

Status

LKT Tvang i psykiatrien

Juni 2023



Indhold

1 - Indledning.....	4
1.1 Introduktion.....	4
1.2 Datastatus for voksesporet	4
1.3 Datastatus for børne- og ungesporet.....	5
1.4 Fremdrift og barrierer	6
1.5 Samlet vurdering og læring til fremtidige tværsektorielle projekter	7
2 - Hovedstaden	9
2.1 Voksesporet samt Børne- og ungesporet.....	9
3 – Sjælland	13
3.1 Voksesporet – Psykiatrien Vest	13
3.2 Voksesporet – Psykiatrien Syd	16
3.3 Børne- og ungesporet.....	22
4 – Syddanmark.....	25
4.1 Voksesporet.....	25
4.2 Børne- og ungesporet.....	28
5 – Midtjylland.....	33
5.1 Voksesporet.....	33
5.2 Børne- og ungesporet.....	38
6 - Nordjylland.....	44
6.1 Voksesporet.....	44
6.2 Børne- og ungesporet.....	49
Bilag	55
Bilag 1 Flow LKT/Tværsektorielt Team.....	55
Bilag 2 Min Plan - Vejledning til professionelle.....	56
Bilag 3 Min Plan og Mit Møde – Handout til unge.....	60
Bilag 4 Min Plan.....	62
Bilag 5 Min Plan - Hjælpeværktøj.....	63
Bilag 6 Mit Møde – Forberedelse.....	67
Bilag 7 Kortlægning af planer i et typisk ungeforløb.....	71



Indikatoroversigt og diagrammer findes som bilag i separat fil

Bilag 8	Indikatoroversigt – Voksensporet
Bilag 9	Indikatoroversigt – Børne- og ungesporet
Bilag 10	Diagrammer – Region Hovedstaden – Voksensporet
Bilag 11	Diagrammer – Region Hovedstaden – Børne- og ungesporet
Bilag 12	Diagrammer – Region Sjælland – Voksensporet Vest
Bilag 13	Diagrammer – Region Sjælland – Voksensporet Syd
Bilag 14	Diagrammer – Region Sjælland – Børne- og ungesporet – Region Sjælland
Bilag 15	Diagrammer – Region Sjælland – Børne- og ungesporet – Platangården
Bilag 16	Diagrammer – Region Syddanmark – Voksensporet
Bilag 17	Diagrammer – Region Syddanmark – Børne- og ungesporet
Bilag 18	Diagrammer – Region Midtjylland – Voksensporet
Bilag 19	Diagrammer – Region Midtjylland – Børne- og ungesporet
Bilag 20	Diagrammer – Region Nordjylland – Voksensporet
Bilag 21	Diagrammer – Region Nordjylland – Børne- og ungesporet



1 - Indledning

1.1 Introduktion

Det overordnede mål med LKT Tvang er at reducere antallet af patienter, der tvangsindlægges via en målrettet tværsektoriel indsats. Der er fokus på følgende to indsatser:

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

Begge tiltag indføres med samme overordnede teoretiske referenceramme *fælles beslutningstagning*.

I LKT Tvang er der 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)

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. Projektledelsen ligger hos Region Nordjylland.

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. Der er planlagt en virtuel afslutningsseance den 1. december 2023.

Mellem læringsseminarerne afholdes der frivillige virtuelle netværksmøder målrettet tovholderne. Der er indtil nu afholdt/planlagt følgende:

- 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)
- Emne endnu ikke fastlagt (13/09-23)

1.2 Datastatus for voksensporet

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



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

	H.st	Sj. syd	Sj. vest	Syd	Midt	Nord ¹
R1 Tvangsindlæggelser, berørte	Få obs.	Få obs.	Uændret	Få obs.	Uændret	Stigning
R2 Tvangsindlæggelser, antal	Få obs.	Få obs.	Uændret	Få obs.	Uændret	Stigning
F1 Tvangshændelser, berørte	Stigning	Uændret	Stigning	Uændret	Stigning	Få obs.
F2 Tvangshændelser, antal	Uændret	Fald	Uændret	Uændret	Stigning	Uændret
F3 Magtanvendelse, berørte	-	-	-	-	Få obs.	Få obs.
F4 Magtanvendelse, antal	-	-	-	-	Få obs.	Få obs.
V1 Andel patienter m. UA/KP	Stigning	Stigning	Stigning	Stigning	Stigning	Få obs.
V2 UA ift. KP+UA	Få obs.	Stigning	Uændret	Stigning	Stigning	Uændret
V3 - Andel årl. Netværksmøder	-	-	Opfyldt	-	-	Opfyldt
V4 - Andel årl. Revurderinger	-	-	-	-	-	Opfyldt

Anm.: "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.

¹Bemærkning fra BI i Region Nordjylland: 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.

For voksne ses en stigning i tvangsindlæggelser (R1 og R2) hos en af de deltagende enheder, og i fire andre ses en stigning i tvangshændelser (F1 og F2). Desuden ses der hos flere en tendens til stigninger i tvang, dog uden at de giver udslag med ikke-tilfældig variation jf. SPC-reglerne. Det skal bemærkes, at mange stigninger ikke sker på samme tid, som projekt-indsatserne er blevet iværksat, flere stigninger begynder allerede i 2021. En mulig forklaring fra et af de deltagende teams er, at de har fået flere sengepladser i perioden, hvilket kan give flere tvangshændelser. Det vurderes derfor, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem projekt-indsatserne og stigningerne i tvang.

Der sker en 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 stort fokus på at lave UA/KP. Det er positivt at mange spor er lykkedes med at anvende disse i stigende grad.

1.3 Datastatus for 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	Syd	Midt	Nord
R1 Tvangsindlæggelser, berørte	Få obs	Stigning	Stigning	Få obs	Få obs
R2 Tvangsindlæggelser, antal	Få obs	Stigning	Stigning	Få obs	Få obs
F1 Øvrige tvangshændelser, berørte	Uændret	Stigning	Stigning	Uændret	Få obs
F2 Øvrige tvangshændelser, antal	Uændret	Uændret	Stigning	Uændret	Få obs
F3 Magtanvendelse, berørte	-	Få obs	-	Få obs	Uændret
F4 Magtanvendelse, antal	-	Få obs	-	Få obs	Uændret
BU1 Andel TFP	Få obs	-	Stigning	-	-
BU2 Årl. Netværksmøde	-	-	-	-	-
BU3 Årl. Revurdering	-	-	-	-	-
BU4 Konverteret TFP	-	-	-	-	-

Anm.: "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.



¹Bemærkning fra BI i Region Nordjylland: 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.

Hos to af de deltagende teams ses der stigninger i tvangsindlæggelser (R1 og R2) og øvrige tvangshændelser (F1 og F2). Stigningerne kan dog identificeres til enkelte personer, som ikke direkte er en del af projektet. Desuden nævner et team, at der kan registreres et fald, hvis der ser på antal tvangsindlæggelser direkte fra det deltagende opholdssted.

Generelt er børne- og ungesporet stadig i en proces, hvor trygheds- og forebyggelsesplanerne (TFP) udvikles og testes. Tre teams beskriver dette som et vigtigt fokus i projektet, og de er først i løbet af foråret begyndt at teste og udbrede TFP. Det forklarer også, at kun to af fem teams har afleveret data vedr. trygheds- og forebyggelsesplaner (BU1). I Syddanmark ses der dog en stigning i brugen af TFP, hvilket er meget positivt. Og generelt i sporene beskrives der rigtig gode småskala-erfaringer med TFP.

Som en konsekvens af at indsatsene, herunder TFP, 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", 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.*"¹

1.4 Fremdrift og barrierer

Der er nedsat teams i alle fem områder af landet, hvoraf hovedparten er tværsektorielle - enkelte steder er der tværsektoriel inddragelse ad hoc. Det har dog de fleste steder taget lang tid at finde og ikke mindst bibeholde de rette samarbejdspartnere på tværs gennem projektet – og der har også været udfordringer i form af forskellige lovgivninger, IT-systemer, rammer, vilkår og anvendte metoder. Teams, der i forvejen har erfaring med et godt tværsektorielt samarbejde, har haft en klar fordel. Et enkelt team har også afholdt møder med praksiskonsulent og haft løbende kontakt med politiet med hensyn til undervisning og koordinering.

De lokale teams har generelt haft succes med at inddrage peers i forbedringsarbejdet - enten som menige medlemmer af forbedringsteamet, ad hoc eller via brugerpaneler, brugerinterviews eller lignende.

Det er ikke alle steder lykkedes med at få ledelserne til at indgå som medlemmer af de lokale teams – men de fleste steder er der lavet lokale styregrupper og/eller ledelserne inddrages 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 kan forbedre samarbejdet omkring de mere komplekse patienter/borgere.

Det generelle indtryk er, at der i de fleste teams er en god aktivitet med forbedringsindsatser – både i forhold til de konkrete netværksmøder og i forhold til udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt trygheds- og forebyggelsesplaner.

Fokus de enkelte steder har været på at få kvalificeret indholdet af planerne samt udarbejdet retningslinjer for arbejdsgangene relateret hertil. Det centrale har været at få samlet de relevante tværsektorielle oplysninger og patientens ønsker og behov i en 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.

Der er ingen tvivl om, at det særligt er de meget korte, hyppige indlæggelser med mange skift, der udfordrer. Det er svært at nå at udarbejde eller revidere de relevante planer – særligt med inddragelse af tværsektorielle samarbejdspartnere. Her har nogle haft glæde af at sætte patienter med stor kompleksitet og

¹ Sundhedsstyrelsen, 2023 - "Monitorering af tvang i psykiatrien".



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 tvangsendlæggelsesforløb. 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 (møde på max 15 minutter – møderne kan være virtuelle og lagt fast ind i kalenderen).

Det er meget forskelligt, hvor meget der er arbejdet med *Fælles beslutningstagning*, der fungerer som ramme for LKT Tvang. Nogle har anvendt allerede kendte værktøjer, mens andre har haft 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 har kendskab til og anvender sammen sprog og metoder. Her har der været et arbejde i at afklare, hvorledes de har kunnet supplere hinanden og spille godt sammen.

