangen har været meget stabil efter indsatsen blev igangsat og den ændrede arbejdsgang vurderes derfor at være implementeret.

LKT-projektet har ikke haft deltagelse af kommunale samarbejdspartnere. Derfor har fokus primært været på egne arbejdsgange og samarbejde på tværs i organisationen. Generelt vurderes et øget kendskab til samarbejdspartnere og deres arbejdsgange at have en rigtig stor indflydelse for samarbejdet, patientens indlæggelsesforløb og anvendelsen af tvang.

Desuden har der i projektperioden været indført F-ACT-modellen i Distriktpsychiatrien, som har givet en mere fleksibel ambulantly behandling, hvilket sammen med det øgede fokus på samarbejde også menes at have en stor indvirkning på nedbringelse af tvangsindlæggelser for patienter med tilknytning til DP.

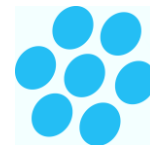
Af indsatser, som er afprøvet i forbindelse med projektet, ser det især ud til at være de individuelle "særaf-taler" som udarbejdes i samarbejde mellem samarbejdspartnere og patienten, der ser ud til at have den største effekt. Desuden vurderes det vigtigt, at der er udpeget tovholdere for de forskellige indsatser, så fokus bevares og arbejdsgangene løbende revideres og tilpasses.

Psychiatrien har også et stort fokus på at nedbringe tvang generelt og Psychiatrien Syd har derfor i samme periode også iværksat diverse indsatser som ser ud til sammen med indsatserne i LKT-projektet at reducere tvangsindlæggelser og anvendelsen af tvang generelt.

Forbedringsteamet tilkendegiver, at de ser, at den største forskel i LKT-arbejdet helt klart har været, at det øgede kendskab til hinanden har givet en mere fleksibel pleje og behandling til den enkelte borger, der var i risiko for at blive tvangsindlagt, da man hurtigere har set det som et fælles problem og benyttet erfaringer på tværs til at lave gode forebyggende planer sammen med den enkelte borger.

7.3.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

Forbedringsteamet har ved det sidste møde fulgt op på de forskellige PDSA-cirkler og besluttet, at der er behov for at blive udvalgt tovholdere for de tiltag, der skal fortsætte efter projektet afsluttes. På den



måde sikres det, at der fortsat er nogen, der fastholder indsatserne og kan gå forrest i at sprede det til resten af organisationen. De tiltag der udpeges tovholdere til er:

- Kendskabsbesøg (videregives til Onboarding)
- Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner
- Ambulante forhåndstilkendegivelser
- Særaftaler

Styregruppen bestående af Chefsygeplejerske, Oversygeplejerske fra Sengeafsnit, Oversygeplejerske fra Distriktpsykiatrien samt tovholder for LKT har holdt et møde for drøfte, hvordan der kan arbejdes videre med indsatser og resultater efter projektets ophør.

Der var enighed om, at der vil være fokus på spredning af erfaringerne fra LKT både til egen organisation men også til øvrige samarbejdspartnere; herunder politi og bosteder. Helt konkret er der 3 indsatser, som der skal arbejdes med i hele organisationen:

- Blitzanalyser – minimum på de patienter, der bliver tvangsindlagt og som har tilknytning til det ambulante
- Samarbejds møder ift. komplekse borgere, Review af konkrete indlæggelsesforløb med øvrige samarbejdspartnere. Der ses en stor interesse fra samarbejdspartnere til at styrke samarbejdet på tværs.
- Lægge kendskabsbesøg ind som en fast del af Onboarding-konceptet i Psykiatrien Syd, så nye medarbejdere, der bliver ansat i sengeafsnit efter 6 måneder, skal minimum en dag i det ambulante og nye medarbejdere i det ambulante skal minimum en dag i sengeafsnit, for at lære hinanden at kende og sikre et kendskab til hinandens arbejde.

Når LKT afsluttes med det nationale møde til december, så vil styregruppen derefter beslutte om det giver mening at forbedringsteamet fortsat skal mødes med jævne mellemrum. Dette kommer an på, om der er konkrete tiltag man ønsker afprøvet i et mindre format. Hvis dette ikke er tilfældet, vil der kun være fokus på spredning og organisatoriske tiltag.

Den lokale tovholder for LKT-projektet bliver ved med at følge op på de planlagte indsatser og videre tiltag efter projektets afslutning og fastholder styregruppens og tovholderernes engagement i det videre arbejde med at forebygge tvangsindlæggelser.

7.4 - Sjælland – Børne- og ungesporet

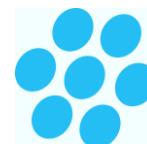
7.4.1 – Initiativer og indsatser

LKT-forbedringsteamet inden for Børn og Unge i Region Sjælland består af medarbejdere fra henholdsvis det børne- og ungdomspsykiatriske tilbud Bakkehuset, Ungdomspsykiatrisk afsnit U1, ledelsessekretariatet i børne- og ungdomspsykiatrien samt Platangårdens Ungdomscenter, som er et specialiseret regionalt døgntilbud.

Vi har i forløbet prioriteret at få et større kendskab til hinanden med henblik på et tæt og åbent samarbejde.

- Ledelsessekretariatet – specialkonsulent (tovholder)
- Bakkehuset – sygeplejerske
- U1 Roskilde – specialpsykolog, sygeplejerske, socialrådgiver
- Platangården – teamkoordinatorer, socialrådgiver (tovholder)

Det overordnede formål med LKT-forbedringsteamets arbejde har været at nedbringe antallet af indlæggelser med tvang samt nedbring anvendelsen af tvang under indlæggelse.



Målgruppen har været unge i aldersgruppen fra 14 til 17 år fra Platangården, som blev indlagt på U1 med tvang eller var udsat for en tvangshændelse under indlæggelse. De unge kan have haft kontakt med Bakkehuset før eller efter en indlæggelse.

Indledningsvist blev der oprettet tre PDSA'er omhandlende:

- Netværksmøder samt koordineret samarbejde og indsats
- Udekørende funktion – bl.a. kom-godt-hjem-samtaler
- Interviews af unge ift. forebyggelse

Det viste sig hurtigt, at der fra Platangården kun blev indlagt ganske få unge med tvang, hvorfor det ikke var muligt for forbedringsteamet at få tilstrækkelig viden og erfaring inden for de tre ovenstående områder. Desuden viste det sig, at der ikke var de forventede ressourcer til at den udekørende funktion kunne etableres. De tre PDSA'er blev derfor afsluttet.

I forbedringsteamet blev det besluttet, at viden og erfaringer også måtte indhentes på baggrund af indlæggelser med tvang fra andre døgntilbud udover Platangården.

Herefter har der været arbejdet med følgende PDSA'er:

Indlæggelsessamtaler

Formål har været at skabe et tættere samarbejde til fordel for forløbet omkring den unges indlæggelse, herunder mulighed for at forkorte indlæggelsesperiode for den unge ud fra en hypotese om, at den unge mærker samarbejdet og det gavner, at der er fællesviden og erfaringer ift. adfærd, hensigtsmæssige strategier og virksom indsats.

Det tættere samarbejde har haft fokus på samarbejds møder, hvor ind- og udskrivningsmøder har været holdt mellem afdeling, døgntilbud og den unge (hvis det har været muligt). I praksis har møderne ofte været afholdt via teams.

Netværksmøder og tryghedsaftaler

Formålet har været at afprøve, om en systematisk brug af tværfaglige netværksmøder og tryghedsaftaler kan reducere antallet af indlæggelser med tvang. Der er inviteret til netværksmøder, hvor den unge samt den unges private og professionelle netværk mødes.

Det er aftalt, at Bakkehuset og U1 udvælger unge, hvor det vurderes fagligt relevant, at afholde tværsektorielle netværksmøder og udfærdige tryghedsaftaler. Der planlægges at udfærdige skabeloner til henholdsvis tryghedsaftale og tværsektorielle netværksmøder.

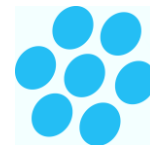
7.4.2 - Resultater

Kendskab til hinanden samt tæt og åbent samarbejde

Ved opstart af LKT-forbedringsarbejdet var der et underliggende mål, om at få et tættere samarbejde mellem behandlingstilbud og botilbud. Det blev prioriteret, at vi fik et større kendskab til hinanden. Vi var derfor på besøg hos hinanden og brugte tid på at fortælle om os selv og lære hinanden bedre at kende – herunder fik vi mere viden om vores forskellige praktiske vilkår, rammer m.v. Der har været samvær ved det årlige LKT Tvang seminar og vi har holdt løbende møder online via Teams. Det afsluttende møde den 1. december 2023 er planlagt i fællesskab som et fysisk møde med efterfølgende afslutning sammen.

I arbejdet omkring vores 'fælles unge' har det givet en langt større forståelse for de forskelle, der tidligere havde udgjort en barriere. F.eks. har projektet medført en gensidig forståelse for hvornår vores normering er bedst ift. planlægning af diverse møder, samt medført en øget forståelse for, hvorfor der handles på en given måde. Vi er ligeledes blevet opmærksomme på forskelle i lovgivningen inden for social- og psykiatriområdet. Vi blev bedre til at finde løsninger og samarbejdet fungerede mere smidigt.

De udfordringer, vi har mødt i forbedringsarbejdet, har handlet om, at teamet har været ramt af mange udskiftninger af medlemmer og kun få, der har været gennemgående i projektet. Forbedringsarbejde har



desuden været påvirket af, at der ikke altid har været tilstrækkelige ressourcer til rådighed pga. de opgaver, der har været ved siden af i de daglige funktioner på afdelingen.

Ligesom der har været udskiftninger i LKT forbedringsteamet, har der også været udskiftninger af medarbejdere ude på afdelingerne. De mange udskiftninger har gjort det vanskeligt dels at opretholde et tættere kendskab til hinanden i LKT-samarbejdet – både i forbedringsteamet, men også når vi skulle brede viden og indsatser ud til kollegaer, som skulle være med til at løfte indsatsen.

Det har vist sig, at det i høj grad bliver 'personbåret' at få delt viden, implementeret indsatser og følge op på de opnåede erfaringer. Forbedringsteamet har drøftet, hvordan det kan sikres at indsatsen ift. nedbringelse af tvang i psykiatrien fremadrettet ikke bliver personbåren, men at der findes en løsning, så indsatsen bliver bibeholdt også efter LKT-forbedringsarbejdes ophør.

Indlæggelsessamtaler

Det har fungeret godt med indlæggelsessamtaler, hvor såvel U1 som Platangården har taget initiativ til indskrivnings- eller udskrivningsmøder. Det har oftest været nemt og hurtigt at få etableret aftalerne. Det har været muligt at holde møderne via teams, hvilket man mange gange har benyttet sig af.

Indholdet i samtalerne omhandler koordinering af aftaler (brugerstyret seng el. planlagt indlæggelse m.v.), efterambulante aftaler, opdatering af tryghedsaftale, dele viden, støtte ift. hensigtsmæssige strategier samt sikre den videre udvikling, hvor alle involverede har kendskab til aftalerne.

Især i starten var der udfordringer med, at det tekniske ikke altid fungerede. Dette blev løst ved at møderne foregik via telefon på medhør.

Netværksmøder og tryghedsaftaler

Ved opstart af LKT-forbedringsarbejdet var der fokus på, hvordan vi kunne inddrage og samarbejde med den unge. Fra tidligere har vi erfaret, at vigtig viden fra den unge og deres netværk går tabt i arbejdet med tryghedsaftaler, hvis de ikke inddrages. Vi har erfaring med, at det kan være vanskeligt at få den unge inddraget, når den unge først er blevet indlagt og er i en sårbar situation med behov for en pause. Samtidigt opleves det, at indsatsen omkring den unge ikke bliver meningsgivende for den unge, hvis det ikke forsøges at samarbejde med den unge.

Der har været holdt et par netværksmøder eller "kom-godt-hjem" samtaler efter udskrivelse, hvilket har haft en god effekt ift. drøftelse af erfaringer og ressourcer.

Der har været arbejdet med henholdsvis netværksmøder og tryghedsaftaler ift. de fleste af de unge, som har været indlagt både med og uden tvang.

Tryghedsaftaler har i forskellige sammenhænge andre betegnelser som tryghedsplaner, kriseplaner, risikovurderinger m.v.

Vi har i LKT-forbedringsforløbet haft drøftelser af sprogets identitetsskabende betydning.

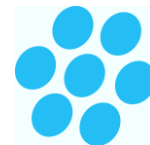
Arbejdsgange og skabeloner er under yderligere udarbejdelse. Der er hentet inspiration fra de eksisterende koordinerende indsatsplaner fra voksenområdet (KIP) samt fra andre regionale afdelinger.