1.5 Samlet vurdering og læring til fremtidige tværsektorielle projekter

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

Der er 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 kræver tålmodighed og evnen 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. Fokus på patient- og pårørendeinddragelse er en hjørnesteen i projektet. Det ser heldigvis ud til at fungere rigtigt godt de fleste steder. At arbejde efter *Fælles beslutningstagning* (som er rammen for LKT Tvang) er og har dog været en udfordring flere steder – og noget der fortsat skal være fokus på. Det er en kulturforandring, der tager tid.

Der er nok at tage fat på i det fortsatte arbejde i LKT Tvang. I den forbindelse er det vigtigt, at der fortsat lokalt afsættes ressourcer til projektet, og at der også fremadrettet er en prioritering heraf hos både teamdeltagere og ledelse.

Allerede nu har LKT Tvang 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 ligeværdighed 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.
- *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 udførelse tager betydeligt længere tid. Samskabende processer kan tage lang tid, men det giver også et godt resultat.
- *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.
- *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.



- *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, fx i forbedringsmodellen.
- *Volume:* I LKT Tvang har der hos nogle teams været tale om en særdeles lille målgruppe. Det skal kraftigt overvejes, om der skal laves en minimumsgrænse for antallet af patienter – så indsatsen står mål med de ressourcer, der anvendes.



2 - Hovedstaden

2.1 Voksensporet samt Børne- og ungesporet

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
<p>Hvilket spor?</p> <p>Voksensporet eller børne- og ungesporet</p>	<p>Begge spor beskrives i det følgende.</p> <p>I begge teams er der bred repræsentation af læger, sygeplejersker og ledelsesniveau. Der inddrages i begge teams socialrådgiver.</p>
<p>Hvem er med fra regionen?</p> <p>Enheder og faggrupper</p>	<p>De regionale tovholdere er kvalitetskonsulenter fra Enhed for Kvalitet, Forskning og Patientsikkerhed, Center for Sundhed, Region Hovedstaden.</p> <p>Der er mulighed for datastøtte og forbedringsvidenskab fra Kvalitetsafdelingen i Region Hovedstaden Psykiatri.</p>
<p>Hvem er med fra Kommunen/det private?</p> <p>Enheder og faggrupper</p>	<p>BU-teamet har primært taget udgangspunkt i det regionale arbejde med at udvikle Trygheds- og forebyggelsesplanen ifm. at nedbringe tvang. Der har været inddragelse af botilbudsmedarbejdere ad hoc.</p> <p>Voksenteamet har inddraget den tværsektorielle konsulent, som understøtter det tværsektorielle samarbejde, og den ledende socialrådgiver samt løbende involvering af samordningsudvalget.</p>
<p>Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde?</p> <p>Teammedlem, brugerpanel mm.</p>	<p>Patienter er involveret i afprøvninger af fx Trygheds- og forebyggelsesplanen.</p>
<p>Andre aktører?</p> <p>Politi, almen praksis mm.</p>	<p>Nej</p>
<p>Ledelsesopbakning og -involvering</p> <p>Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?</p>	<p>Der har været kontinuerlig ledelsesopbakning (dog lidt udskiftning undervejs i BU-teamet). Det vurderes, at det har været den rette involvering undervejs, har fx deltaget aktivt på møder og i udviklingen. Centerledelsen har ligeledes prioriteret og italesat indsatsen.</p>
<p>Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?</p>	<p>Ja. Der har også været løbende relevant involvering, afhængigt af de forskellige tiltag.</p> <p>Det har ikke været muligt at involvere kommuner i LKTets forbedringsteam.</p>
<p>Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score?</p> <p>Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?</p>	<p>Musiqscoren har ikke været aktivt anvendt undervejs.</p>



INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	<p>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.</p> <p>For BUC har vi trukket data på hele Børne- og ungecenteret for netop at imødekomme ovenstående problematik og 'fange' tvangsindlæggelserne. Data viser at tvangsindlæggelser er gået op siden november 2022, men data kan således heller ikke dokumentere en eventuel effekt af LKTindsatser på tvangsindlæggelser, da LKTet 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.</p> <p>Som konklusion kan vi sige, at vi generelt har fundet det vanskeligt at finde en god model for at trække og præsentere retvisende data vedr. R1, tvangsindlæggelser.</p>
Følgeindikatorer	<p>Tvangshændelser er umiddelbart uændrede. For voksenteamet ved vi, at UA og KP er gået op, men det ser ikke ud til at vi kan se effekten på tvangshændelserne endnu. Voksenteamet satte først rigtigt i gang i sept. 2022, hvilket kan forklare, at det ikke afspejles i tvangshændelserne endnu.</p> <p>For BU-teamet ses effekten af TFP ikke endnu, da den også kun har fungeret kortvarigt, da udviklingsarbejdet har pågået.</p>
Procesindikatorer	<p>UA/KP er gået op og er en tilfredsstillende udvikling pga. mange indsatser.</p> <p>TFP er udviklet igennem PDSAer og er afprøvet 5 gange siden dec. 2022 med rigtig gode erfaringer til følge.</p>
Egne indikatorer	
Yderligere kommentarer til data og resultater	

INDSATS	FREMDRIFT
	<p>Igangsatte initiativer</p> <p>Hvad gik godt?</p> <p>Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p>
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Der har ikke været formelt arbejdet med fælles beslutningstagning, men har brugt inddragende værktøjer og dele af metoden.
Det tværsektorielle samarbejde	Beskrevet tidligere
Netværksmøder	Der er blevet lavet undervisning af personalet i hele vejledningen om at afholde netværksmøder



Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Beskrevet tidligere
Andet?	<p>Det har fungeret godt at få et tydeligt mandat, ledelsesmæssig fokus - og prioritering.</p> <p>I Region Hovedstaden har vi sat midler af til uddannelse i forbedringsmetode og faglige ekskursioner, hvilket har være gavnligt for projektet.</p>

INDSATS	BARRIERER Igangsatte initiativer Hvad var svært? Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	
Det tværsektorielle samarbejde	<p>Der er op til 29 kommuner pr. center og der er forskelligartede ressourcer til stede i kommunerne, hvilket gør samarbejdet udfordrende og omfattende og kalder på forskellige løsninger.</p> <p>Det var uklart til at begynde med, hvem der skulle etablere samarbejdet og sikre ledelsesopbakningen i kommunen.</p>
Netværksmøder	-
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Det var uklart om hvilke minimumskrav, der var til TFP, fx om vi allerede gør det. Vi ville nødtigt udarbejde et nyt dokument, som allerede fandtes et andet sted.
Andet?	<p>Data:</p> <p>Vedr. R1, R2: det havde været en stor hjælp, hvis der ikke havde været projektmæssig definition på R1 og R2, som gik på tilknytning til ambulatoriet. Teknisk voldte det forsinkelser og var meget ressourcekrævende. I vores optik havde det ikke gjort det store at undlade denne.</p> <p>Det har givet os problemer, at tvangsindlæggelser registreres i akutmodtagelser, men projektafsnit er ikke akutmodtageafsnit. Det gør data lidt ubrugelige.</p>

INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING Hvilke indsatser planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning? Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Værktøjerne er i forvejen implementeret



Det tværsektorielle samarbejde	
Netværksmøder	
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	BU- Team: TFP evalueres inden sommer. Det er i pilotfase og der er positive resultater og vurderes at være et værdifuldt værktøj. Efter sommer skal der tages stilling til, hvordan det skal videreudvikles og implementeres.
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	Et fælles, regionalt kick off med alle interessenter gav rigtig god mening med begge teams og regionale tovholdere. Herunder forventningsafstemning til arbejdet. Derudover var løbende regionale fællesmøder (både voksen - og BU-team) med sparring værdifuldt.
Andet?	



3 – Sjælland

3.1 Voksensporet – Psykiatrien Vest

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
Hvilket spor? Voksensporet eller børne- og ungesporet	Voksensporet, Region Sjælland Psykiatrien Vest
Hvem er med fra regionen? Enheder og faggrupper	Psykiatrisk Akut modtagelse, Psykiatrisk akutmodtagelse, Intensiv F-ACT team og Bostedsteam i Distriktskykiatrien. Faggrupper: Sygeplejersker, Socialrådgivere, Peer-medarbejder.
Hvem er med fra Kommunen/det private? Enheder og faggrupper	Høng erhvervsskole og botilbud har været med indtil marts 2023, men har, grundet omstruktureringer i organisationen og ressourceudfordringer, trukket sig ud af projektet. Siden august 2022 har fremmødet i forbedringsteamet været sporadisk. Dette har, sammenholdt med en sparsom deltagelse fra de ambulante enheders side, betydet, at indsatserne har båret præg af forebyggelse af tvang under indlæggelse og ikke forebyggelse af tvangsindlæggelsen.
Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.	Patienterne inddrages i evalueringen af de indsatser der laves PDSA testninger på. Peer-medarbejder deltager i planlægningen af relevante indsatser, hvorved patienternes stemme er med i hele processen. Pårørende-peer har uden held været forsøgt inviteret med i forbedringsteamet fra starten - er dog først fundet i slutningen af processen.
Andre aktører? Politi, almen praksis mm.	
Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?	Der har været ledelsesopbakning til projektet fra afdelingsledelsens side. Afdelingsledelsen har været involveret ad hoc. Afsnitsledelserne har været involveret i afprøvningerne i de afsnit, hvor det har været relevant.
Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?	Nej, der har ikke været de rette deltagere i projektteamet til rette tid. Der har ikke været kommunal deltagelse i projektet og det botilbud, der har været med, er privat. Der har tidligere været en beboer, som ofte blev indlagt på tvang, men denne beboer er ikke længere bosat på Høng erhvervsskole.
Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score? Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?	Vi har anvendt MUSIQ score en enkelt gang, som viste at projektet havde gode chancer for at lykkes - dog med lidt udfordringer i forhold til ressourcer, hvilket har vist sig at være rigtigt. Der er ikke lavet yderligere MUSIQ score i projektperioden.



INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	Der ses en stigning i antallet af tvangsindlæggelser fra den ambulante enhed, der er med i projektet, hvilket tenderer et signifikant skift i negativ retning. Dette kan skyldes en ustabilitet, der har fundet sted i den ambulante enhed. Overordnet ses tilfældig variation på tvangsindlæggelser i hele Psykiatrien Vest. Der er dog ikke selekteret på om der er ambulant kontakt, hvorfor sammenligningsgrundlaget ikke er helt retvisende.
Følgeindikatorer	Der ses en ikke-tilfældig variation med skift til at flere unikke personer bliver udsat for tvang under indlæggelse, hvilket er uønsket set i forhold til målsætningen om at reducere antallet af personer der berøres af tvang. Årsagerne til dette skal identificeres og der skal iværksættes indsatser som kan ændre udviklingen. Der er tilfældig variation i antallet af tvangshændelser pr. måned.
Procesindikatorer	Der ses en ikke-tilfældig variation med et signifikant skift til, at der udarbejdes flere udskrivelsesplaner og koordinationsplaner end før projektets start. Der er foretaget flere afprøvnings på dette indsatsområde, som har vist sig at være en forbedring. Der er dog tilfældig variation på andelen af udskrivelsesaftaler i forhold til det samlede antal aftaler.
Egne indikatorer	Der har ikke været udvalgt egne indikatorer.
Yderligere kommentarer til data og resultater	Baseline data og projektdata er ændret. Muligheden for at trække data på det samme grundlag har ændret sig halvvejs i projektperioden. Medarbejderen, som havde adgang til relevante data i Sundhedsplatformen, opsagde sin stilling efter længere tids sygdom, hvorfor data måtte geneneres på anden vis. Derfor vil resultaterne vise noget forskelligt i forhold til tidligere indsendte data.

INDSATS	FREMDRIFT
	Igangsatte initiativer Hvad gik godt? Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Forbedringsteamet er undervist i fælles beslutningstagning og personalet i sengeafsnit er efterfølgende undervist. Der er igangsat tilpasning af en beslutningshjælper om pårørende inddragelse. Der er igangsat udarbejdelse af beslutningshjælper, i forhold til udarbejdelse af udskrivningsaftale, som skal understøtte de indsatser der er testet, og som har vist sig at være en forbedring.
Det tværsektorielle samarbejde	Der er afholdt flere netværksmøder, hvor der er udarbejdet udskrivelsesaftaler/koordinationsplaner. Der har været afprøvnings på, at social rådgiver laver social screening på alle indlagte patienter, for herved at identificere behovet for en UA/KP ved udskrivelse. Indsatser ift. overlevering af behovet for UA/KP, ved overflytning til andre sengeafsnit, er testet.



Netværksmøder	<p>Der er afholdt flere møder, med relevante samarbejdspartnere, før en plan er blevet udarbejdet - særligt ift. de patienter som har været indlagt i længere tid. Der er afholdt netværksmøder for patienter som er udskrevet, hvorved der er udarbejdet planer med ambulans behandlingsteam, bosted, pårørende og kommunal støtte. Tiden til at afholde møderne er blevet prioriteret.</p> <p>Det er socialrådgiverne, der har ansvaret for at indkalde til møderne og udarbejde planerne.</p>
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Vi ser et fald i Koordinerende indsats planer (KIP) mens der ses en stigning i UA.
Andet? Forhåndstilkendegivelser ambulans	<p>Der er igangsat indsatser for at sikre udfyldelse af forhåndstilkendegivelser i ambulans regi. Udfyldelse af forhåndstilkendegivelsen foregår sammen med patienten, når denne er i en mere stabil fase end det er tilfældet under indlæggelse.</p> <p>Ligeledes har der på bostedet været iværksat afklarende interview med beboerne, for herved at få input og validering på spørgsmålene i forhåndstilkendegivelsen og mestringsplanen.</p>
Mestringsplanen	Der er udviklet en mestringsplan med udgangspunkt i skabelonen for kriseplan og forhåndstilkendegivelse. Dette på baggrund af en tilbagemelding fra peermedarbejderen, som problematiserede navnet "kriseplan", som ikke er særligt forebyggende, men i stedet indikerer at planen først skal anvendes, når det er gået galt.

INDSATS	BARRIERER
	<p>Igangsatte initiativer</p> <p>Hvad var svært?</p> <p>Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p>
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Først sent i forløbet har forbedringsteamet fået undervisning i den teoretiske baggrund for fælles beslutningstagning. Derfor har der været stor usikkerhed på, hvordan det skulle gribes an.
Det tværsektorielle samarbejde	Grundet manglen på fælles patienter har det været en udfordring at få iværksat fokuserede indsatser, der kunne afprøves i det tværsektorielle samarbejde. Derudover har der været ressourcemæssige udfordringer i forhold til deltagelse i forbedringsteam møderne. Indsatserne har derfor primært været rettet mod forandringer internt, i det deltagende sengeafsnit, med et sigte på at forbedre samarbejdet med bostederne generelt.
Netværksmøder	
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	
Andet?	



INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	<p>Hvilke indsatser planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning?</p> <p>Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p> <p>Der er processer i gang med implementering af fælles beslutningstagen andre steder i Regionen. Særligt i sengeafsnittene er der mange tanker og ideer, der skal testes af med henblik på at udbrede fælles beslutningstagen.</p>
Det tværsektorielle samarbejde	<p>Stepped care er et nyt projekt, der skal skabe større fokus på at gøre patienten til en aktiv part i sit eget behandlingsforløb og i sin egen recovery proces. I den forbindelse skal relevante indsatser identificeres, prioriteres og iværksættes, hvilket lægger op til et større tværsektorielt samarbejde omkring patienten/borgeren.</p>
Netværksmøder	<p>I drifts- og udviklingsaftalen er der fokus på afholdelse af netværksmøder, hvilket der løbende monitoreres på.</p>
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	<p>Beslutningshjælper omkring udskrivelsesaftale skal færdiggøres, testes og implementeres som et fast værktøj i udarbejdelse af planerne.</p> <p>Mestringsplanen skal udbredes til de øvrige sengeafsnit, og udarbejdelse af for håndstilkendegivelser i ambulanseregion vil fortsat være et indsatsområde.</p>
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	<p>Der skal ikke være mange andre projekter i gang på samme tid, i de deltagende enheder, da deltagelse og relevante ressourcer til gennemførelse af forbedringsindsatser kan være svære at finde.</p> <p>Der skal tænkes langsigtet i forhold til hvilke personer, der skal deltage i projektet, således der eksempelvis ikke er planlagt uddannelse eller andet kendt fravær i projektperioden.</p>
Andet?	

3.2 Voksensporet – Psykiatrien Syd

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
<p>Hvilket spor?</p> <p>Voksensporet eller børne- og ungesporet</p>	<p>Voksensporet, Region Sjælland – Psykiatrien Syd</p>
<p>Hvem er med fra regionen?</p> <p>Enheder og faggrupper</p>	<p>Region Sjælland, Psykiatrien Syd, sengeafsnit S1 og DP Maribo; Chefsygeplejerske</p> <p>Sengeafsnit S1: Oversygeplejerske Assisterende oversygeplejersker Klinisk sygeplejespecialist Projektsygeplejerske Peer-medarbejder</p>



	<p>DP Maribo: Oversygeplejerske Sekretær Specialsygeplejerske SSA Socialrådgiver</p>
<p>Hvem er med fra Kommunen/det private? Enheder og faggrupper</p>	<p>På baggrund af data over tvangsindlæggelser udpegede vi Guldborgsund Kommune til et fælles projekt i forhold til at give borgere, der var i risiko for at blive indlagt på tvang en bedre pleje og behandling.</p> <p>Kommunen havde sagt ja til at deltage i et lokalt projekt, men sprang fra, da vi blev en del af LKT Tvang, da de syntes at projektbeskrivelsen beskrev deres rolle alt for omfattende i forhold til andre aktiviteter de havde gang i. De ville gerne være med AD HOC og vi har derfor tænkt meget over hvilken rolle de skulle have. Vi har haft et særligt samarbejde med lederen på det socialpsykiatriske døgntilbud Gartnervænget i forhold til at deres målgruppe er i høj risiko for at blive udsat for tvang.</p>
<p>Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.</p>	<p>Som en del af vores forbedringsteam har vi en peermedarbejder med til at være repræsentant for patienterne. Derudover har patienterne været involveret i evalueringen af de forskellige indsatser, som vi har iværksat.</p>
<p>Andre aktører? Politi, almen praksis mm.</p>	<p>I vores LKT arbejde er vi startet med at kigge på egne arbejds gange og samarbejdet på tværs af sengeafsnit og distriktspsykiatrien. Vi finder det dog meget relevant både at øge samarbejdet med kommunerne, politi og praktiserende læger, da det er ude i samfundet at de fleste røde og gule papirer bliver skrevet uden at DP og/eller sengeafsnit er involveret.</p> <p>Og så er samarbejdspartnerne også nødt til at kende de mere fleksible rammer vi er begyndt at tilbyde patienterne og hvordan vi måske også kan tilbyde assistance, inden patienten udsættes for tvang/magt.</p>
<p>Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?</p>	<p>I Psykiatrien Syd har Chefsygeplejersken samt oversygeplejersker for henholdsvis sengeafsnit og DP Maribo været deltagende i møderne i forbedringsteamet og de overordnede beslutninger. Der har dog været en udfordring i, at der er 2 oversygeplejersker i DP Maribo og at teamet er delt i 2, hvor det er medarbejdere i det ene team, der deltager i forbedringsteamet men lederen for det andet team der deltager i LKT-projektet.</p> <p>Alle lederne har været engageret i at arbejde med LKT-projektet.</p>
<p>Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?</p>	<p>Det er klart at vi stadig ønskede at kommunen havde været mere med i projektet. Vores erfaring på nuværende tidspunkt er, at det især er et øget kendskab til hinanden og hinandens opgaver og (begrænsede) muligheder omkring patienten, der gør at vi sammen kan lægge nogle mere fleksible planer.</p> <p>Vi har været ret privilegerede af, at der ikke har været udskiftning i deltagerne i forbedringsteamet i projektperioden.</p>
<p>Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score?</p>	<p>Vores første MUSIQ-score lå på 135 med gode muligheder for succes. Umiddelbart er vores MUSIQ-score faldet en smule grundet de udfordringer der ledelsesmæssigt har været i forhold til organiseringen i DP, men den ligger stadig i</p>



Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?	området for gode chancer for succes. Vi har ikke aktivt anvendt MUSIQ-score, da vi ikke synes at den fortæller os noget vi ikke vidste på forhånd. Vores MUSIQ-score har kun været for forbedringsteamet, hvor der ikke er repræsentanter fra kommunen. Scoren havde nok været væsentligt lavere hvis vi havde inkluderet kommunen, som ikke ønskede at deltage.
--	--

INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	Der er ikke nok brugbare observationer og datamængden er så lille at det ikke er muligt at se resultater af igangværende indsatser.
Følgeindikatorer	Der er tilfældig variation ift. antal berørte personer om måneden men der ses et fald i antal hændelser per måned. Der er også et stort fokus på nedbringelse af tvang generelt og der gøres mange forskellige indsatser, hvorfor det ikke er overraskende at der ses resultater på denne indikator for nuværende. På F2 2 er der ikke-tilfældig variation.
Procesindikatorer	Da vi stort set ikke havde udarbejdet nogen Udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner er det ikke overraskende at der med et stort fokus på implementering af disse arbejdsgange er opnået gode resultater i forhold til UA/KP bliver udarbejdet. På både V1 og V2 er der opnået ikke-tilfældig variation.
Egne indikatorer	
Yderligere kommentarer til data og resultater	Datamængden er meget lille og det er svært at sige noget om resultaterne på så kort tid, da vi stadig har flere PDSA-cirkler som vi ikke er helt i mål med endnu. Desuden arbejder vi med nedbringelse af tvang på flere andre områder, hvilket gør det svært at sige, om de tendenser vi ser rent faktisk skyldes dette projekt. F.eks. tænker vi at F-ACT-modellens indtog i DP og den større fleksibilitet det har givet også er en vigtig faktor i forhold til at forebygge tvangsindlæggelser for patienter med tilknytning til DP. Det er tydeligt at vi i forbindelse med projektet er nået langt i forhold til at relevante patienter får udarbejdet udskrivningsaftaler/koordinationsplaner under indlæggelse.

INDSATS	FREMDRIFT Igangsatte initiativer Hvad gik godt? Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Vi valgte ret tidligt, at vi ikke ville gå i gang med at arbejde med Fælles beslutningstagen i løbet af projektperioden. For det første har vi et andet afsnit i Psykiatrien Syd som er med i et projekt i forhold til at implementere Fælles beslutningstagen og vi tænker, at vi kan høste deres erfaringer og på den måde gøre implementeringen nemmere lidt senere. For det andet synes vi at det er meget omfattende at implementere Fælles beslutningstagen og vi var bekymrede for, at det ville tage fokus fra alle de andre indsatser, som vi også ønskede at arbejde med.
Det tværsektorielle samarbejde	Idet kommunen alligevel ikke ønskede at være med i projektet, har vi haft et fokus på samarbejdet mellem DP og sengeafsnit. Her var det tydeligt hvor meget bedre samarbejdet bliver, når man lærer hinanden at kende. Der har vi været



	<p>på kendskabsbesøg hos hinanden, hvilket personalet tilkendegiver øger samarbejdet. Derfor tænkes der også at dette kunne være relevant ift. at øge det tværsektorielle samarbejde.</p>
Netværksmøder	<p>Sengeafsnittet har hele tiden været gode til at afholde netværksmøder, men der er kommet et øget fokus på, hvor vigtigt det er, at planerne bliver lavet sammen med samarbejdspartnerne – især når udskrivelsen foregår lidt hurtigt. Herunder kan det også være nødvendigt at der selvom patienten er udskrevet afholdes et netværksmøde, hvor personale fra sengeafsnittet deltager mhp. at forebygge næste indlæggelse. Ligeledes er patienten perspektiv og ønsker for indlæggelse og udskrivelse også meget mere inddraget ved netværksmøder.</p>
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	<p>I vores baseline 2018-2021 havde vi kun 5 registrerede UA/KP i S1, som er det tilknyttede sengeafsnit der er med i LKT-projektet. Vi har gjort en stor indsats for at forbedre dette og har fået lavet nogle gode arbejdsgange i forhold til at UA/KP bliver udfyldt i SP. Der er i projektperioden udfyldt 80 UA/KP hvoraf 5 er koordinationsplaner.</p> <p>Vi er også i gang med spredning til hele organisationen, hvor der har været undervisning til lægesekretærene, lægerne og plejepersonalet. Første mål har været at de bliver udfyldt, men vi ønsker også, at de har en høj kvalitet, så de beskriver planerne der er udarbejdet sammen med patient og samarbejdspartnere.</p>
Andet?	<p>Forbedringsteamet har særligt haft fokus på 3 elementer;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Vi har arbejdet med 7 PDSA-cirkler i vores forbedringsteam:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ringe før 1. samtale i DP; Det er blevet struktureret, så der bliver ringet til alle, 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. - 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 det. Vi overvejer om det er noget som vi i Psykiatrien Syd skal sprede til alle afsnit og er i gang med at indsamle data fra patienterne i forhold til, om det giver mening for dem. - Kendskabsbesøg; Vi må erkende, at den vigtigste indsats har været at øge kendskabet til hinanden både personligt og fagligt. Personalet 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



	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulante forhåndstilkendegivelser; Måske kan DP være med til at vide om patienten og hvad der virker beroligende bliver indsamlet i fredstid. Det har været meget udfordrende for personalet at tage disse samtaler med patienterne. - 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. - 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, der både gælder når patienten er hjemme og indlagt. - Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner: Der har været undervisning og efterfølgende tilretning af arbejdsgange med henblik på at sikre, at de udfyldes. Se det særskilte punkt UA/KP
--	---

INDSATS	BARRIERER
	<p>Igangsatte initiativer Hvad var svært? Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p>
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Vi har ikke arbejdet med Fælles beslutningstagen, da det kræver meget forarbejde. Vi har en anden afdeling i Psykiatrien Syd, som er i gang med et projekt om Fælles beslutningstagen og vi regner med at høste deres erfaringer, inden vi selv går i gang.
Det tværsektorielle samarbejde	At kommunen ikke ville deltage i projektet alligevel. De ville kun deltage AD HOC og vi har derfor haft svært ved at medtænke deres rolle. Det øgede samarbejde, der trods alt har været med kommunale bosteder, har været meget båret af enkeltpersoner.
Netværksmøder	En barriere er helt klart store geografiske afstande og travle kalendere. Nogle gange har det været løst ved at der er afholdt netværksmøde efter at patienten er blevet udskrevet for at alle havde mulighed for at deltage.
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Det var tydeligt at mange personaler ikke havde styr på, hvad forskellen var på UA og KP eller hvordan man udfyldte dem i SP. Derfor startede vi med undervisning.
Andet?	I Psykiatrien Syd er der store geografiske afstande, hvilket har besværliggjort de fysiske møder. Særligt i starten hvor fysiske møder blev prioriteret for at lære



	hinanden bedre at kende blev mødeaktiviteten måske ikke så hyppig som ønsket. Senere hen er der gjort brug af virtuelle møder, hvilket har øget deltagerens mulighed for at deltage.
--	--

INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING
	Hvilke indsatser planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning? Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Vi er i Psykiatrien Syd klar på at arbejde videre med Fælles beslutningstagen når et andet afsnit i organisationen har erfaringer fra deres projekt om implementering af Fælles beslutningstagen.
Det tværsektorielle samarbejde	Vi ved at det kræver et konstant fokus og at det i starten er nødt til at være båret af enkelte personer. Det er helt klart et stort fokuspunkt i spredningen af erfaringer fra LKT både i forhold til kommunerne, men også med politiet og privatpraktiserende læger.
Netværksmøder	Intet særligt fokus
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Der er klar plan for spredning til øvrige afsnit i Psykiatrien Syd. Her har de assisterende oversygeplejersker fået en særlig koordinerende rolle. Det ses allerede at der er udarbejdet enkelte UA/KP på øvrige afsnit inden spredningen for alvor er iværksat.
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	I forhold til at dette skulle være et tværsektorielt samarbejdsprojekt så skulle der have været gjort en større indsats i forhold til at få kommunerne inkluderet i projektet – ikke bare lokalt men også på landsplan. Det har f.eks. været tydeligt, at der har været en klar overvægt af repræsentanter fra det regionale på læringsseminarerne – både som deltagere og oplægsholdere. Måske kunne KL have promoveret projektet bedre for kommunerne. Måske blev kommunerne også afskrækkede af at projektet omhandler tvang og forebyggelse af tvangsindlæggelser, så de ikke har taget ejerskab for projektet på samme måde, som hvis projektet omhandlede øget tværsektorielt samarbejde om borgere, der er i risiko for at blive indlagt mod deres vilje. Nedbringelse af tvangsindlæggelser kræver en kulturændring og det tager tid. Derfor anses det for yderst vigtigt at man løbende evaluerer de indsatser der er iværksat og at man indstillet på et konstant fokus, da resultaterne ellers enten udebliver eller bliver kortsigtet. Et projekt som LKT ville måske opnå større resultater, hvis projektperioden havde varet længere – især i dette tilfælde, hvor vi også blev udfordret af restriktioner i forbindelse med Corona.
Andet?	Som lokal tovholder i projektet har jeg været meget udfordret af, at dataskabelon kom meget sent og at vi i Region Sjælland ikke bare lige kunne lægge data i skabelonen, men måtte lave en del manuelt arbejde i forhold til især baselinen. Derudover har tidsfristerne været for korte i forhold til den struktur, vi har haft i forhold til muligheden for at mødes i forbedringsteamet. Der har været et par gange, hvor vi har kendt en deadline, men har afventet skabelon til status, storyboard eller lignende, hvilket har givet et tidspres i forhold til øvrige opgaver.