Samlet set er der endnu ikke tilstrækkelig dokumenteret effekt af indsatsen. Der ses nogle tendenser i en hensigtsmæssig retning, hvilket gør det meget relevant at arbejde videre med indsatser ift. nedbringelse af tvangsindlæggelse og tvang generelt.

Dataskabeloner ift. tvang og magtanvendelse

Brug af tvang i psykiatrisk regi og anvendelse af magt på Platangården er løbende registreret gennem LKT forbedringsarbejdet.

Fra Platangården har der gennem en årrække kun været få tilfælde af anvendelse af magt samt få indlæggelser med tvang, hvilket kan tilskrives Platangårdens metodiske tilgang i den specialiserede indsats. I LKT-forbedringsarbejdet har der derfor ikke været et tilstrækkeligt antal af fælles unge til at vi har kunne opnå et tilstrækkeligt statistisk grundlag.



Det blev besluttet, at man i behandlingspsykiatrien skulle inddrage erfaringer generelt fra unge, der skulle indlægges med tvang, da det ikke var muligt at trække data særskilt for tvangsindlæggelser fra bosteder.

I Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri er der fra 2022-2023 ikke den store forskel i antallet af tvangsindlæggelser, men derimod et markant fald i antallet af tvangshændelser. Arbejdet med opgørelse af antal "tryghedsplaner" (kriseplaner) er først startet op i efteråret 2023, og på den baggrund har vi ikke haft et sammenligningsgrundlag at tage udgangspunkt i, men der henvises til dataskabelonerne (se bilag), hvor antallet af "tryghedsplaner" og netværksmøder fremgår for 4. kvartal af 2023. Fra Platangården har der i 2022 og 2023 været tre unge begge år, hvor der har været behov for magtanvendelse. Der har i samme periode været enkelte unge der er blevet indlagt med tvang.

Erfaringer fra arbejdet med projektet

Det er forbedringsteamets erfaring, at det kræver systematisk opfølgning, hvis der skal ske en ændring af arbejdsgange. I psykiatrien er vi ikke nået i mål med at få afprøvet de arbejdsgange der er beskrevet i vores PDSA, da det er en fundamental ændring af vores arbejdsgange, hvor vi skal facilitere og invitere, hvor vi lige nu er gæster til netværksmøderne.

Processen har været mere tidskrævende end forventet og derfor er vi først nu, klar til at afprøve arbejdsgange i afgrænset skala. At få etableret nye arbejdsgange kræver ressourcer samt bred opbakning og ledelsesfokus.

7.4.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

På Børne- og Ungeområdet er der etableret en forbedringsrejsegruppe. Dette er sket i et samarbejde mellem Bakkehuset og Ungepsykiatrien, hvor der er afsat en medarbejder fra hvert sted i perioden 1. september til 1. december 2023. LKT-forbedringsteamet har kun sparsom viden om forbedringsrejsegruppen. Der har ikke været kontakt mellem rejsegruppen og forbedringsteamet.

Implementering af de arbejdsgange der i behandlingspsykiatrien er forsøgt identificeret kan i det fremtidige forbedringsarbejde indgå, hvor målet på sigt er at udvikle på arbejdsgange og systematisk evaluere på afprøvninger, hvor personale, de unge og døgntilbud inddrages, så vi sikrer meningsgivende arbejdsgange, inden de implementeres fuldt ud.

Der er behov for fortsat opfølgning på arbejdsgange og skabeloner ift. netværksmøder og tryghedsaftaler, som stadig er under udarbejdelse og finjustering.

7.5 - Syddanmark – Voksensporet

Deltagende enheder: Psykiatrisk Afdeling Aabenraa Afsnit 62-64, Lokalpsykiatri Sønderborg, Bostedet Hertughaven i Sønderborg Kommune og patientrepræsentant.

7.5.1 – Initiativer og indsatser

Vores overordnede mål har været at nedbringe tvang gennem forbedring af samarbejde mellem Sengepsykiatri, Lokalpsykiatri og Bosteder.

Der har primært været fokuseret på syv fælles patienter som bor på Hertughaven. Flere af disse er komplekse patienter som kræver meget af samarbejdet.

Vi har i starten arbejdet med fem forskellige PDSA:

- Oplevet kvalitet ved netværksmøder
- Forhåndstilkendegivelser
- Ledermøder på tværs
- Udskrivningsaftaler og Koordinationsplaner
- Indlæggelsesmønstre



Vores forventninger har været at få et bedre samarbejde og koordinering tværsektorielt og tværfagligt og en bedre forståelse blandt alle samarbejdspartnere.

Den gode samarbejdsrelation og opgave koordinering mellem bosted, sygehuset og Lokalpsykiatrien har medvirket til smidige arbejdsgange og løsninger. Dette har haft en væsentlig betydning for færre indlæggelsesdage. Resultatet viste at de lykkedes os at nedbringe sengedage i vores udvalgte målgruppe fra **101 sengedage** i januar måned 2022, ned til **28 sengedage** i marts 23.

PDSA om "Forhåndstilkendegivelser", "Udskrivningsaftaler og Koordinationsplaner", "Ledermøder på tværs" og "indlæggelsesmønstre" har virket godt.

PDSA om "oplevet kvalitet ved netværksmøder" virkede ikke så godt pga. af få tilbagemeldinger fra Borger/Patienter. Vi har ikke haft en stor fokus på samarbejde med pårørende.

7.5.2 – Resultater

Resultater og udvikling gennem projektperioden på to år.

Resultatindikatorer: R1 og R2

- Der er sket en stigning i personer der tvangsindlægges i projektperioden, der er dog stadig tale om tilfældig variation.
- Der er sket også en stigning i antal tvangsindlæggelser i projektperioden, der er her tale om ikke tilfældig variation

Følgeindikatorer: F1 og F2

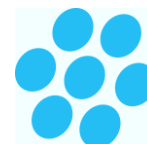
- Der ses en stigning i både antal personer der oplever tvangshændelser og i antallet af tvangshændelser Der er her tale om ikke tilfældig variation

Procesindikatorer V1 og V2

- Der er sket en væsentlig stigning i antallet af udarbejdede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Medianen er steget fra 1,9 til 17,7 og der er tale om en stabil proces, med ikke tilfældig variation.
- Der er således sket en god udvikling i udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner siden baseline.
- Der udarbejdes langt overvejende aftaler med patientens samtykke.
- Her er medianen steget fra 50% til 83,3% og der er ligeledes tale om en stabil proces med ikke tilfældig variation.

Egne indikatorer

- Antal sengedage på den i starten udvalgte gruppe patienter er blevet signifikant reduceret fra 102 dage til 28 dage i en periode på 14 måneder.
- De er etableret gode samarbejdsaftaler på tværs af kommune og regionen. Psykiatrien er blevet mere synlig. Samarbejdet mellem Privatpraktiserende læger og Behandlingspsykiatrien er blevet bedre.
- Problemstillinger, indlæggelsesmønstre, prævention bliver brugt i læringsøjemål med hjælp af Blitzanalyser som er blevet fast etableret i vores afdeling
- Projektet har været med til at styrke at der er udarbejdet aftaler som er tilpassede de enkelte patienters unikke behov, også når det har krævet at medarbejdere fra psykiatrien mødte patientens på bostedet eller den anden vej.



7.5.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

Ledersamarbejde i Sønderborg

Her etablerede vi det fælles lederforum på tværs - Hertughaven, FAM, sengeafsnit og Lokalpsykiatri, der skulle understøtte det arbejde der blev iværksat i de andre PDSA'er. Vi valgte ret hurtigt at afslutte selve PDSA'en, da vi erfarede at det gav god mening at mødes på tværs og dette ville vi gerne fortsætte med.

7.6 - Syddanmark – Børne- og ungesporet

Deltagende enheder: Børne og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Odense, (døgnafsnit og mobilteam) og de private bosteder, Svennebjerggaard og Den Trygge Base.

7.6.1 – Initiativer og indsatser

1. Til at begynde med har vi brugt rigtig meget tid i teamet på at få "et fælles sprog" og udarbejde en begrebsafklaring. Hvilke fora og begreber bruger vi hver især, hvad dækker de over og hvad forstår vi ved ordene. Vi ønsker, at et "begrebsafklaringskort" skal blive en del af samarbejdsaftalerne med nye bosteder, og til patienter/pårørende når de introduceres til f.eks. mobilteamet. Der arbejdes aktuelt med en "mobilteam-startpakke", der bl.a. indeholder ovenstående.
2. Vi har arbejdet med mestrings- og kriseplaner, og målet var at det skulle blive et meget mere "levende" dokument som patienten og de pårørende havde ejerskab til.
3. Der er udarbejdet en ny dagsorden til netværksmøderne som er implementeret i praksis
4. Opgaven omkring UA/KP har tidligere været meget personafhængigt. Det var nødvendigt at kigge på denne arbejdsgang.

Hvad forventede vi ved de ovennævnte indsatser – og hvad viste resultatet?

1. Vi forventede, at vi ville blive mere samstemte. At der ikke var så meget tvivl når de forskellige begreber blev brugt. Dette gjaldt alt fra forhåndstilkendegivelser, kriseplan, netværksmøder og udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Mobilteamet har udviklet "Startpakke" til nye patienter. Indholdet i disse startpakker er bl.a. tilkendegivelse af beskyttelsesfaktorer, udarbejdelse af mestrings- og kriseplan. Vi fik dannet os et godt overblik som team, og hjalp os rigtig meget i den videre proces i projektet.
2. Det viste sig at være rigtig svært at arbejde med dokumentet som et "levende dokument" på tværs af sektorer. Vi påbegyndte et arbejde hvor mobilteamet fik en central rolle i at få dokumenteret mestrings- og kriseplanen i patientens POP. Vi har fortsat et stykke arbejde foran os ift. hvordan planerne kan være på tværs og hvordan vi støtter patienten og pårørende i deres ejerskab i planen.
3. Skabelonen til "det gode netværksmøde" fungerer rigtig godt, og tilbagemeldingen fra bosteder, patienter og pårørende er at den i nuværende form giver fin plads til input, afklarende spørgsmål osv.
4. Flere medarbejdere er nu i gang med at blive undervist og oplært i at kunne varetage denne opgave og vi ligger stabilt højt ift. at UA/KP udarbejdes.

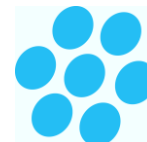
Hvilke indsatser virkede godt/ikke så godt?

Vi har som et forsøg hængt 4 hjælpespørgsmål op på patientstuerne i døgnafsnittet. Spørgsmålene skulle fungere som en inspiration til patienter og personale og skulle understøtte deeskalering og fokusering på fælles kriseplan.

Spørgsmålene kunne være en indgang til samtalen, men bliver endnu ikke anvendt som et aktivt redskab. Begrebsafklaringskort og afklaring af "det gode netværksmøde" har været nogle af de indsatser der har fungeret bedst.

Hvordan fungerede samarbejdet med patienter/borgere og pårørende? (hvad fungerede godt/ikke godt?)

I teamet har vi hele tiden haft en forældrememor. Til sidst i projektet fik vi en peer medarbejder. Det har



været nogle rigtige gode inputs fra begge sider. Hvis muligt ville det have haft rigtig god læring, at vi havde haft en peer-medarbejder fra sengeafsnittet med til en start.

Vores spørgeundersøgelse har været meget givende ift. at mange flere fik mulighed for at blive hørt så vi undervejs kunne bearbejde data og oplevelser, og derefter justere vores arbejdsgange og skabeloner.

Samarbejdet har hele tiden været respektfuldt og vi har lært så meget af de oplevelser de har haft med sig. Det har ført til mange spændende og givende drøftelser og især hvilke udfordringer de møder i det tværsektorielle samarbejde.

7.6.2 – Resultater

Dataopgørelsen viser den samlede mængde tvang på afdelingen. De bosteder som har været en del af projektet har kun i meget lille omfang indlagt patienter hvor der er anvendt tvang. Data kan derfor sige noget om udviklingen af tvang i BUP Odense, men er ikke et udtryk for de resultater man har opnået i projektet.

Resultatindikatorer: R1 og R2

- Der er sket en stigning i personer der tvangsindlægges og i antal tvangsindlæggelser i projektperioden. Der er tale om ikke tilfældig variation.

Følgeindikatorer: F1 og F2

- Der ses ligeledes en stigning i både antal personer der oplever tvangshændelser og i antallet af tvangshændelser. Der er tale om ikke tilfældig variation.

Følgeindikatorer: F3 og F4

- De bosteder, som har indgået i projektet, har haft så få magtanvendelser, at det ikke har været relevant at monitorere på disse.

Procesindikatorer BU1:

- Der er sket en væsentlig stigning i antallet af udarbejdede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i perioden. I september har 52% af de udskrevne en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Procesindikatorer BU2, BU3 og BU4:

Disse data har ikke været tilgængelige.

Egne indikatorer:

- Vi har indhentet spørgeskemaer i forbindelse med oplevelsen af netværksmøderne fra bosteder, patienter og pårørende. I alt 36 besvarelser (før og efter den nye skabelon). Dette gav anledning til løbende justeringer.

Erfaringer og afprøvninger:

- Begrebsafklaring i fællesskab til en start – mener vi det samme når vi siger f.eks. Netværksmøde, Kriseplan osv.
- Muligvis en mere lokal forankring fra start for at skabe mere ejerskab over afprøvning og delmål.
- Obs en opmærksomhed på at der ikke udvælges områder med for lille et datagrundlag.



7.6.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

- Implementering af Mobilteamets ”Startpakke” til nye patienter. Indholdet i disse startpakker er bl.a. tilkendegivelse af beskyttelsesfaktorer, udarbejdelse af mestrings- og kriseplan. Ved en af de første samtaler påbegyndes arbejdet med dette.
- Fortsat arbejde på at finde en model for krise- og mestringsplaner, således at de bliver et ”levende” dokument på tværs af sektorer, og styrke patientens ejerskab.
- Fastholde oplæring af medarbejdere så flere kan varetage opgaven omkring UA/KP.

Hvad skal der til for at det kan lykkes?

At vi ret hurtigt får sat fokus på at have fælles sprog med nye samarbejdspartnere. Der er kontinuerlig opfølgning med bl.a. mobilteamet ift. mestrings- og kriseplaner. Vi følger udskrivelses- og koordinationsplaner på tavlerne, samt har fokus på oplæring af nye medarbejdere i huset. Ledelsesmæssigt sikre vi en prioritering af tiden til, at ovenstående opgaver laves, samt at vi fortsat skal vedligeholde vores gode samarbejdsflader. Ex. har vi givet særligt oplæg til nogle af kommunerne, for at videreudvikle det relationelle samarbejde.

Videre arbejde mht. fastholdelse og spredning?

Vi er blevet meget mere bevidste om det relationelle samarbejde. At meget viden er båret af relationer på tværs. Vi har sat processer i gang der forhåbentligt kan forebygge den sårbarhed der ligger i dette. Men naturligvis med en stor respekt for at det tætte samarbejde og et dybere kendskab til hinanden, faktisk bærer en stor del af det daglige arbejde.

7.7 - Midt – Voksensporet

7.7.1 – Initiativer og indsatser

Udskrivningsaftaler (UA)

Indsatser

LKT Tvang blev igangsat samtidig med at der blev ansat socialrådgivere på almene sengeafsnit i RP Midt. De fik en central rolle i at optimere UA.

Der er lavet arbejdsgangsbeskrivelser for UA under indlæggelser.

Herunder lavet screeningredskab for behov for sociale interventioner.

Der er udviklet en data-rapport, som kan støtte socialrådgivere og øvrige personale med information om, hvem der har UA, og hvor langt de er i processen.

Der er lavet PDSA'er, hvor ambulante behandlere har vurderet indholdet af UA – dette har givet læring til forbedringer i samarbejdet/kommunikationen mellem sengeafsnit og ambulante klinikker.

Udfordringer

Patienter der skal have udarbejdet UA er fra 2019 udvidet til alle, der modtager støtte efter servicelovens afsnit 5. Det har betydet en voldsom stigning i antallet. Mange forløb har ikke stor kompleksitet og forebyggelse af genindlæggelse sker ikke i sammenhæng med udarbejdelse af UA. Men kravet er det samme. Det betyder, at ressourcerne skal række til flere UA'er, hvilket alt andet lige betyder, at der er færre ressourcer til de komplicerede forløb med mange samarbejdspartnere.

En prioritering af de forløb hvor der er stor risiko for behandlingssvigt og genindlæggelser ville give bedre udnyttelse af de sparsomme medarbejder-ressourcer.

Kravet om opdateret UA ved hver indlæggelse er en udfordring når indlæggelser er korte, og f.eks. hen over en weekend. Intentionen med at en UA indebærer kontakt og aftaler mellem de væsentlige samarbejdspartnere er ganske svær at opfylde, når indlæggelse er kort og udskrivelse sker i weekend. Dette ville



kunne gøres væsentlig mere smidig hvis UA ikke var entydig bundet op på selv indlæggelsen, men blev set mere som et samarbejdsredskab i hele behandlingsforløbet.

Der henstår fortsat et arbejde i at få inddraget bosteder/bostøtter i udarbejdelsen af UA, så aftalerne afspejler et reelt samarbejde, fremfor som hidtil mere et envejs dokument.

At dokumentet er formuleret og skrevet i behandlingspsykiatriens dokumentationssystem, gør ikke dette lettere.

Når regionens socialrådgivere bliver centrale personer i udarbejdelse af UA, bliver vi samtidig sårbare ved deres fravær. Vi har fået udviklet en arbejdsgang, der er personafhængig fremfor systemafhængig! Vi har igangsat en evaluering af socialrådgiver-opgaverne, hvor dette vil indgå.

Tværasektorielt samarbejde/netværksmøder

Indsatser:

Der er for de almene afsnit lavet faste ugentlige konferencer (som videomøder) med relevante ambulante klinikker, hvor indlagte patienter gennemgås, og aftaler kan laves. Det fungerer godt.

Blitz-analyser. Vi har, inspireret af Region Syd, afprøvet hurtige netværksmøder ved tvangsindlæggelser. Mødeformen er fast tidspunkt og kort varighed – og fokus på 1) hvad der ledte til en tvangsindlæggelse, 2) hvilke vigtige aftaler/tiltag der skal til for, at vi kan forebygge gentagelser, 3) hvem er de centrale samarbejdspartnere i forløbet.

Mødeformen har i afprøvninger fungeret godt, og har gjort at vi er kommet bedre fra start i indlæggelse med denne udveksling af informationer.

Udfordringer i forbindelse med Blitz-analyser: Afprøvningerne viser, at der er brug for fast tovholder på mødeformen. Socialrådgiverne har ikke prioriteret denne opgave, og realistisk set skal der nok en nøgleperson til som fast tovholder på tværs af sengeafsnit i en periode for at få en reel implementering.

Teknisk set er det udfordrende, at regionale og kommunale instanser bruger 2 forskellige videomøde-systemer – det må der findes en løsning på.

Udfordringer med netværksmøder som et redskab i udarbejdelse af UA bliver tydelige ved korte indlæggelser. Det er simpelthen svært at nå afholdelse inden udskrivelse. Som nævnt under udfordringer ved UA, ville dette blive lettere og mere fleksibelt hvis UA ikke skulle laves/opdateres før udskrivelse. Hvis UA var et redskab der var kontinuerlig, på tværs af ambulante og indlæggelser ville værdien være større.

Borgerinddragelse

Modeller/tilgange

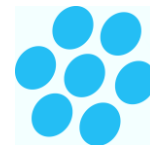
Der har i oplægget til LKT Tvang været foreslået forskellige metoder til Fælles Beslutningstagen. Vi har været udfordret på, at beslutninger om metodevalg skulle ske på tværs af sektorer. Vores kommunale deltagere arbejder allerede nu med en recovery-baseret tilgang, hvor al indsats i bosteder og bostøtte i højeste grad er baseret på samarbejde og med udgangspunkt i hvad beboeren ønsker.

Vi har i LKT Tvang ladet os inspirere af erfaringerne fra kommunal side i vores arbejde. Vi har ligeledes deltaget i konference om Fælles Beslutningstagen som metode.

Sparringsgruppe

Vi har i LKT Tvang haft en sparringsgruppe af patienter/borgere. Det har været værdifuldt input til vores arbejde, som har medvirket til nuancering og perspektivering af de tiltag, vi har arbejdet med.

Udfordringer



Vi må erkende, at der mht. UA fortsat henstår et arbejde med at skabe en mere tydelig inddragelse af patienter/borgere.

Viden

I LKT tvangs-teamet har vi på vores faste møder lavet "reviews", hvor vi har analyseret tvangsindlæggelsesforløb, særligt med øje for det tværsektorielle samarbejde. Disse reviews har været givende, og har medført flere konkrete ændringer i vores afprøvninger og tiltag.

7.7.2 – Resultater

Som der ses i data, er der en ikke tilfældig stigning på alle indikatorer vedr. tvang.

I analysen ser vi på, at udgangspunktet og baseline har været forholdsvis små tal og få patienter/antal tvangsepisoder. Dette har medført, at ændringer og stigninger bliver meget tydelige. Der er sket en generel stigning i tvang i vores afdeling, ikke kun for denne målgruppe. En årsag er en stigning i patienter som tilbagevendende selvskader, og som desværre ofte må tvangsindlægges og med efterfølgende anden tvang under indlæggelsen.

Vi ser dog også på individniveau positive tendenser – især i forbindelse med selvskade. Når en patient med selvskade modtager intensiv behandling i form af tilknytning til vores selvskadeteam – har vi set en udvikling med aftagende tvangsindlæggelser – både i psykiatrisk og somatisk regi.

En anden gruppe, hvor vi ser tiltagende tvang, er ældre, som ikke i forvejen er kendt i psykiatrisk regi, men som tvangsindlægges i forbindelse med udvikling af delir på somatisk baggrund. Det vil ofte være en enkel kontakt, men som datamæssigt tæller med – og fylder – da der er tvang i forløbet.

Der er sket en stigning i UA. Vi tolker det klart som at vores ansættelse af socialrådgivere har haft en effekt, lige som at vores arbejde med arbejdsgange og støtteredskaber i form af datarapport har bidraget positivt.

7.7.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

UA:

Vores støtteredskaber fungerer, og vi vil arbejde for en yderligere brug af disse.

Vi er sårbare i forhold til at meget arbejde omkring UA er koncentreret ved socialrådgiverne. Det har gjort engagementet omkring UA mindre i den øvrige personalegruppe. Det kræver en evaluering af socialrådgiver-opgaverne, hvor der også kigges på, hvordan vi sikre dem udført, når socialrådgiveren ikke er til stede. Dette er i proces.

Blitzanalyse:

Formen fungerer, men kræver personale-kræfter i planlægning og styring. Vi vil tage dette med i evalueringen af socialrådgiver-funktionen.

Det vil også kunne medtages som en del af afdelingens tiltag for reduktion af tvang. Ligesom reviews er et vedtaget redskab, kan Blitzanalyser bruges – særlig med fokus på det tvangsforebyggende.

7.8 - Midt - Børne- og ungesporet

7.8.1 - Initiativer og indsatser i forberedelsesfasen og i den aktive udøvelsesfase

Forberedelsesfasen – initiativer:

- Organisering
- Fair proces



- Mapping af planer i psykiatrien
- Interview med 5 unge
- Kompetenceudvikling (FBT + grafisk facilitering)

Erfaringer og nyttige fund i forberedelsesfasen:

Organisering – fokus på den tværsektorielle forankring

Regionen har det primære ansvar for dette projekt. Ejerskabet i forhold til tværsektoriel kommittent var derfor fra starten skævt. Man kunne have ønsket sig et stærkere fokus på behovet for det tværsektorielle sigte/fundering fra starten af. Dvs. at det i stedet for at være et regionalt projekt med deltagelse fra kommunale enheder og bosteder, kunne have været et "delt" projekt med delt ejerskab fra starten.

Fair proces

Projektets MUSIQ-score giver en pejling på de tre enheders forandringskapacitet (ift. bestemte paradigmer og forståelsesrammer).

Regionen (inklusive bosted) har en meget høj score (ift. forbedringsmodellen/udviklingsarbejde), mens kommunen arbejder med andre metoder, og deraf scorer lavt, når målingen taler ind i et forbedringsunivers og en terminologi der er ukendt. Det betyder dog på ingen måde, at kommunen ikke er forandringsparat og klar til at byde ind på udviklingsprocessen.

LKT-modellen tager ikke højde for at tværsektorielle projekter er meget mere komplekse end projekter, som igangsættes i "homogen enhed", som eksempelvis et sengeafsnit, med samme kultur, sprog, fagligheder, arbejdsgange, lovgivning m.v. Tværsektorielle projekter kræver flere ressourcer og kompetencer og tager væsentlig længere tid at planlægge og udføre.