3.3 Børne- og ungesporet



OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
Hvilket spor? Voksensporet eller børne- og ungesporet	Børne- og ungesporet
Hvem er med fra regionen? Enheder og faggrupper	Ledelsessekretariatet - specialkonsulent Bakkehuset – sygeplejerske U1 Roskilde – specialpsykolog, sygeplejerske, socialrådgiver Platangården – teamkoordinatorer, socialrådgiver
Hvem er med fra Kommunen/det private? Enheder og faggrupper	Der er ikke nogen med fra kommune el. det private område Ved projektets start blev der givet tilsagn til, at det ikke var et kommunalt botilbud, der blev inddraget i samarbejdet men et regionalt tilbud (Platangården).
Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.	En generel inddragelse via interviews m.v. og orientering om forbedringsarbejdet Unge og pårørende inddrages ifb. med deres tilknytning til begge tilbud.
Andre aktører? Politi, almen praksis mm.	Nej
Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?	Ledelsen har været involveret via halvårige møder, hvor ledere deltager i LKT-forbedringsmøde sammen med de forskellige andre. Ledelsen er involveret ift. forberedelse, sparring m.v. samt hvis der er opstået udfordringer.
Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?	Der har været stor udskiftning af de deltagere, som har været med i LKT-forbedringsarbejdet. Vi har overvejet, om vi burde have haft inddraget Holbæk-, Roskilde- og Næstved klinikker, kommuner, pårørende, ung, peer-medarbejder. m.v.
Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score? Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?	De erfaringer vi har, er opdateret januar 2022, hvor der var et godt udgangspunkt. Vi havde forskellige ressourcer at byde ind med.

INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	Base-line ved projektets start var fem indlæggelser med tvang. Resultatet nu er, at vi har langt færre indlæggelser med tvang.



	Det vil sige, at de 10 procents fald i indlæggelser med tvang er opnået.
Følgeindikatorer	
Procesindikatorer	
Egne indikatorer	
Yderligere kommentarer til data og resultater	Fra baseline havde der forud for projektets start været fem indlæggelser med tvang fra Platangården, hvorfor Platangården blev valgt ud. Siden er antallet af tvangsindlæggelser fra Platangården mindsket betydeligt, hvorfor det har været en udfordring at indsamle fælles erfaringer ift. LKT-forbedringsarbejdet. Andre botilbud har bidraget ift. at opnå den ønskede erfaring.

INDSATS	FREMDRIFT
	Igangsatte initiativer Hvad gik godt? Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	I starten havde vi fælles unge, hvor vi kunne opnå erfaring ift. indsats og samarbejde. <ul style="list-style-type: none"> - Hurtig fælles dialog med den unge + psykiatri og Platangården - Interviews med unge, der havde været indlagt med tvang, hvor vi fik deres perspektiv. - Elektive indlæggelser, brugerstyret senge, Kom-godt-hjem samtaler m.v. - Udekørende medarbejdere fra psykiatrien blev afvist fra ledelsens side, da det ikke stod mål ift. ressourcer. - Inddragelse/samarbejde med den unge - Inddragelse af netværk - Tryghedsaftale / kriseplaner (en fælles aftale, som var genkendelig for den unge)
Det tværsektorielle samarbejde	Fået merviden ift. tryghedsaftaler og netværksmøder fra ekstern samarbejdspartner.
Netværksmøder	Igangsat initiativ, som vi fortsat arbejder med og får nye erfaringer med. Indlæggelser, hvor der er risiko for fremtidige indlæggelser med tvang. Bakkehuset vil indføre netværksmøder ift. unge, der bor på bosted. Forskelligt hvor mange/hvem der deltager i netværksmøderne.
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Der er indhentet materiale vedr. tryghedsaftale, som man i psykiatrien kan gøre brug af i fremtiden.
Andet?	

INDSATS	BARRIERER
	Igangsatte initiativer Hvad var svært?



	Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Der er unge, som er for dårlige til at indgå relevant i samarbejdet ift. inddragelse. Unge oplever ofte en indlæggelse som 'pause' og presses af at skulle deltage i netværksmøde m.v. Alternativt kan de unge opleve, at beslutninger bliver taget hen over hovedet på dem.
Det tværsektorielle samarbejde	
Netværksmøder	Vanskeligt at få samlet alle relevante deltagere inden for en overskuelig tid.
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Det er en udfordring med at psykiatri og botilbud må dele tryghedsaftaler ift. samtykke.
Andet?	

INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING
	Hvilke indsatser planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning? Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Vi ønsker at bevare det øgede kendskab til hinanden og det opnåede samarbejde. Tidlig fælles dialog. Inddragelse af den unge og dennes netværk. Fastholde samarbejdet ift. planlagte indlæggelser frem for akutte.
Det tværsektorielle samarbejde	Inddragelse ved behov.
Netværksmøder	
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Vi har henholdsvis tryghedsaftaler og kriseplaner, men deling af disse oplysninger vanskeliggøres, da der er behov for samtykke fra den unge eller forældremyndighed.
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	Vi kunne med fordel have inddraget en kommune i samarbejdet. I højere grad forsøge at sikre en stabilitet af de medarbejdere, der er med i LKT-forbedringssamarbejdet og at man fra starten fik afsat de nødvendige ressourcer. Vores funktion som tovholder, her er der mere papirarbejde end påregnet. De tidsmæssige rammer skal være tydeligere ift. ressourceforbrug fra start.
Andet?	Ift. koordinering og udførelse af LKT-projektets forskellige opgaver havde været brugbart med en oversigt over hvilke skriftlige ting, der skulle afleveres i løbet af projektperioden – herunder deadlines og eventuelle skabeloner kunne være medtaget. En bedre fordeling over hele perioden, ville desuden have været bedre ift. ressourcer.



4 – Syddanmark

4.1 Voksensporet

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
Hvilket spor? Voksensporet eller børne- og ungesporet	Voksenspor, Sønderborg
Hvem er med fra regionen? Enheder og faggrupper	Psykiatrisk afdeling Aabenraa: Afsnit 62-64 (afdelingsleder, funktionsledere, sygeplejersker, socialrådgiver) Lokalpsykiatri (sygeplejersker og funktionsleder)
Hvem er med fra Kommunen/det private? Enheder og faggrupper	Bostedet Hertughaven i Sønderborg Kommune (Centerleder, sygeplejerske, social og sundhedsassistent).
Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.	Patientrepræsentant deltager i møder når dette er relevant.
Andre aktører? Politi, almen praksis mm.	Nej
Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?	Ja, god ledelsesopbakning og involvering. Alle enheder har haft ledere deltagende.
Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?	Ja, der har været en fin sammensætning
Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score? Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?	Musiqscoren viste en sårbarhed omkring lægefaglig involvering. Det har ikke været savnet i projektet.

INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	R1 Der ses tilfældig variation. Der er sket en stigning i personer der tvangsindlægges i projektperioden



	R2 Der er sket en stigning i tvangsindlæggelser i projektperioden, der er tale om tilfældig variation
Følgeindikatorer	F1 Der er sket en stigning i tvangsindlæggelser i projektperioden, der er tale om tilfældig variation F2 Der ses en stigning i tvangshændelser. Der er tale om tilfældig variation
Procesindikatorer	V1 Der er sket en god udvikling i udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner siden baseline. Der er ansat udskrivningskoordinatorer som arbejder med udarbejdelse og undervisning. V2 Der udarbejdes langs overvejende aftaler med patientens samtykke.
Egne indikatorer	
Yderligere kommentarer til data og resultater	

INDSATS	FREMDRIFT
	Igangsatte initiativer Hvad gik godt? Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Ikke været anvendt som metode.
Det tværsektorielle samarbejde	Leder samarbejds møder på tværs af enheder. I 2022 var der 3-4 møder. Der er opnået et langt bedre kendskab til hinanden på lederniveau. Der er en oplevelse af at møderne har været med til at forbedre samarbejdet omkring de mest komplekse patienter. Der har været afholdt LKT møder ca. mdl. I 2022 og lidt mindre i 2023. Der er en oplevelse af at samarbejdet er styrket væsentligt. "vi betragter hinanden mere som kolleger nu". Den mistillid der kunne være før i tiden, er blevet mindre. Der har primært været fokuseret på 7 fælles patienter. Flere af disse er komplekse patienter som kræver meget af samarbejdet. 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. På Hertughaven har der været arbejdet med øget opmærksomhed på sikkerhed og risikovurdering og de er begyndt at arbejde med BVC. Hertughaven har arbejdet med mestringskemaer og forhåndstilkendegivelser som er tilpasset bostedet. Dette har været med til at styrke forebyggelsen af tvangsindlæggelser og tidlig intervention.
Netværksmøder	I projektets start har der været et ønske om at arbejde med den patientoplevede kvalitet af netværksmøder. Der har været udarbejdet spørgeskema, hvor patientrepræsentant har været meget involveret i udformningen af spørgsmål. Det lykkes ikke at indsamle tilstrækkeligt med spørgeskemaer.