I forberedelsesfasen brugte dette projekt mange ressourcer på:

- Udveksling af viden omkring forskellige måder at arbejde på
- Forskelligt sprog
- Forskellig forståelse af tvang/magt
- Viden om forbedringsmodel + redskaber

Mapping af planer i den unges forløb

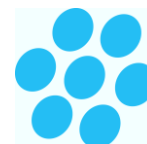
Ved gennemgang af planer på tværs af de tre deltagende enheder, fandt man at der findes rigtig mange planer i forvejen, både de lovpligtige og dem vi selv har valgt at implementere lokalt. I følgende interview med de unge, fandt vi, at de ikke kendte nogle, eller ganske få af de planer der eksisterede. De opfattede dem i alle tilfælde ikke som deres planer.

Derfor var en af opmærksomhederne, at "Min plan" ikke skulle forsvinde i mængden. Vigtigt for projektet var at den blev lavet med udgangspunkt i de unges ønsker og at den skilte sig ud både i ordlyd + indhold, design samt ikke mindst at de oplevede den som deres plan.

Udfordringen er i høj grad at fagprofessionelle på tværs af sektorer ikke har adgang til de samme dokumenter og at "Min Plan" derfor ikke kan vandre på tværs af systemer.

Interview med fem unge mennesker – Vi fandt følgende ift. udvikling af Min Plan

De unge vil meget gerne deltage. Det giver følelsen af betydning og vigtighed. De vil meget gerne dele ud af erfaringer – også gerne til andre samarbejdspartnere, herunder politi, reddere, vagtlæger, FAM osv. Her kommer nogle af de tematikker som de unge fremhæver:



- Små, afgrænsede og nære mål- succes på den lange bane (Zone for nærmeste udv.)
- Det kan være svært at finde ord- samtaleark + eksempler
- Der skal stå hvem, der må informeres og evt. er informeret
- Spørges om emner, selvom man ikke altid kan svare (ikke passiviseres)
- Der skal stå "Hvem der har bolden"/ansvaret
- De unge kan selv afgøre, hvem der skal være med til at lave planer (ikke altid godt med forældre) + hvordan de selv vil deltage
- Inddrage væsentlige aktører i netværksmødet, herunder 1 fra hvert system
- Visuel oversigt, nedskrivning af planen
- De unge vil gerne "forberedes" til mødet, fx af kontaktperson
- Når der foreligger fornemmelse af tydeligt samarbejde på tværs, skaber det tryghed
- I tror I ved hvad der foregår andre steder – men det gør I langt fra
- Svært at huske planer i forløbet - Mestringsplanen nævnes dog flere steder, som noget positivt
- Sagsbehandleren er en vigtig ressourceperson (de unge vil gerne vide hvem det er)
- Nedskrevne faresignaler kan blive en trigger for selvskade
- Varsomhed med at drøfte drømme, håb og fremtid- obs på situationen
- Indholdet må ikke "bruges imod" mig
- I må ikke glemme hvor dårligt jeg har det
- Svært at tale om ungdomsliv, når der ikke har været noget

Kompetenceudvikling Fælles beslutningstagning - FBT

Når man ønsker til fulde at implementere FBT, som overordnet referenceramme og metode, kræver det en kæmpe indsats ift. kulturændring, holdningsskifte, kompetenceudvikling og udvikling af metode, herunder de rette beslutningshjælpere mm. Projektet har afsøgt viden om dette hos Center For Fælles beslutningstagen RS.

Den fulde implementering af FBT har ikke været muligt inden for den givne ramme i dette projekt. Projektet har anvendt FBT som en overordnet referenceramme. Dette ift. måden vi er sammen på, måden hvorpå vi inddrager på, og måden hvorpå vi understøtter den unges/familiens beslutninger.

Dette afspejler sig fx i "Min Plan" + "Mit Møde", hvor vi arbejder med "vigtigt om mig", egen dagsorden, personlige statements mm.

Indtag af viden/kompetenceudvikling:

- deltagelse i e-læringsprogram
- deltagelse i webinar
- deltagelse i læringsseminar Kolding
- deltagelse i workshopdag med somatikken AUH (videndeling + inspiration)

Kompetenceudvikling – grafisk facilitering

Der er udviklet en kursusdag i grafisk facilitering for projektmedarbejderne med henblik på i endnu højere grad at kunne understøtte møderne visuelt, til gavn for de unge. Projektet fandt midler til dette i en tilstødende projektbevilling.

Udførelsesfasen - Produkter

Den Digitale Forløbsguide

Der er på tværs af alle enheder udviklet en digital app, som den unge oprettes i efter der er afgivet positivt samtykke. I appen kan den unge tilgå + redigere i "Min Plan" og se korte videofilm omkring forberedelse til "Mit Møde" mm. Den unge kan ligeledes skrive beskeder til sin daglige tovholder på bostedet.



Det vil vi gerne opnå:

- Information lige ved hånden
- Information når det passer den unge
- Målgruppepræference- telefon
- Mulighed for direkte interaktion/kommunikation med tovholder på bostedet
- Mulighed for at kunne læse om projektet
- Mulighed for at kunne forberede sig på "Mit Møde"

Min Plan – Trygheds- og Forebyggelsesplanen

I samarbejde med den unge og med udgangspunkt i dennes ønsker/behov, arbejder vi i projektet med følgende mål:

- Øget trivsel og tryghed
- Øget ejerskab over forløb
- Øget oplevelse af sammenhæng i din behandling
- Øget inddragelse af dig, din familie og dit netværk
- Udarbejdelse af Min Plan

Se relevante bilag via følgende links:

- [Min Plan](#),
- [Min Plan – Vejledning til professionelle](#),
- [Min Plan – Hjælpeværktøj](#),
- [Mit Møde. Forberedelse](#),
- [Min Plan og Mit Møde. Handout til unge](#).

MIT Møde – Netværksmødet

Mit Møde etableres i umiddelbar forlængelse af (ca. 4 uger efter) udarbejdelse af Min Plan og afholdes med henblik på at koordinere og sikre sammenhængende indsatser omkring den unge.

Mødet skal understøtte den unges udvikling, trivsel og inddragelse. Herunder undgå, stoppe eller reducere tvangs- og magtanvendelser. Mødet forberedes sammen med den unge i overensstemmelse med den unges ønsker og behov og med afsæt i Min Plan. I projektet sigter vi efter at der afholdes 2 "Mit Møde".

I forberedelsen af mødet opfordres den unge til at udarbejde personlige statements, hvor den unge i egne ord kan beskrive, hvordan den unge ser sig selv, hvad der er vigtigt for den unge og hvad den unge søger hjælp til.

Under Mit Møde vil de personlige statements aktivt kunne bruges som invitation til, at mødedeltagerne kan bidrage med deres viden og erfaringer ifht. at træffe gode fælles beslutninger

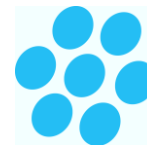
Det vil vi gerne opnå:

- Alle mødedeltagerne får indblik i den unges ressourcer, udfordringer, triggere og mestringsstrategier og kan benytte denne viden aktivt med Min Plan som fælles værktøj.

7.8.2 – Resultater – Evalueringen udvides

I 2022 søgte og fik projektet B&U RM tildelt økonomisk støtte fra en pulje i SST- bostøtte teams. Dette projekt arbejder med de redskaber, som er udviklet i LKT, og løber indtil **ultimo 2023**. I denne forbindelse er der i samarbejde med DEFACTUM udarbejdet et omfattende evalueringsdesign, som fx rummer følgende indikatorer:

- Følelse af inddragelse



- Tryghed
- Mestring
- Trivsel
- Diagnosegrupper
- Indlæggelser og genindlæggelser
- Tvangsindlæggelser
- Øvrige tvangsforanstaltninger
- Magtanvendelser
- Voldsomme episoder - VTC registreringer

Antal inkluderede unge:

- Antal unge med "Min Plan"
- Antal afholdte "Mit Møde"
- Antal deltagere i "Mit Møde" samt type af aktør (den unge, pårørende, HOL-medarbejder, BUA medarbejder, politi, præhospital, akutafdeling, egen læge, andre)
- Antal forløb med min. to afholdte "Mit Møde"
- Antal medarbejdere fra BUA og HOL, der har deltaget i kompetenceudvikling ifm. projektet. Ved flere typer kompetenceudvikling beskrives disse

Og de kvalitative interviews:

- Fem udvalgte unge
- Gruppeinterviews med medarbejdere fra alle tre enheder
- Refleksionsskema efter afholdelse af alle "Mit Møde"

Resultaterne fra denne evaluering, forventes klar januar/februar 2024. Læs mere om design og resultater via dette link til [DEFACTUM](#).

Erfaringer indtil nu:

Da vi startede projektet, havde vi en formodning om at kunne inkludere ca. 30 unge fra bostedet. Der er af forskellige årsager sket en nedjustering (frafald i målgruppen, muligheder for inkludering, hensyn til projektomfang mm.)

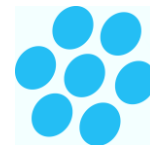
Projektet håber nu på at kunne inkludere i alt ca. 20 unge.

Der er til og med september gennemført fem "Mit Møde 1", + to "Mit Møde 2". Der gennemføres efter planen to "Mit Møde", med hver deltager.

Projektmedarbejderne på HOL gør en aktiv indsats for at få unge og medarbejdere til at deltage i projektet, og en del unge er i gang med at udfylde Min Plan, ligesom der er tilrettelagt møder resten af efteråret. Der er plads til flere unge, men der er altid en risiko for, at de unge aflyser – af forskellige årsager (forværing, indlæggelse, fraflytning, mm.)

Medarbejder udtalelser fra afholdte møder:

- Udvalgte redskaber og fremgangsmåde, har effekt på den unges deltagelse i mødet
- Den unge siger meget mere end vanligt
- Den unge er med til at dagsordensætte + bestemme/ønske deltagere
- Får udtrykt det, som de mener er vigtigt med egne ord (det er den unges møde)
- Efter mødet tyder noget på en ændring i adfærd (obs - hos de få der har været igennem) – opblødning af fastlåshed, orientering mod fremtid, flere timer ude, udtrykker ønske om kontakt til sagsbehandler, aktiv stillingtagen til uddannelsesønske mm.
- Ligeledes positiv respons fra forældre + medarbejdere på bostedet + medarbejdere i BUA



7.8.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

Den 26/10 har projektet planlagt en større evaluering/vidensdeling workshop, som faciliteres af DEFACTUM. I forbindelse med denne workshop skal vi høre om de foreløbige resultater og drøfte hvad der evt. kunne tyde på effekt, herunder hvad skal der til for at lykkes med at fastholde/udbrede disse efter projektperioden (organisering, samarbejde og ledelse)

I workshoppen deltager ledelse og projektmedarbejdere fra alle 3 enheder, som har været involveret i projektet. Der er efter ovenstående workshop ligeledes planlagt opfølgning i projektregi, ift. "blivende indsatser". Dette forløber den 6/11 2023.

7.9 - Nordjylland – Voksensporet

7.9.1 – Initiativer og indsatser

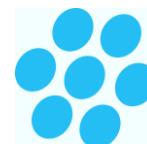
I Region Nordjylland er det tværsektorielle samarbejde indenfor voksenområdet formaliseret i rammerne af Patientens Team, hvor der afholdes enkeltstående eller løbende møder. Til møderne deltager borger, pårørende og tilknyttede fagprofessionelle i psykiatri og kommune, hvor behandling, indsatser og støtte drøftes, og der laves fælles plan og aftaler. Afprøvningsne i LKT Tvang – Voksen har haft denne etablerede, formaliserede samarbejdsmodel som deres afsæt.

Ligeledes er der allerede praksis med at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for de patienter, som er i målgruppe herfor – således også de borgere, som har givet samtykke til at indgå i LKT Tvang. De forskellige afprøvningsne i projektet har derfor haft størst fokus på at kvalificere nuværende indsatser og/eller at øge fokus på borgerinddragelsen.

Beskrivelse af konkrete indsatser og erfaringer

Fra tidligere projekt (Satspuljeprojekt Nedbringelse af tvang) med fokus på at forebygge tvangsindlæggelser ved vi, at et eksplicit fokus på forebyggelse af (ny) tvang har direkte positiv effekt på antal af tvangsindlæggelser, antal indlæggelsesdage samt dage mellem indlæggelser. På den baggrund har der også i LKT Tvang været samme eksplicitte fokus i forbindelse med drøftelserne på de tværsektorielle møder og i aftalerne i udskrivningsaftaler/koordinationsplaner.

- Etablering af et formaliseret tværsektorielt samarbejde i regi af Patientens Team med et **eksplicit** tvangsforebyggende sigte. I rammerne af Patientens Team afholdes udskrivningskonference/netværksmøde(r) for borgere, som indlægges med tvang. Såfremt der afholdes flere møder, bør dato for næste møde fastsættes allerede på indeværende møde.
- Fra tidligere nævnte projekt ved vi, at en formaliseret samarbejdsmodel styrker og letter det tværsektorielle samarbejde, understøtter kendskabet til hinandens råderum og muligheder. Ligeledes understøtter det en rød tråd og sammenhæng i den enkelte borgers forløb.
- I forbindelse med mødeafholdelse bør der tages stilling til, hvem der er ansvarlig for mødeforberedelse sammen med borgeren for at understøtte relevant inddragelse og fokus på borgerens ønsker og drømme. Fra LKT Tvang er der gode erfaringer med at dette fokus netop understøtter borgerens ejerskab og aktive deltagelse på møderne.
- Brug af særlig dagsorden i forbindelse med mødeafholdelse, som netop understøtter fokus på tvangsforebyggelse og patientinddragelse. I praksis har det vist sig svært at huske brugen af dagsordenen, om end den samtidig findes relevant og brugbar.
- Særligt patientinddragende indhold i udskrivningsaftaler/koordinationsplaner (jf. projektbeskrivelse for LKT Tvang):
 - o Patientens ønsker og præferencer ift. forebyggelse af tvang og i bredere forstand



- Beskrivelse af patientens netværk
- Afsnit om forebyggelse af tvang: Inddrag oplysninger fra fx selvmordsrisikovurderinger, BVC, krise-triggerskema, pædagogisk interventionsplan (kommunal) mm.

Her bør der være fokus på fast procedure, således dette indhold huskes indskrevet i aftalerne i udskrivningsaftaler/koordinationsplaner.

- Tilknytning af peermedarbejder, hvor det skønnes fagligt relevant med fokus på højere grad af patientinvolvering bl.a. gennem mødeforberedelse og brug af ”personlige statements”. Peermedarbejder deltager også i netværksmøde som støtte for borgeren. I LKT Tvang ses gode erfaringer med ovenstående indsats, hvor borgeren i højere grad har følt sig inddraget, lyttet til og er kommet mere til orde ift. hvad der er vigtigt for borgeren.
- Styrkelse af samarbejde mellem botilbud og modtagne sengeafsnit, hvor botilbud umiddelbart efter indlæggelse med tvang kontakter sengeafsnittet med henblik på at give en større forståelse for, hvad der er gået forud for indlæggelsen. Erfaringen er, at det gør det lettere at tage stilling til, hvad der skal arbejdes med under indlæggelse og afkorter indlæggelsestiden.

I løbet af projektperioden har der ligeledes været intentioner om at afprøve ”Blitzanalyser” – en indsats, der har vist god effekt i Region Syddanmark ift. til at opnå fælles viden, som i et fremadrettet perspektiv kan være tvangforebyggende. Dog har det ikke været muligt i praksis, da der i den aftalte afprøvningsperiode stort set ikke blev indlagt inkluderede patienter, hvor indsatsen kunne afprøves.

Ligeledes har der været ønske om at afprøve elektronisk deling og fremsendelse af oplysninger mellem botilbud og modtagne sengeafsnit – igen i et fremadrettet tvangforebyggende perspektiv. Dette har desværre ikke kunne lade sig gøre grundet en række tekniske og tværsektorielle koordineringsmæssige udfordringer i forbindelse med afprøvningen.

I projektbeskrivelsen har der været ønske om prøvehandling omhandlende elektive indlæggelser for ”et mindre antal ambulante patienter med komplekse forløb og/eller stor risiko for tvangsindlæggelse. Patienterne tilbydes elektiv indlæggelse (kortvarig), så der kan udarbejdes udskrivningsaftale/koordinationsplan. Dette er ikke afprøvet i Region Nordjylland, da stort set alle patienterne i målgruppen for LKT Tvang allerede har en udskrivningsaftale/koordinationsplan på baggrund af den støtteindsats de modtager. Ligeledes tages der løbende stilling til behovet for indlæggelse ud fra en klinisk vurdering af borgeres samarbejde. Dette sker også i det løbende tværsektorielle samarbejde med kommunale samarbejdspartnere; botilbud, bostøtte m.m.

Samarbejdet med patienter/borgere og pårørende

Omkring midtvejs i projektperioden blev det tydeligt, at det var svært at øge volumen i projektet samt at fastholde nogle borgeres samtykke til fortsat deltagelse i projektet, hvorfor afprøvningsperioden blev sat i bero for at have særligt fokus på samtykke-delen ¹.

Ligeledes blev det tydeligt, at den overordnede målgruppe, som kunne indgå i projektet, ikke var så stor som antaget og ikke står mål med de omfattende indikatorer, der på forhånd er opsat for projektet.

Det er derfor vigtigt, at der i forbindelse med et tvangforebyggende forløb i Patientens Team er vedvarende fokus på borgerens egne ønsker og motivation for at indgå i indsatsen, således indsatsen hele tiden giver mening for patienten. Erfaringer fra LKT Tvang viser, at patienter med nedsat sygdomsindsigt og dårlig compliance ift. behandlingen over tid trækker samtykket tilbage. Fremadrettet skal den generiske samtykkeerklæring benyttes og ikke den særligt rettet mod LKT-projektet.

¹ Indledningsvist i projektperioden blev det afklaret med jurister både regionalt og kommunalt at deltagelse i projektet kræves specifikt samtykke, idet der var tale om tværsektorielt projekt, som indebærer deling af oplysninger på tværs.



Der har i LKT Tvang – Voksen ikke været et særligt fokus på inddragelse af pårørende. Dette er sket i de enkelte forløb og under hensyn til borgerens og de pårørendes ønsker

7.9.2 – Resultater og erfaringer

Resultatindikatorer (R1 og R2 - tvangsindlæggelser)

Målgruppen i indikator R1 og R2 er patienter med bopæl i Aalborg Kommune med aktivt ambulant forløb i Ambulatorium for Psykoser – Team Nord, Centrum eller Sydøst - som indlægges med tvang på sengeafsnit S5.

For indikator R1 ses en stabil baselineperiode med en median på 2 berørte personer pr. måned. Et lavt niveau, som gennem flere år har ligget ret stabilt. I projektperioden (1. januar 2022 – 30. september 2023) er der ikke-tilfældig variation i serien. Der ses en stigning i antal personer berørt af tvangsindlæggelse med en median på 3 berørte personer pr. måned. Den samme udvikling ses for indikator R2, antal tvangsindlæggelser pr. måned. Antal tvangsindlæggelser er steget fra en median på 2 hændelser pr. måned i baselineperioden til en median på 3 hændelser pr. måned i projektperioden.

I projektperioden er 42 patienter berørt af tvangsindlæggelser og størstedelen tvangsindlægges kun 1 gang, 6 patienter tvangsindlægges 2 gange og kun 3 patienter tvangsindlægges mere end 2 gange i perioden.

Det er vigtigt at bemærke, at ovenstående data ikke kun siger noget om de personer, som har fået en indsats i LKT Tvang. Det siger noget om en større population, som følges i Ambulatorium for Psykoser og indlægges med tvang. Dels vil størstedelen af personerne inkluderes i projektet kun indgå i data én gang, da de kun har én tvangsindlæggelse i løbet af projektperioden. Dels er der i LKT Tvang også – jf. den på forhånd definerede målgruppe – inkluderet personer, som endnu ikke har været indlagt med tvang, men er i risiko herfor.

Seriediagrammerne siger ej heller noget om, om indsatsen i LKT Tvang har haft en reel tvangsførende effekt for de personer, som har fået en indsats i projektet.

Følgeindikatorer (F1-F4 øvrige tvangshændelser og magtanvendelser)

Målgruppen for følgeindikatorerne F1 og F2 (øvrige tvangshændelser) er den samme som for resultatindikatorerne.

For indikator F1 ses en stabil baselineperiode med en median på 3 personer berørt af tvangshændelser pr. måned. I projektperioden ses der ikke-tilfældig variation. Der ses en stigning med en median på 4 personer berørt af tvangshændelser pr. måned. For indikator F2 ses tilfældig variation i projektperioden, hvilket vil sige at antal tvangshændelser pr. måned er stabilt i forhold til baselineperioden.

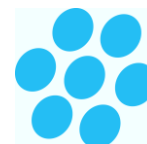
I projektperioden er 47 patienter berørt af tvangshændelser, hvoraf 20 har 1 tvangshændelse i projektperioden, 15 patienter har mellem 2 og 5 tvangshændelser og 12 patienter har over 5 tvangshændelser.

For indikator F3 og F4 (magtanvendelser i kommunen) er der ikke trukket baselinedata. I projektperioden er der kun registreret én magtanvendelse, hvorfor data ej heller er illustreret i seriediagrammer.

For indikatorer F1 til F4 knytter sig samme bemærkninger som til R1 og R2 i forhold til de begrænsede konklusioner der kan drages for personer inkluderet i LKT Tvang.

Procesindikatorer (V1-V4 udskrivningsaftaler (UA)/koordinationsplaner (KP) samt netværksmøder)

For procesindikatorerne V1 og V2 er målgruppen de patienter, som har været udsat for tvang og indgår i resultatindikatorerne eller følgeindikatorerne.



For indikator V1 er der ikke-tilfældig variation i baselineperioden, og det er derfor ikke muligt at etablere en baseline. Dette skyldes en lovændring pr. 01.06.19, hvor udarbejdelse af en udskrivningsaftale/koordinationsplan blev obligatorisk for en bestemt målgruppe, som modtager en indsats jf. afsnit 5 i serviceloven. Antallet af patienter som udskrives pr. måned (nævner), ligger mellem 1 og 10, hvilket giver store udsving i serien med værdier på både 0 pct. og 100 pct. I projektperioden ses ikke-tilfældig variation med en median andel af patienter der udskrives med udskrivningsaftale eller koordinationsplan på 28,6 %. Data skal tolkes med forsigtighed, da der er stort udsving i antal patienter pr. måned. Ligeledes vil ikke alle patienter, som indlægges med tvang eller udsættes for anden tvang under indlæggelse være i målgruppen for en udskrivningsaftale/koordinationsplan jf. ovenstående.

For indikator V2 er der en stabil proces i baselineperioden og andelen af UA ligger på 60 pct. I projektperioden ses der tilfældig variation, og der er således ikke sket en ændring i andelen af UA i forhold andelen af koordinationsplaner i projektperioden.

Målgruppen i indikator V3 og V4 er de patienter, som har givet samtykke til at deltage i projektet.

For indikator V3 ses, at andelen af UA og KP med årlige netværksmøder fortsat ligger på 100 pct. Andelen af revurderinger (indikator V4) er faldet i projektperioden fra 90 pct. (4. kvartal 2022) til 80 pct (projekt-afslutning). Hertil bør bemærkes, at data er trukket på et lille antal patienter. Faldet skyldes dels patienter som er ophørt i projektet eller ambulatorium inden revurderingstidspunktet og dels udløb af en udskrivningsaftale før revurderingstidspunktet.

For indikatorer V1 til V4 knytter sig samme bemærkninger som til R1 og R2 i forhold til de begrænsede konklusioner der kan drages for personer inkluderet i LKT Tvang.

Kommentarer til tolkning af data

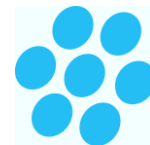
Det har været en udfordring at finde patienter/borgere, som var i målgruppen (patient med bopæl i Aalborg Kommune med aktivt ambulært forløb i Ambulatorium for Psykoser – Team Nord, Centrum eller Sydøst - som indlægges med tvang på sengeafsnit S5) og ønskede at deltage i projektet. Der var i alt 15 patienter, som i løbet af projektperioden gav samtykke til at deltage i projektet ud af i alt omkring 48 mulige borgere. Projektets resultater (på datasiden) skal ses i lyset heraf og der skal i tolkningen af data tages højde for, at under halvdelen af patienter/borgere i målgruppen (dem der måles på) har været inkluderet i projektet. Det begrænsede antal inkluderede borgere kan være en medvirkende årsag til, at der ikke ses et fald i projektet resultat- og følgeindikatorer. Det er derfor ikke muligt ud fra data at konkludere, om indsatser/tiltag igangsat under projektperioden har haft den ønskede positive effekt.

Desuden har der været dataudfordring i projektperioden. På grund af overgang til et nyt patientjournal-system i Region Nordjylland den 25. marts 2022 anvendes der data fra to forskellige kilder (PAS hhv. NordEPJ) i arbejdet med at lave indikatorerne. BI og Analyse i Region Nordjylland har følgende kommentar som gælder alle ovenstående indikatorer: 'Grundet overgang til NordEPJ ultimo marts 2022 kan registreringerne i NordEPJ være ufuldstændige, fejlagtige, mangelfulde eller forsinkede, da ny registreringspraksis skal indfinde sig i hele organisationen.'