<p>Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)</p>	<p>Der har været arbejdet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Alle 7 patienter i projektet har en detaljeret udskrivningsaftale eller koordinationsplan hvor de tværgående samarbejdsaftaler er beskrevet.</p> <p>På afsnitsniveau arbejdes der med at styrke kompetencerne i at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, ved sidemandsoplæring og undervisning.</p> <p>Der har primært været fokus på at få høj kvalitet i udskrivningsaftaler og koordinationsplanerne på de mest komplekse patienter.</p> <p>Mindre komplekse patienter arbejdes der med at gøre arbejdsgangen mest effektiv.</p> <p>Data følges på afdelingslederplan på tavlemøder med direktionen.</p>
<p>Andet?</p>	

<p>INDSATS</p>	<p>BARRIERER Igangsatte initiativer Hvad var svært? Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p>
<p>Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)</p>	<p>Ikke været anvendt som metode.</p>
<p>Det tværsektorielle samarbejde</p>	<p>Det kan være svært at prioritere LKT i en presset drift. Systemerne taler ikke sammen. En gennemarbejdet forhåndstilkendegivelse kommer ikke til gavn på afsnittet med mindre lokalpsykiatrien/forebyggelsesmedarbejder skriver den ind.</p>
<p>Netværksmøder</p>	<p>Der bliver holdt både samarbejds møder og netværks møder. Der har ikke været kommet tilstrækkeligt med spørgeskemaer til at kunne lave en analyse af udfordringerne. Der er en oplevelse af at skemaet med sine tre sider, ofte bliver en stor opgave oven på et krævende møde. Der er derfor ikke blevet udleveret i særlig høj grad.</p> <p>Teamet overvejer at lave en mindre kompliceret undersøgelse med måske 3 spørgsmål.</p>
<p>Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)</p>	<p>Det er et problem at systemerne ikke taler sammen. Når udskrivningsaftaler og koordinationsplaner sendes til kommunen, kommer de ikke frem til bostedet før der er gået 14 dage. Der er et ønske om at anvende Sambo som fælles kommunikationssystem. Indtil videre afprøves det at sende direkte til medarbejdere og leder på bosted</p> <p>Det kan være meget svært at samle de rette aktører for at få lavet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan. Herved kan det også blive et problem at beskrive konkrete og hjælpsomme aftaler fordi de ikke kan afstemmes med dem der skal udføre opgaverne fx egen læge.</p>



	Lægenes manglende godkendelse skaber "flaskehals" som gør at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke kan udleveres til patienten ved udskrivelsen.
Andet?	Der er meget lidt erfaring med at arbejde med forbedring ud fra Driverdiagrammer og PDSA metoden. Administrativ medarbejder og tovholder med stor erfaring i forbedringsmetoder, har været ude af projektet i ca 3 mdr og har nu fået nyt arbejde. Det er svært for teamet at overtage samme struktur.

INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING
	Hvilke indsatser planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning? Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Ikke været anvendt som metode.
Det tværsektorielle samarbejde	Der er påbegyndt et samarbejde med et nyt bosted, hvor de ny-erhvervet erfaringerne fra samarbejdet med Hertughaven skal bidrage.
Netværksmøder	Ikke nået hertil
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Ikke nået hertil
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	
Andet?	

4.2 Børne- og ungesporet

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
Hvilket spor? Voksensporet eller børne- og ungesporet	Børn og unge sporet, Odense
Hvem er med fra regionen? Enheder og faggrupper	Børn og ungdomspsykiatrisk afdeling (sygeplejersker, socialrådgiver, oversygeplejerske, forbedringskonsulent og udskrivningskoordinator) Mobilteam Odense (Pædagoger)
Hvem er med fra Kommunen/det private?	2 Bosteder Svennebjerggaard og den trygge base (pædagoger, socialpædagoger)



Enheder og faggrupper	
Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.	1 patientrepræsentant og 1 pårørenderepræsentant indgår i teamet på lige fod med øvrige medlemmer
Andre aktører? Politi, almen praksis mm.	Nej
Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?	Bostedernes ledelser har været til stede under alle møder. Psykiatrien havde i starten udfordringer med deltagelse fra lederside. Siden december 2022 har psykiatrien prioriteret deltagelse af oversygeplejerske fra mobilteamet for at få en større grad
Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?	I teamet har det været et ønske at arbejde med kvaliteten og oplevelsen af netværksmøde. Teamet har derfor valgt at tilføje en socialrådgiver som er gennemgående ved de fleste netværksmøder. Der har været en udskiftning i patientrepræsentant da den første, skulle fokusere sine kræfter på noget andet.
Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score? Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?	Under udarbejdelsen af musiqscore blev det tydeligt at der var en udfordring med deltagelse fra lederside og lægefaglige kompetencer i psykiatridelen. Der blev aftalt at ledelsen løbende skulle orienteres og på den måde imødekomme den manglende deltagelse. Det store pres på drift og ledernes tid har vist, at det ikke var tilstrækkeligt og at der blev behov for en mere nærværende ledelse.

INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	R1 der ses ikke tilfældig variation Der er sket en stigning i antal tvangsindlæggelser. Der er enkelte cpr-numre som figurerer mange gange, som ikke direkte er en del af afprøvningerne. R2 der ses ikke tilfældig variation Der er sket en stigning i personer pr. måned der tvangsindlægges. Der er enkelte cpr-numre som figurerer mange gange, som ikke direkte er en del af afprøvningerne. Der har været lavet særlig indsats for unikke cpr. numre.
Følgeindikatorer	F1 Der ses ikke tilfældig variation Der er sket en stigning i personer pr. måned der oplever tvang. I tallene indeholdes en viden om at enkelte patienter oplever gentagende tvang, og disse patienter er ikke en del af LKT samarbejdet.



	<p>En ændring i loven i 2020, som betyder at fiksering skal registreres separat i forbindelse med sondeernæring, kan have betydning for den store stigning. Konkret har mindre end >5 patienter fået sondeernæring flere gange om dagen i uger og måneder i oktober-december.</p> <p>F2 Der ses ikke tilfældig variation</p> <p>Der er sket en stor stigning i tvangshændelser på sammenlignet med baseline.</p> <p>F3 og F4 er ikke blevet indsamlet.</p>
Procesindikatorer	<p>BU1 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner</p> <p>Der er ikke tilfældig variation. Der er sket en stigning i antal af udarbejdede udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner</p> <p>BU 2 netværksmøder – ikke muligt at trække valide tal da netværksmøder under indlæggelse og ambulant besøg ikke kan adskilles.</p>
Egne indikatorer	Oplevet værdi af netværksmøder via spørgeskemaundersøgelse (fremlægges på seminar)
Yderligere kommentarer til data og resultater	<p>Data anvendes kun i ringe grad i projektet, da de bosteder, der indgår i forbedringsteamet, kun har ganske få patienter, der tvangsindlægges.</p> <p>Erfaringerne og indsatsen er endnu ikke bredt ud til øvrige bosteder, og det er derfor ikke forventeligt at resultatet vil kunne ses på de samlede data for børn og unge psykiatrien under dette projekt.</p>

INDSATS	FREMDRIFT
	<p>Igangsatte initiativer</p> <p>Hvad gik godt?</p> <p>Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p>
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Der er ikke arbejdet videre med fælles beslutningstagen som teoretisk og metodemæssig ramme.
Det tværsektorielle samarbejde	Møderne har foregået på skift på de to bosteder og i psykiatrien. Deltagerne har mødtes 1 x mdr. Møderne og drøftelserne har ført til øget forståelse for deltagerne forskellige hverdag, arbejdsgange og muligheder for at handle. Herunder er der særligt arbejdet med begrebsafklaring og udvikling af et fælles sprog. Ligesom der har været særligt fokus på patient- og pårørendeperspektivet.
Netværksmøder	Der arbejdes fortsat med at forbedre den oplevede kvalitet for patienter, pårørende og professionelt netværk under netværksmøderne. Der udleveres spørgeskemaer til deltagerne efter alle netværksmøder. Indsamlede spørgeskemaer gennemlæses løbende og den feedback, der modtages, er med til at informere og udvikle konceptet når det vurderes hensigtsmæssigt.
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	I begyndelsen af projektperioden blev der i BU ansat en udskrivningskoordinator som har været meget engageret i at få udarbejdet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. De gennemarbejdede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er med til at skabe overblik over fælles aftaler. Aktuelt er mobilteamet ved at overtage udarbejdelsen af UA/KP for deres patienter, da de i forvejen



	har et tæt samarbejde med patienterne og andre aktører. Ligeledes arbejdes der på at oplære flere til at kunne varetage udarbejdelsen, da det har vist sig at være for sårbart at opgaven hviler på én person.
Andet?	

INDSATS	BARRIERER Igangsatte initiativer Hvad var svært? Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	
Det tværsektorielle samarbejde	I starten af perioden oplevede bostederne at projektet var ”psykiatriens projekt”. Sidenhen har der været arbejdet særligt med et fælles sprog, og at projektet skulle være meningsfuldt at deltage i for alle parter. De 2 bosteder har i perioden ikke haft anbragte unge der har haft brug for psykiatriens hjælp.
Netværksmøder	Der har været gjort en indsats for at indsamle spørgeskemaer siden juni 2022. Løbende har der været arbejdet med forbedringsforslag fra spørgeskemaerne og deraf formen på dagsorden samt opsamling. Projektet socialrådgiver har haft en stor aktiv rolle i dette.
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Der blev observeret en nedgang i antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, da den primære udskrivningskoordinator var optaget af andre opgaver i februar. Der er siden gjort en indsats for at gøre udarbejdelsen mindre personafhængig – se afsnit fremdrift-planer.
Andet?	En manglende forventningsafstemning ift. tid og ressourcer fra projektets begyndelse. Tydelighed i hvem der ”bærer” projektet. Muligvis en mere lokal forankring fra start for at skabe mere ejerskab over afprøvning og delmål. Vi var længe om at få gjort projektet lokalt og nærværende. Vi havde mange udfordringer med dels at udvælge data og dernæst at få de rette data. Det var en barriere at ingen kommuner ønskede at deltage.

INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING Hvilke indsatser planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning? Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og	



metodemæssig ramme)	
Det tværsektorielle samarbejde	Begrebsafklaring til en start. Hvilke fora og begreber bruger vi hver især, hvad dækker de over og hvad forstår vi ved ordene. Vi ønsker at begrebsafklaringsskottet 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.
Netværksmøder	Der er udarbejdet en ny dagsorden til netværksmøderne som er implementeret i praksis.
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Opgaven omkring UA/KP har indtil nu været meget personafhængigt. Særlig opmærksomhed på de sårbarheder det giver, som har ført til de nye tiltag som beskrevet i ovenstående.
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	En klar og tydelig forventningsafstemning ift. tid og ressourcer. Hvem er det der "bærer" projektet? Muligvis en mere lokal forankring fra start for at skabe mere ejerskab over afprøvning og delmål. Man må insistere på deltagelse af de kommunale samarbejdsparter. Obs en opmærksomhed på at der ikke udvælges områder med for lille et datagrundlag.
Andet?	



5 – Midtjylland

5.1 Voksensporet

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
Hvilket spor? Voksensporet eller børne- og ungesporet	Voksensporet Viborg
Hvem er med fra regionen? Enheder og faggrupper	Forbedringsteam: Regionpsykiatrien Midt i Viborg Funktionsleder for Team for Akut & Intensiv Psykiatri (amb. enhed) Funktionsleder for Klinik for Psykotiske lidelser Klinisk ansvarlig sygeplejerske fra Intensiv & Modtagelse (sengeafsnit) Socialrådgiver fra affektiv sengeafsnit Tvangsforebyggende koordinator fra sengeafsnit (sygeplejerske) – Tovholder for LKT Specialkonsulent fra Psykiatristaben med bistand til teamet mht. tvang og data
Hvem er med fra Kommunen/det private? Enheder og faggrupper	Forbedringsteam: Viborg Kommune Leder af Psykiatrien Leder af bostøtte Leder af bosted
Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.	Et nedsat brugerpanel har været involveret i forbindelse med sparring om LKT. Brugerpanelet har bred erfaring fra indlæggelser og amb. behandling, herunder også tvangsindlæggelser. Sparring med borger med brugerbaggrund og med uddannelse i Åben Dialog
Andre aktører? Politi, almen praksis mm.	Der har været afholdt møder med praksis-konsulent. Der pågår en løbende tæt kontakt med politiet mht. undervisning og koordinering – hvor der er personsammenfald med LKT teamets medlemmer.
Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?	Afdelingsledelse (chefsyrgeplejerske, cheflæge og direktører) følger LKT ved 1/2-årlige møder, desuden føles en tilgængelighed ved behov og en løbende interesse for LKT Tvangs udvikling. Fra kommunal side deltager ledere fra psykiatri, fra bostøtte og bosteder i teamarbejdet. Fra Psykiatriens side deltager ledere fra ambulante enheder, hvor det fra sengeafsnit er klinisk ansvarlig og socialrådgiver. Således ingen ledelsesdeltagelse fra sengeafsnit – det har muligvis været en hæmsko i implementering af tiltag der.
Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?	Stort set – ja. Brugererfaring, patienter og pårørende kommer til orde med sparring i form af brugerpanel – med det sker ikke systematisk og bliver derfor ikke så meget. Ledelsesrepræsentation fra sengeafsnit kunne have været bedre.



	<p>Da der kom socialrådgivere i sengeafsnit, kom en fra gruppen med i LKT forbedringsteamet – hvilket har været meget givende i forhold til opgaverne omkring udskrivningsaftaler og netværksmøder.</p> <p>Vores analyser efter tvangsindlæggelser finder at flere patienters primære kommunale kontakt er hjemmepleje eller bosteder/bostøtte inden for Handicap – udviklingshæmmede. Dvs. at vi ikke med repræsentanter fra psykiatrien i kommunen rammer denne målgruppe.</p>
<p>Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score?</p> <p>Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?</p>	<p>Vi har lavet Musiq-score analyse i både regionspsykiatri og kommune.</p> <p>På baggrund af denne begyndte vi faste møder med sponsorer i form direktører i Viborg Kommune social og i Psykiatrien i Regions Midt.</p> <p>Vi identificerede en udfordring i at få forbedringsarbejde til at leve i en travl hverdag blandt kollegaer- Det har været og er en udfordring der har bremset nye tiltag og afprøvninger.</p> <p>Data-ekspertise i form af en medarbejder fra Psykiaristaben er nu i LKT teamet.</p>

INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	<p>Når vi ser på tvangsindlæggelser, ser vi 2 grupperinger – den ene gruppe er patienter med forholdsvis hyppige tvangsindlæggelser – oftest på baggrund af selvskade. Denne gruppe oplever vi med et fortsat behov for indlæggelser, men hvor behov for tvang kan svinge meget. Indlæggelser bliver et mestringsredskab for at undgå selvskade. Når tvang er indikeret, er det oftest efter selvskade.</p> <p>Den anden gruppe med meget sjældne indlæggelser og hvor vi fra beh.psykiatrien og kommune kun har sporadisk eller slet ingen kontakt. Derfor giver denne type af indlæggelser ofte anledning til nye tiltag, og derfor skal succes nok mere ses i at gentagne tvangsindlæggelser forebygges.</p>
Følgeindikatorer	<p>Patienter berørt af tvangshændelser tegner et broget billede. Vi har kortere indlæggelser med affekt eller beruselse hvor tvang er nødvendig i form af beroligende eller fastholden. Vi har længere og mere komplekse forløb med gentagen tvang – patienter med psykiatriske lidelser og samtidig udviklingshæmning tæller meget i denne sammenhæng. Endelig velkendte patienter med selvskade hvor anden tvang desværre kan være nødvendig for at stoppe ny selvskade.</p>
Procesindikatorer	<p>UA/KP: Der bliver lavet mange flere UA nu. Vi har som beskrevet haft stor fokus på at få arbejdsgange etableret som sikre de laves.</p> <p>Som skrevet andetsteds i rapporten er der brug for at kigge på de UA der ikke laves og på kvaliteten af dem alle – her især på hvorvidt der er et reelt samarbejde omkring indhold.</p>
Egne indikatorer	<p>Vi samler nu data på afholdte netværksmøder – men har opsat en dataplan hvor der måles på afholdte netværksmøder under indlæggelse hvor der er tale om tvangsindlæggelser.</p> <p>Altså ikke som forslået møder minimum 1 gang årligt. Tallene viser 50 % af forløb (8/16) har afholdt netværksmøde under indlæggelse.</p> <p>Der er umiddelbar læring ved at følge disse tal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ved meget korte indlæggelser nås ikke netværksmøde.



	<ul style="list-style-type: none"> - 3 forløb har ikke kontakt til kommune, med den amb. kontakt aftales pr. telefon eller mail. Det må vel accepteres. - Når patient pga. belægningsituation indlægges på anden afsnit end det vanlige bliver der ikke afholdt netværksmøde.
Yderligere kommentarer til data og resultater	<p>Vores proces med UA/KP er positiv – men det giver ikke udtryk i at der bliver mindre tvang.</p> <p>Vi skal se på indholdet af UA/KP og hvorvidt vi får tvangsforebyggelses-aspektet tydeligt nok frem.</p> <p>Samtidig afspejler data nok at der er brug for at fokusere mere på kultur bag samarbejde og reel inddragelse af borger/patient.</p>

INDSATS	FREMDRIFT
	<p>Igangsatte initiativer</p> <p>Hvad gik godt?</p> <p>Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p>
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Forskellige metoder har været undersøgt og vurderet i LKT forbedringsteamet, herunder Fælles beslutningstagen, Åben Dialog LØFT og Inddrag Nu. Vi har deltaget i temadage for Fælles beslutningstagen og haft møde med personer med stor erfaring i de forskellige tilgange.
Det tværsektorielle samarbejde	Først og fremmest har samarbejdet i LKT teamet været en positiv erfaring. En vigtig del af vores arbejde har været og er analyse af indlæggelses-forløb. Analyserne har belyst forløbene fra flere sider og bidrager med et mere nuanceret syn og hvor samarbejdet er udfordret. I og med at vi i teamet sidder med ledelsesrepræsentanter fra de væsentligste sektorer er kommunikationsvejene korte og vi har kunnet pege på steder hvor noget konkret skulle ændres.
Netværksmøder	<p>Med inspiration fra LKT Region Syd og som resultat af vores analyser af tvangsindlæggelsesforløb er vi begyndt prøvehandlinger med "Blitzanalyser". Vi afholder kort netværksmøde efter tvangsindlæggelser, fast tidspunkt, kl. 8.30 hverdagsmorgener og med max 15 minutters varighed. Bostøtte eller bosted, samt amb. behandler deltager på video – mødet foregår fysisk i det sengeafsnit patienten er indlagt. Mødet sker så hurtigt det praktisk er muligt – dvs. 2.-3. dag af indlæggelse. På mødet afdækkes kort optakt til indlæggelse, umiddelbare formål/plan for indlæggelsen og endelig afklaring af hvem der er væsentlige samarbejdspartnere – og som skal involveres i planer og en senere UA/KP. Afprøvnin-gerne er forløbet godt – der er positive tilbagemeldinger og det giver god mening med et sådan hurtigt møde.</p> <p>Vi vil ikke fordrer anden obligatorisk netværksmøde under indlæggelse. Hvis de nødvendige aftaler er lavet over telefon eller mail eller i anden sammenhæng – skal der ikke bruges tid på netværksmøde.</p>
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Der er lavet arbejdsgangsbeskrivelser for UA/KP på alle relevante sengeafsnit. Ansatte socialrådgivere har fået en væsentlig rolle i at UA/KP udarbejdes. Der er lavet støtteredskaber i form af BI-rapporter som indikerer hvilke patienter der skal have lavet UA/KP og hvor langt processen er. Tæt samarbejde med socialrådgivere har været gavnligt.



	<p>Som set i data er andelen af UA steget markant i løbet af LKT projektet – det ses som et klart resultat af de ovenfor nævnte tiltag.</p> <p>Vores analyser viser at UA fungerer godt ved de komplekse og længere indlæggelser – medens udfordringen er de kortere og gentagne indlæggelser hvor aftaler ikke bliver afstemt med samarbejdspartnere.</p>
Andet?	