Der har været ønske om supplerende data for de borgere, som har haft en aktiv indsats i LKT-tvang. Datatræk og databearbejdning har dog ikke kunnet lade sig gøre på grund af ressourcemæssige årsager. Der kan derfor ikke siges noget konklusivt om de direkte tvangsforebyggende effekter af LKT-tvang, da dette ikke vil være synligt i det data, der udarbejdes på baggrund af de på forhånd definerede resultat, følge- og procesindikatorer.

7.9.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

På baggrund af erfaringerne fra LKT Tvang anbefales en fremadrettet indsats for følgende afgrænsede målgruppe:



- Alle patienter, som følges i Ambulatorium for Psykoser med bopæl i en kommune i Afdeling Syds optageområde; Aalborg, Vesthimmerland, Rebild og Mariagerfjord, som samtidig indlægges på S5 med tvang. Dette med udgangspunkt i principperne i forbedringsmodellen om afprøvning og gradvis udvidelse.
- Der bør samtidig være særligt fokus på at inddrage en mindre gruppe af særligt komplekse patienter, som er kendetegnet ved at have hyppige (ofte korte) indlæggelser i psykiatrien og ofte også i somatikken. Det er forløb med mange involverede fagprofessionelle, hvor koordinering og samarbejde på tværs af sektorer er nødvendig for at understøtte fælles forståelse og fælles faglig tilgang. Disse patienter er ikke altid i målgruppen for et behandlingstilbud i psykiatrien og følges derfor ikke altid i et ambulatorium, men der er hyppige indlæggelser i psykiatrien – ofte som følge af affektudbrud og selvskade.

I forhold til denne særligt komplekse målgruppe viser erfaringerne fra tidligere Satspuljeprojekt Nedbringelse af Tvang - at en målrettet, eksplicit tvangsforebyggende indsats og et formaliseret tværsektorielt samarbejde i rammerne af Patientens Team har en direkte positiv effekt på antallet af tvangsindlæggelser, antal indlæggelsesdage og dage mellem indlæggelser.

Omdrejningspunktet for indsatsen er et styrket, forpligtende tværsektorielt samarbejde i Patientens Team, hvor der med udgangspunkt i en helhedsorienteret problemforståelse og samordning af indsatser på tværs af sektorer, skabes rum for kreative og fleksible indsatser og aftaler – fx fremgangsmåde i forbindelse med indlæggelse, fleksibilitet ift. fortsat tilknytning af kommunal behandler. Der er samtidig fokus på styrket inddragelse af borgeren og let og hyppig kontakt med borger og mellem samarbejdspartnere.

- I LKT Tvang er også indgået borgere, som er i risiko for at blive indlagt med tvang. Det anbefales også at fastholde dette tvangsforebyggende fokus fremadrettet. Her vil det primært være i kommunalt regi fx på botilbud, at der skal være særlig opmærksomhed på forværring i en borgers tilstand, som kan ende i en mulig tvangsindlæggelse. I disse tilfælde bør kommunen tage kontakt til relevante behandlere i Ambulatorium for Psykoser med henblik på at opstarte en tvangsforebyggende indsats i regi af Patientens Team.
- Der bør samtidig med udvidelse af målgruppen tages stilling til, om den tvangsforebyggende indsats i Patientens Team opstartes ved første tvangsindlæggelse eller først ved fx anden tvangsindlæggelse indenfor en nærmere angiven tidsperiode. Sondringen er relevant, da vi fra baselinedata ved, at 20 % af de personer, der indlægges med tvang, står for ca. 50 % af tvangsindlæggelserne. Således vil de fleste personer, som indlægges med tvang, kun have én tvangsindlæggelse over tid. Fra Satspuljeprojektet ved vi, at en tvangsforebyggende indsats har en tvangsreducerende effekt for både personer med én og gentagne tvangsindlæggelser.
- Det er vigtigt, at der i forbindelse med indhentning af samtykke – og vedvarende under forløbet – er fokus på at afklare patientens egne ønsker og motivation for at indgå i indsatsen, således samtykket gives på et informeret grundlag, og at indsatsen hele tiden giver mening for patienten
- På sigt kan det være relevant med en yderligere udvidelse af målgruppen til patienter, som følges i Enhed for Bipolar Lidelse og som indlægges med tvang. Af data fra tidligere Satspuljeprojekt Nedbringelse af Tvang ved vi, at denne diagnosegruppe udgør den andenstørste gruppe ift. indlæggelser med tvang. Der bør igen være opmærksomhed på øget ressourceforbrug.

Konkret fremgangsmåde:

1. Socialrådgiver afdækker i screening af ny-indlagte patienter på S5, om patienten er indlagt med tvang og følges i Ambulatorium for Psykoser.



2. Såfremt patienten er i målgruppen for indsatsen, drøftes og besluttet på stuegang eller konference, om/at borgeren skal tilbydes en tvangsforebyggende indsats i regi af Patientens Team.
3. Socialrådgiver tager kontakt til teamet i Ambulatorium for Psykoser med henblik på indgå aftale om, hvem der indhenter samtykke fra borgeren og orienterer nærmere om formål med indsatsen. Dette kan også ske på sengeafsnittet, af botilbud eller bostøtte m.m. Udgangspunktet er, at det er en fagperson, som har en god relation og kendskab til borgeren.
4. Efter indhentning af samtykke koordinerer og indkalder ansvarlig socialrådgiver på enten udskrivende sengeafsnit eller i Ambulatorium for Psykoser til opstartsmøde. Husk mødeforberedelse og brug af særlig dagsorden. Der skal i denne forbindelse ikke anvendes særlig samtykkeerklæring, men anvendes samme samtykkeerklæring og fremgangsmåde som ved øvrigt behov for tværsektorielt samarbejde i Patientens Team. Såfremt patienten overflyttes til andet sengeafsnit, overleverer socialrådgiver på afgivende afsnit til modtagende afsnit, at der skal indhentes samtykke.
5. I forbindelse med udskrivelse udarbejdes udskrivningsaftale/koordinationsplan med fokus på særligt indhold jf. ovenstående.
6. Ovenstående indsatser inddrages i forløbet, som det giver mening.
7. Den særlige tvangsforebyggende indsats i rammerne af Patientens Team afsluttes, når det i fællesskab besluttet, at der ikke længere er behov for en sådan indsats. Der kan både være tale om kortere – og længerevarende forløb. Der bør tages udgangspunkt i indlæggelseshistorikken efter opstart i det tværsektorielle samarbejde i forhold til stillingtagen til afslutning.

7.10 - Nordjylland - Børne- og ungesporet

7.10.1 – Initiativer og indsatser

Fokus på LKT-projektet i Børne- og Ungesporet i Region Nordjylland har været udvikling af en forebyggelses- og tryghedsplan samt implementeringen af denne.

Tværsektorielt samarbejde

Inden selve projektperioden og det tværsektorielle samarbejde blev iværksat, har Aalborg Kommune brugt ressourcer på at undersøge, hvorvidt der på specifikke anbringelsessteder for børn og unge i kommunen har været en høj andel af magtanvendelser. Det har dog ikke været muligt at finde et specifikt anbringelsessted med en specifik udfordring med magtanvendelser og tvang.

Den første tid af LKT-projektperioden er gået med at få etableret en velfungerende tværsektoriel arbejdsgruppe. Teamet består af en række forskellige faggrupper, herunder forskellige ledere fra Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland, forskellige medarbejdere og ledere fra Aalborg Kommune, pårørende repræsentant fra Foreningen BHOV, Unge-peerboardet, Pårørende-peerboardet samt peers. Det har været en vigtig prioritering at fokusere på det tværsektorielle samarbejde og at Psykiatri og Kommune har lært hinanden at kende, forstå hinandens forskellige kontekster og perspektiver samt at få skabt et fælles ståsted i forhold til LKT-projektet. Dette er dog en proces, som tager tid og skal prioriteres og den første del af LKT-projektperioden er blevet brugt på prioriteringen af dette tværsektorielle samarbejde.

I teamet blev det tydeligt fra start, at Psykiatri og Kommune er to forskellige kontekster og hvis et godt samarbejde skulle iværksættes, skulle det prioriteres at danne en fælles ramme for LKT-projektet. Denne proces er lykkedes i nogen udstrækning, men relationsarbejdet kan styrkes. Teamet udarbejdede i starten af projektperioden en MUSIQ-score på 117,25, som afspejler, at projektet kan blive vellykket, men der er mulige kontekstafhængige barrierer, hvilket stemmer godt overens med de udfordringer og forskelligheder, som findes i det tværsektorielle samarbejde. Det kunne have været en fordel, hvis teamet havde været mere kritisk omkring, hvilke medlemmer, der deltog og været mere kritisk omkring, om der med fordel kunne byttes rundt på teammedlemmerne og hvorvidt, der ville komme forskellige behov i løbet af projektperioden. Det er dog værd at bemærke, at der har været et godt tværsektorielt samarbejde i teamet, hvor der har været åbenhed overfor hinandens kontekster, perspektiver, styrker og forskelligheder.



Den samskabende proces

Den samskabende proces i forbindelse med LKT-projektet har været meningsfuld, da forebyggelse af tvang også kræver et tæt samarbejde med børnene/de unge og deres omsorgspersoner. Det har derfor været af stor betydning for LKT-projektgruppen, at få barnet/den unges stemme med i LKT-projektet.

Det har imidlertid været vanskeligt at fastholde peers i arbejdsgruppen, da erfaringen er, at det kræver en indsats fra resten af teamet at støtte op og peermedarbejderne og skabe mening for peermedarbejderne. Teamets medlemmer har inden projektperioden ikke været klædt tilstrækkeligt på i forhold til, hvordan peermedarbejdere bedst involveres i LKT-projektet, herunder hvordan der samskabes med tidligere patienter og især, hvordan der samarbejdes med meget unge peermedarbejdere.

Derfor har dette LKT-projekt anvendt råd og vejledning fra Unge- og Pårørende-peerboardet, hvilket har været meningsfuldt. Det har haft stor betydning for projektarbejdet, at Foreningen BHOV har været en del af den samskabende proces gennem hele LKT-projektperioden.

Udvikling af informationsmateriale

Indledende for udvikling af forebyggelses- og tryghedsplanen har en indsats været at udarbejde informationsmateriale til børnene/de unge, deres omsorgspersoner og de samarbejdspartnere, som arbejder omkring barnet/den unge:

- [Et tilbud om, at vi i fællesskab laver en forebyggelses- og tryghedsplan \(til barn/ung/omsorgsperson\)](#)
- [Styrket tværsektorielt samarbejde gennem en forebyggelses- og tryghedsplan \(samarbejdspartnere/medarbejdere\)](#)

Denne proces har været tidskrævende, da den samskabende proces betyder, at materialet skal gennemarbejdes ad mange omgange for at kunne tilfredsstille samarbejdspartnere, børn/unge og omsorgspersoners behov. På trods af den tidskrævende proces, har det været en meningsfuld proces, som har understreget vigtigheden af samskabelse, men ligeledes en proces, som har styrket det tværsektorielle samarbejde.

Forebyggelses- og tryghedsplanen

I Børne- og Ungdomspsykiatrien findes der ikke udskrivelsesaftaler og koordinationsplaner. Derfor har den første del af LKT-projektperioden bestået af at udvikle en [forebyggelses- og tryghedsplan](#). Det har været helt essentielt for teamet, at barnet/den unges stemme skal ind i forebyggelses- og tryghedsplanen og at det er barnets/den unges plan. Det stiller dog store krav til forebyggelses- og tryghedsplanerne, da denne skal kunne forstås og være anvendelig for børn ned til 12 år.

Teamet har derfor brugt lang tid på at udarbejde denne forebyggelses- og tryghedsplan, finde afsnit og spørgsmål, som er meningsfulde for og kan forstås af børn og unge, men som også kan komme omkring de elementer i plejen og behandlingen af børn og unge ud fra både barnets/den unges omsorgspersoner, behandlere i Børne- og Ungdomspsykiatrien og de forskellige familieafdelinger i Kommunen. Det betyder, at mange mennesker har skulle blive enige om, hvilke elementer af forebyggelses- og tryghedsplanen, som er meningsfulde og disse elementer og spørgsmål skulle omsættes til et sprog, som er forståeligt og giver mening for alle.

Dette har været en interessant og meningsfuld proces, som har skabt grobunden for et udviklende og givtigt tværsektorielt samarbejde, men ligeledes en tidskrævende proces. Slutproduktet er dog en velovervejet og gennemarbejdet forebyggelses- og tryghedsplan, som vurderes implementerbar i klinisk praksis.



Afprøvning på netværksmøder

I slutningen af LKT-projektperioden er forebyggelses- og tryghedsplanen afprøvet på netværksmøder. Der er planlagt netværksmøder med det formål at udarbejde forebyggelses- og tryghedsplanen sammen med barnet/den unge, dennes omsorgspersoner og samarbejdspartnere i barnet/den unges forløb. Disse netværksmøder er evalueret undervejs.

Ud fra dette arbejde, har det vist sig, at det giver mest mening, at det er en konferencebeslutning i Børne- og Ungdomspsykiatrien, hvorvidt det får den givende barn/unge, er relevant at udarbejde en forebyggelses- og tryghedsplan på et netværksmøde. Dette skyldes, at Børne- og Ungdomspsykiatriens konference er tværfagligt repræsenteret. Efterfølgende er det en socialrådgiveropgave at arrangere netværksmødet og sikre, at forebyggelses- og tryghedsplanen udarbejdet på netværksmødet.

På selve netværksmødet, skal der være en mødeleder, som kender patienten og som har gennemgået forebyggelses- og tryghedsplanens elementer med patienten inden netværksmødet. Referatet af netværksmødet er selve forebyggelses- og tryghedsplanen, hvor denne udarbejdes undervejs i netværksmødet af en referent. Rollefordelingen besluttet inden netværksmødet.

Det har imidlertid været udfordringer forbundet med at planlægge netværksmøder, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen udarbejdes. Dette skyldes, at Aalborg Kommune er indrettet i geografiske områder efter børnenes/de unges adresse. Derudover skifter børnene/de unge Familieafdeling, når de får en psykiatrisk diagnose og er tilknyttede forløb i Børne- og Ungdomspsykiatrien, idet de overgår til Specialgruppen i Aalborg Kommune. Det har derfor været vanskeligt at finde børn og unge, som har et aktivt ambulans forløb i Psykiatrien og som hører til Familiegruppe Nord. Dette har forsinket afprøvningen af forebyggelses- og tryghedsplanerne.

Planlægningen af netværksmøder har ligeledes været udfordret ved, at LKT-projektet primært har været forankret i ambulans regi, men tovholderen for LKT-projektet har været en socialrådgiver, som ikke er ansat i de ambulatorier, som har forløb med de børn og unge, som kan inkluderes i LKT-projektet. Det har vist sig at have afgørende betydning for afprøvningen og implementeringen af forebyggelses- og tryghedsplanen. Derudover har projektperioden været påvirket af, at der har været tre forskellige lokale tovholdere i Børne- og Ungdomspsykiatrien i LKT-projektet, da det er uundgåeligt, at viden tabes i overlappene mellem tovholderne.

Evalueringskemaer

På baggrund af, at der ikke er megen tvang i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland er det derfor er vanskeligt at finde data, som ikke er behæftet med tilfældig variation, er der udarbejdet evalueringskemaer, som vil kunne belyse effekten af implementeringen af forebyggelses- og tryghedsplanen. Disse evalueringskemaer er udviklet i den tværsektorielle arbejdsgruppe og er vurderet af peerboardene.

Fokus i udviklingen af evalueringskemaerne er, at spørgsmålene skal være fagligt relevante for LKT-projektet, men ligeledes let forståelige for barnet/den unge, dennes omsorgspersoner og samarbejdspartnere omkring patienten i både den primære og sekundære sektor. Der er udarbejdet to forskellige evalueringskemaer:

- [Evalueringskema til barn/ung/omsorgsperson](#)
- [Samarbejdspartner](#)

7.10.2 – Resultater

Indeværende LKT-projekt har haft en række indikatorer, som skal bidrage til at vurderingen af effekten af projektet.

Opgørelsen af tvangsforanstaltninger i Børne- og Ungdomspsykiatrien og magtanvendelser i Kommunerne viser, at der ikke er meget tvang/magtanvendelser på børn og unge i Region Nordjylland. De data som findes, er behæftet med tilfældig variation og det er vanskeligt at få statistisk signifikante resultater,



som kan vise en effekt af LKT-projektet og arbejdet med forebyggelses- og tryghedsplanerne. Der har derfor været fokus på:

- Antal afholdte netværksmøder
- Antal udarbejdede forebyggelses- og tryghedsplaner
- Evalueringsskemaer efter netværksmøder, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen er udarbejdet

Resultater af LKT-projektet:

Resultatindikator R1 og R2 – tvangslæggelser berørte personer pr. måned (R1) og hændelser pr. måned (R2)

Målgruppen i indikator R1 og R2 er børn og unge på 12 år og derover med bopæl i Aalborg Kommune, som indlægges med tvang på Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling BU1.

I bilag 14 ses antal berørte børn og unge, som er blevet tvangslægt i perioden for LKT-projektet samt antallet af tvangslæggelser pr. måned i projektperioden. Det har ikke været muligt at etablere en baseline på grund af for få brugbare observationer i baselineperioden (en person berørt af en tvangslægelse i baselineperioden). I projektperioden har under fem personer været tvangslægt (anonymiseret) og i alt er der otte tvangslæggelser. I projektperioden er der for få brugbare observationer ift. at konkludere noget sikkert.

Hvis der ses på antal dage mellem to tvangslæggelser, er der flere dage, hvor der er nul dage mellem tvangslæggelserne, men ligeledes, at der udenfor denne periode er mellem 200-350 dage mellem tvangslæggelser.

Følgeindikator F1-F4 – øvrige tvangshændelser og magtanvendelser

Målgruppen for følgeindikatorerne F1 og F2 (øvrige tvangshændelser), er den samme som for resultatindikatorerne.

I bilag 14 ses antallet af berørte børn og unge, som berøres af en tvangshændelse pr. måned og det tilsvarende antal af tvangshændelser. For indikator F1 og F2 (øvrige tvangshændelser) har det ikke været muligt at etablere en baseline på grund af for få brugbare observationer i baselineperioden. I 14 ud af de 22 måneder, som udgør baselineperioden, har der ikke været registreret tvangshændelser. I seks af projektperiodens 18 måneder har der ikke været en tvangshændelse. I projektperioden er syv patienter berørt af tvangshændelser.

Der kan ikke konkluderes på data i projektperioden, da der ikke er fastsat en median for baselineperioden. I 6 af projektperiodens 18 måneder har der ikke været en tvangshændelse. Under fem patienter er berørt af mindre end fem tvangshændelser. De resterende fordeler sig med tvangshændelser fra over ti til mere end 200 hændelser.

Ses der på antal børn og unge, som berøres af magtanvendelser i kommunen pr. måned og antal magtanvendelser pr. måned i kommunen (F3 og F4) viste baseline henholdsvis en median på to personer berørt af magtanvendelse pr. måned (F3) og en median på 3,5 magtanvendelser pr. måned (F4). Baseline for begge indikatorer viste tilfældig variation, som var stabil i baselineperioden. I bilag 14 vises også graf over antal dage mellem magtanvendelser mellem kommunen. Y-aksen afspejler antal dage mellem magtanvendelser, hvilket betyder, at datapunkterne ønskes at ligge så højt som muligt på y-aksen.

Der har gennem projektperioden ikke været specifikke indsatser målrettet reducere af magtanvendelser i Aalborg Kommune. Afholdelse af netværksmøder, hvor trygheds- og forebyggelsesplanen er blevet afprøvet, blev først igangsat i foråret 2023 (afprøvet fem gange) og hovedparten af de inkluderede børn og



unge var ikke anbragt, hvorfor de ikke er omfattet af lovgivning om indberetning/registrering af magtanvendelse i kommunalt regi. Derfor har det lokale LKT-team vurderet, at det ikke er meningsfuldt at lave et nyt datatræk på følgeindikator F3/F4 ved projektafslutning.

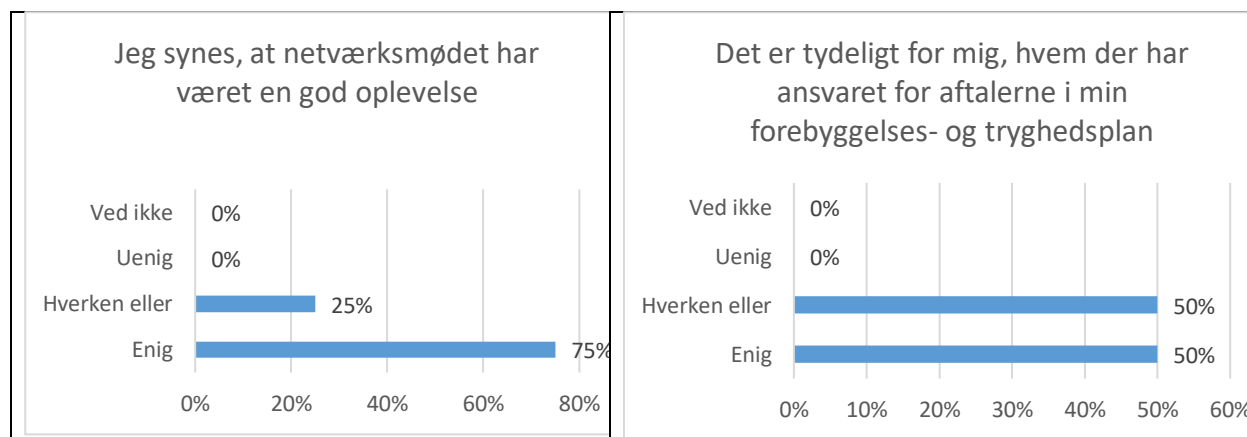
Resultater af evalueringsskemaer

En stor del af projektperioden gik med at udarbejde materiale til forebyggelses- og tryghedsplanen. Afholdelse af netværksmøder, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen blev udarbejdet, begyndte først i foråret 2023. I løbet af projektperioden har der været afholdt i alt fem netværksmøder, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen er udarbejdet. Grundet det lave antal afprøvninger og den relativt korte afprøvningsperiode er data på procesindikatorer ikke opgjort. Derimod er erfaringer fra de afholdte netværksmøder indsamlet via evalueringsskemaer, hvor børn og unge, deres omsorgspersoner og involverede samarbejdspartnere har haft mulighed for at tilkendegive deres oplevelse af udarbejdelsen af forebyggelses- og tryghedsplanen. Af de fem netværksmøder, er der udfyldt evalueringsskemaer ved fire netværksmøder.

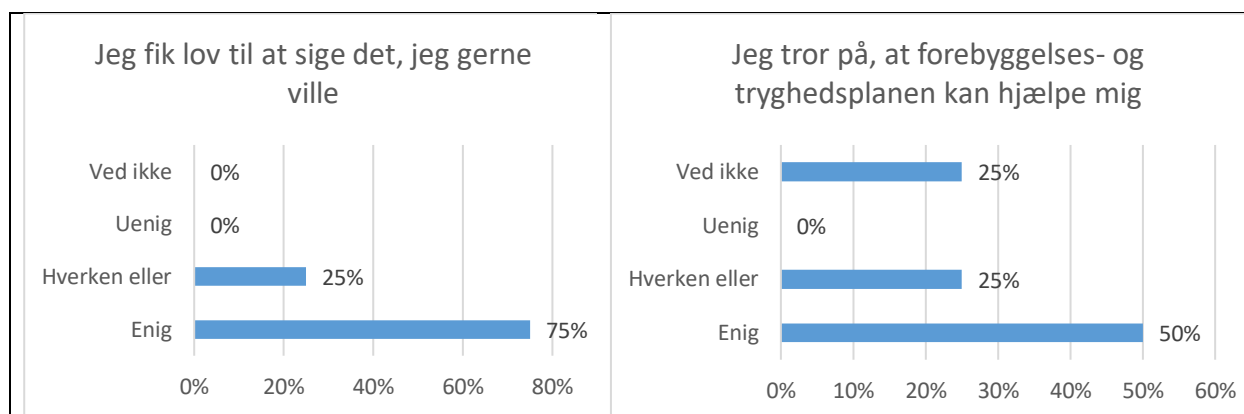
Barn/ung

I alt fire børn/unge har udfyldt et evalueringsskema efter et netværksmøde, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen er udfyldt. 75% af børnene/de unge er piger/kvinder og 25% er uoplyst. Alderen er 17 år eller uoplyst.

Nedenstående figur til venstre viser, andelen af unge, som synes, at netværksmødet, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen er udarbejdet, har været en god oplevelse. Figuren viser, at 75% af de unge er enige i, at netværksmødet, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen er udarbejdet, har været en god oplevelse. Til højre ses det, at halvdelen af de unge er enige i, at det er tydeligt, hvem der har ansvaret for aftalerne i min forebyggelses- og tryghedsplanen.

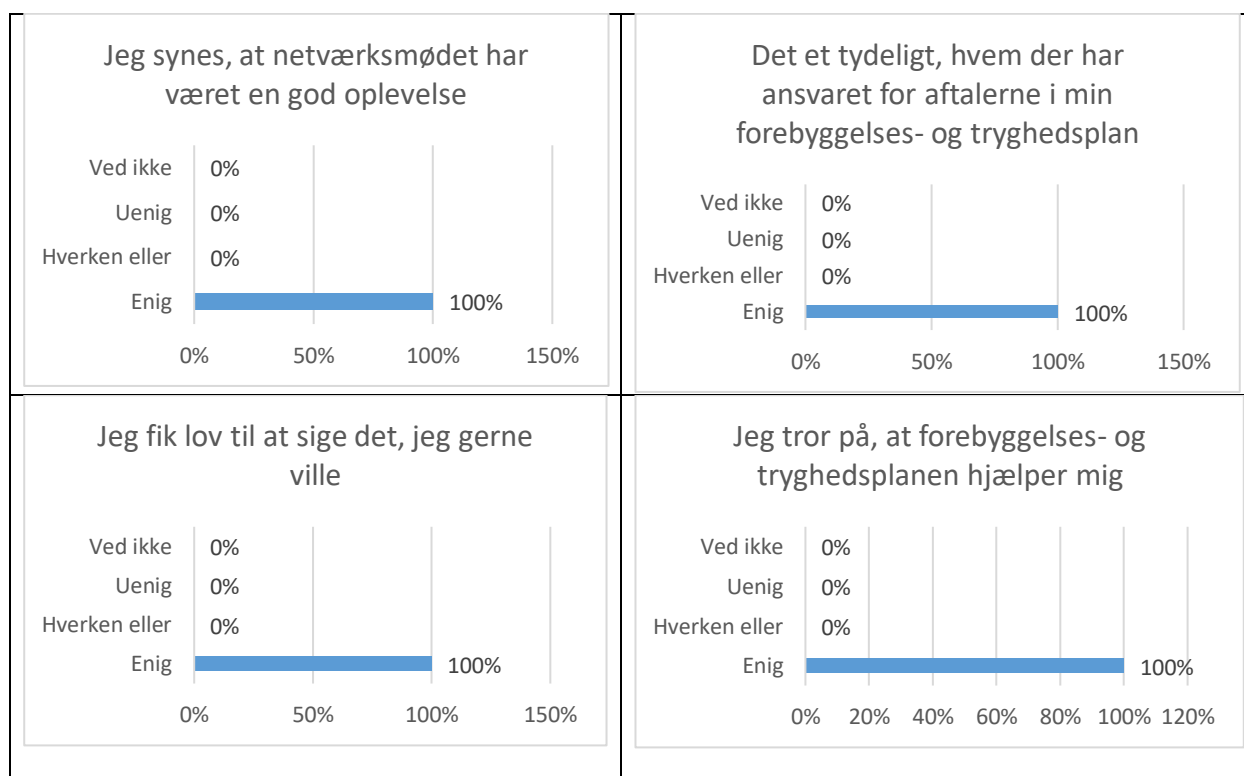


Til venstre i nedenstående figur vises, i hvilket omfang de unge er enige i, at de fik lov til at sige det, de gerne ville på netværksmødet, hvor forebyggelses- og tryghedsplanene er udarbejdet. De unge er ligeledes blevet spurgt ind til, hvorvidt de er enige i, at forebyggelses- og tryghedsplanen er en hjælp for dem (ses til højre). 75 % af de unge er enige i, at de fik lov til at sige det, de gerne ville. 50 % af de unge er enige i, at forebyggelses- og tryghedsplanen kan hjælpe dem. Ingen unge er uenige i, at forebyggelses- og tryghedsplanen er en hjælp.



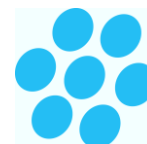
Omsorgspersoner

I alt otte omsorgspersoner har indrapporteret et evalueringsskema. Af disse er 75 % kvinder og aldersspændet er fra 27-52 år. Nedenstående figurer illustrerer omsorgspersonernes besvarelser af evalueringsskemaerne.



Ovenstående tydeliggør, at alle omsorgspersonerne er enige i, at netværksmødet, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen er udarbejdet, har været en god oplevelse. Alle omsorgspersonerne er enige i, at det er tydeligt, hvem der har ansvaret for aftalerne i forebyggelses- og tryghedsplanen. Alle omsorgspersoner er ligeledes enige i, at de fik lov til at sige det, de gerne ville på netværksmødet. Sluttelig tror alle omsorgspersonerne på, at forebyggelses- og tryghedsplanen er en hjælp.

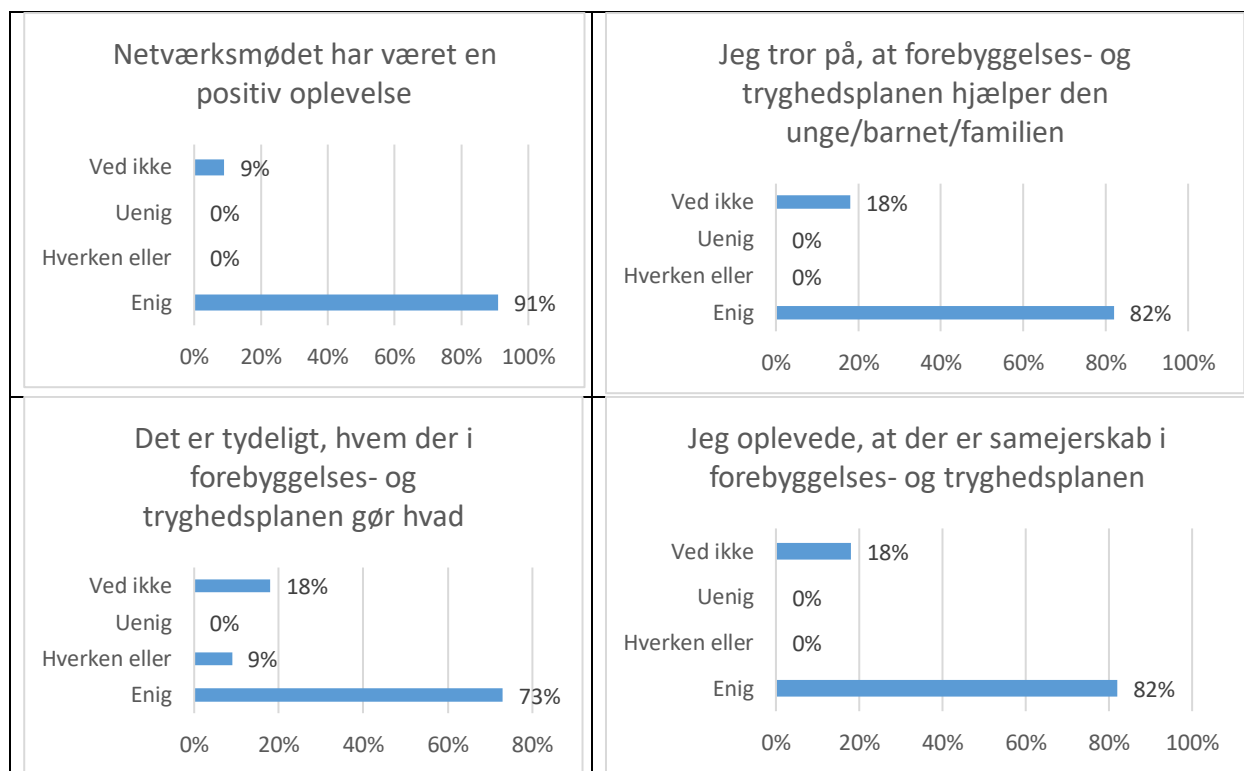
Evalueringsskemaerne giver desuden mulighed for, at omsorgspersonerne kan skrive en kommentar i forbindelse med afrapporteringen. Omsorgspersonernes positive oplevelse af netværksmødet kommer lige-



ledes til udtryk i kommentarfeltet, hvor det ekspliciteres, at forebyggelses- og tryghedsplanen er et nysgerrigt og innovativt forsøg på i højere grad at sikre trivsel hos børnene/de unge. Derudover beskrives det, at der er en god ansvarsfordeling til netværksmødet og barnet/den unge er med i drøftelserne.

Samarbejdspartnere

Samarbejdspartnere, både i Børne- og Ungdomspsykiatrien og i kommunalt regi, har ligeledes besvaret evalueringsskemaerne. I alt 11 samarbejdspartnere har besvaret evalueringsskemaet.

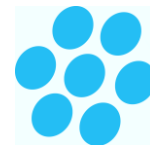


Ovenstående viser, hvordan 91 % af samarbejdspartnerne er enige i, at netværksmødet, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen udarbejdet, har været en positiv oplevelse. Adspurgte svarer 82 % af samarbejdspartnerne, at de tror på, at forebyggelses- og tryghedsplanen kan hjælpe barnet/den unge/familien. 73 % af samarbejdspartnerne er enige i, at det er tydeligt, hvem der i forebyggelses- og tryghedsplanen gør hvad. I relation til det tværsektorielle samarbejde og patientinddragelse svarer 82 % af samarbejdspartnerne, at de oplevede, at der er samejerskab i forebyggelses- og tryghedsplanen.

Der tegner sig dermed et generelt billede af en positiv oplevelse for samarbejdspartnerne i Børne- og Ungdomspsykiatrien og Kommunen i forbindelse med at udarbejde en forebyggelses- og tryghedsplan på et netværksmøde. Dette kommer ligeledes til udtryk i kommentarfeltene, hvor det beskrives, at den unges perspektiv er udgangspunktet og inddrages på netværksmødet.

7.10.3 – Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

Forhåbningen og forventningen er, at forebyggelses- og tryghedsplanerne kan forebygge tvang, men ligeledes skabe en bedre overgang fra Børne- og Ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien samt være en forløber for udskrivelsesaftalerne og koordinationsplanerne i voksenpsykiatrien. Teamet ser det derfor som værende vigtigt, at det arbejde, som LKT-tvang har startet skal fortsætte og udbredes, når projektperioden stopper. På trods af, at der ikke er udarbejdet mere end fem forebyggelses- og tryghedsplaner, er det ledelsesmæssigt besluttet i Børne- og Ungdomspsykiatrien samt Aalborg Kommune, at det er et initiativ, som der skal arbejdes videre med.



Planen er, at forebyggelses- og tryghedsplanen forankres i Børne- og Ungdomspsykiatrien og bliver en del af de opgaver, som er en del af *Familiens Team*.

Erfaringen fra LKT-projektet er, at det er afgørende, at der er ledelsesmæssig opbakning til udarbejdelsen af forebyggelses- og tryghedsplanerne på et netværksmøde. Det er derfor centralt for fastholdelsen, at lokale ledere i Børne- og Ungdomspsykiatrien er opmærksomme på i hvilket omfang, forebyggelses- og tryghedsplanerne udarbejdes. Det er essentielt for fastholdelsen, at lokale ledere ved, hvordan netværksmøderne og forebyggelses- og tryghedsplanerne er forankret i *Familiens Team*. Derudover er det afgørende, at de lokale ledere er bekendte med, hvor og hvornår der er aftalt netværksmøder, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen udarbejdes. Det er derfor en ledelsesmæssig opgave at skabe en fast struktur for konferencerne i Børne- og Ungdomspsykiatrien, hvor der tages stilling til, hvorvidt det pågældende barn eller ung kan have gavn af en forebyggelses- og tryghedsplan.

Derudover er erfaringen fra projektperioden, at socialrådgiveren som funktion har en vigtig rolle i forbindelse med planlægningen af netværksmøderne og udarbejdelsen af forebyggelses- og tryghedsplanen. Dette skyldes, at socialrådgiverne har det nødvendige overblik og koordinerende rolle i forbindelse med at se kompleksiteten i et patientforløb og indkalde alle relevante samarbejdspartnere omkring barnet/den unge og dennes familie. Det er derfor essentielt for fastholdelsen, at socialrådgivere i både:

- Ambulatorium for Børnepsykiatri
- Ambulatorium for Ungdomspsykiatri
- Ambulatorium for Spiseforstyrrelser
- Dag- og sengeafsnit for Børne- og Ungdomspsykiatri

er engagerede i arbejdet omkring forebyggelses- og tryghedsplanerne.

LKT-projektet har været forankret omkring ambulante patientforløb. Helt konkret opstartes der snarligt indsatser i Sengeafsnittet for Børne- og Ungdomspsykiatri, hvor alle børnene/unge under indlæggelsen skal have udarbejdet en forebyggelses- og tryghedsplan under indlæggelse. Dette med det formål at forebygge, at børnene/de unge genindlægges.

Derudover er alt informationsmateriale tilpasset LKT-projektet og det tværsektorielle samarbejde mellem Børne- og Ungdomspsykiatrien og Aalborg Kommune. Der ligger derfor en konkret indsat i, at informationsmateriale skal tilpasses efter LKT-projektperiodens ophør.