INDSATS	BARRIERER
	<p>Igangsatte initiativer</p> <p>Hvad var svært?</p> <p>Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p>
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	<p>Vi er udfordret af at 2 systemer – region og kommune ikke umiddelbart arbejder ud fra en fælles teoretisk referenceramme. Endvidere at situationen omkring indlæggelse ofte er forceret og med flere skift mellem sengeafsnit og med korte indlæggelser, som vanskeliggør en ambition om at arbejde efter en bestemt metode.</p>
Det tværsektorielle samarbejde	<p>Vi observerer tilbagevendende udfordringer med at der ikke bliver kommunikeret tværsektorielt og at der bliver taget beslutninger "på andres vegne" uden kontakt først. Faste møder i form af ugentlige konferencer mellem sengeafsnit og ambulante enheder afhjælper i nogen grad dette. Men den kommunale sektor bliver ikke inddraget i dette.</p> <p>I tiltag der udvikles sideløbende med LKT men med stort sammenfald af deltagere, F-ACT, bliver borgere/patienter sat på liste når der er stor kompleksitet og meget tværsektorielt samarbejde.</p> <p>Vores afprøvnings af Blitzt-analyser vurderer vi i nogen grad imødegår disse udfordringer.</p>
Netværksmøder	<p>Blitzanalyserne afprøves som beskrevet. Vi ser en udfordring i at have tovholdere i sengeafsnittene – lige nu er det afhængig af LKT teamets medlemmer. Samtidig er teknikken udfordrende. Regionens videoløsning er ikke så intuitiv og let at bruge uden for regionens systemer – f.eks. for kommunale kollegaer – vi søger en bedre løsning.</p> <p>Vi har i øvrige netværksmøder afprøvet fast dagsorden, som i LØFT og Inddrag Nu. Det har ikke virket – det bliver omstændigt og i konteksten af netværksmøder før udskrivelse rammer det ikke rigtig.</p>
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	<p>Der er udføringer på flere niveauer. Med et højt flow og meget korte indlæggelsesforløb bliver sengeafsnit ramt af at de simpelthen ikke når at lave UA/KP på alle patienter. Det rammer især vores intensive og modtagelses-afsnit.</p> <p>Der mangler fortsat i nogle UA/KP er reel medinddragelse af samarbejdspartnere. Tidspres er en årsag – men der må også arbejdes med en kultur hvor beslutninger om forløb og udskrivelse sker på sengeafsnit og uden input fra og koordinering med andre partnere. Dette er ikke et generelt billede, men dog en tilbagevendende udfordring.</p>



	Under LKT teamets sammensætning og ledelsesinvolvering er nævnt udfordringen med at mangle funktionsledere fra sengeafsnit. Specifikt vedr. UA/KP er dette søgt imødegået ved at have UA/KP som tema på en fælles forbedrings-temadag – på tværs af sengeafsnit og ambulante enheder – hvor målet er dels at finde frem til arbejdsgange der sikrer UA/KP i alle relevante forløb og dels at indholdet afspejler reelle aftaler indgået tværsektorielt.
Andet?	

INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING
	Hvilke indsats planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning? Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Vi ønsker øget fokus på denne indsats – og realistisk er vi nødt til at arbejde med den udover projektafslutning. Ambitionen er at vi sammen formulere nogle principper – især fra Åben Dialog og LØFT som kan være bærende for patientinddragelse og – deltagelse. Men realistisk er vi her oppe mod nogle indarbejdede kulturer som der skal arbejdes med i de enkelte sektorer og på tværs.
Det tværsektorielle samarbejde	Det er tydeligt for os at de forskellige redskaber i LKT: UA/KP og Netværksmøder i høj grad handler om at sikre det tværsektorielle samarbejde. Hvis eller når vi får disse udviklet og optimeret – så vil det afspejles i bedre tværsektorielt samarbejde. Vores nuværende analyser i LKT teamet har som nævnt vist sig at være konstruktive og grundlag for konkrete tiltag. Det kunne være en mulighed i ene eller anden form at fastholde denne analyseform med ledelsesrepræsentation tværsektorielt udover projektets varighed. Erfaringen fra vores særlige indsats med selvskadende patienter – et regionalt tiltag i psykiatrien som i Viborg kaldes Det koordinerende team har vist os betydningen af en position hvor den tværsektorielle koordinering og samarbejde er det centrale.
Netværksmøder	Blitzanalyser: Vi er påbegyndt en beskrivelse af Blitzanalyser, som kan bruges som vejledning – vi har en ambition om at denne mødeform skal gøres til et fast redskab. Vi vil gerne arbejde videre med øvrige netværksmøder – men ser det ikke som en obligatorisk mødeform under indlæggelse – som beskrevet kan den nødvendige udveksling af information og aftaler ske under andre former. Men vi vil gerne arbejde videre med samarbejdskultur som nævnt under Fælles beslutningstagning – altså hvilken kultur og forståelse af samarbejde og patientdeltagelse der er gældende. Principperne i Åben Dialog og LØFT vil blive medtaget.
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Vi vil fortsat have sengeafsniternes socialrådgivere som de centrale samarbejdspartnere. Tvangsforebyggelse har ikke nogen plads i UA specifik. Det stiler vi heller ikke efter – men er af den overbevisning at når UA beskriver klart hvilke aftaler der er



	indgået, men handlingsanvisninger – så vil UA faktisk også virke tvangsforebyggende.
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	<p>Det er vigtig at få sammensat LKT teamet med repræsentanter fra de forskellige enheder – og gerne med ledelse.</p> <p>Sengeafsnittene bør være repræsenteret i teamet med ledelse.</p> <p>En kontakt til handicap og hjemmeplejen vil være godt. En fleksibel løsning hvor vi kan supplere i teamet.</p> <p>Vi har i vores projekt defineret målgruppen som borgere fra Viborg kommune der har en psykiatrisk kontakt og som tvangsindlægges – frataget er patienter med en behandlingsdom og borgere bosiddende på regionale og private bosteder. Det giver en meget stor målgruppe, hvor andre LKT teams har valgt en mindre, klar defineret gruppe – f.eks. fra et bestemt bosted.</p> <p>Læringen i vores projekt er stor – men mere spredt da borgerne kontakt til kommunal støtte er meget forskelligt og i nogen tilfælde har de ikke nogen kontakt.</p>
Andet?	

5.2 Børne- og ungesporet

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
Hvilket spor? Voksensporet eller børne- og ungesporet	Børne- og Ungesporet. Et samarbejde mellem Sociale forhold og beskæftigelse i Aarhus kommune, Bostedet Holmstrupgård samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Region Midt
Hvem er med fra regionen? Enheder og faggrupper	<p>Forbedringsteam</p> <p>Tvangsforebyggende koordinator fra et sengeafsnit for unge Socialrådgiver i ambulant enhed for spiseforstyrrelser Socialrådgiver i stationært sengeafsnit for spiseforstyrrelser Distriktspsykiater i ambulant enhed for unge Tværgående administrativ koordinator Leder fra ambulant unge enhed Projektleder fra psykiaristaben i region Midt Styregrupper</p> <p>Lokal styregruppe med ledere fra alle afsnit i BUA Deltagelse herfra i tværsektorielle styregruppe</p>
Hvem er med fra Kommunen/det private? Enheder og faggrupper	<p>Sociale forhold og beskæftigelse i Aarhus i forbedringsteam</p> <p>Ungerådgiver Ungerådgiver, med rolle som koordinering Leder med deltagelse i den tværsektorielle styregruppe Bostedet Holmstrupgård Ergoterapeut Socialpædagog</p>



	<p>Socialpædagog Administrativ koordinator Leder med deltagelse i den tværsektorielle styregruppe</p>
<p>Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.</p>	<p>Unge på tværs af de 3 enheder har deltaget i interview i forbindelse med udarbejdelse af redskaber + arbejdsgange samt afprøvning heraf. Peermedarbejder i stationært sengeafsnit har afgivet input til samarbejdsform og indhold til "Min Plan" + "Mit Møde"</p>
<p>Andre aktører? Politi, almen praksis mm.</p>	<p>Der er planlagt ad. Hoc inddragelse i "MIT Møde", altid efter aftale med den unge, som selv dagsordensætter "Mit Møde".</p>
<p>Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?</p>	<p>Der er etableret lokal styregruppe i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, for at sikre involvering af alle relevante afsnit Der er derudover etableret en tværsektoriel styregruppe, med ledelsesrepræsentanter fra alle 3 enheder. Dette organisatoriske set-up har sikret den tværsektorielle tilslutning og fundering gennem projektet og de forskellige faser, der er forbundet hermed.</p>
<p>Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?</p>	<p>Der har fra starten (2021) været medarbejdere, koordinatore og ledelser tilsluttet projektet, fra alle 3 enheder. Dog kunne man 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, herunder også en fælles drøftelse af metode, da den valgte (forbedringsmodellen) ikke er den foretrukne alle steder, og nogle steder helt ukendt.</p>
<p>Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score? Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?</p>	<p>Projektets MUSIQ score fortæller en historie som afspejler ovenstående. Regionen 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 forandingsparat 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. Projektet har arbejdet med:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Fair Proces" - deling viden om forbedringsmetoden - i fællesskab gjort opmærksom på e-læringspram - deltagelse i læringsseminar/Kolding - deling af redskaber, herunder lommekort, hæfter mm.



INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	<p>Antal personer berørt af tvangsindlæggelse (R1) og antal tvangsindlæggelser (R2):</p> <p>Der er for få brugbare observationer i projektperioden til at der kan konkluderes på udviklingen. Endvidere er projektets prøvehandlingerne først for alvor kommet i gang i marts 2023.</p> <p>8 unikke personer er blevet tvangsindlagt 26 gange fra 1. jan. 2022 til og med marts 2023. I baselineperioden blev 6,3 unikke personer tvangsindlagt 29,3 gange årligt. I 2022 blev 7 unikke personer tvangsindlagt 22 gange.</p> <p>Dage mellem tvangsindlæggelser:</p> <p>Fra d. 18. nov. 2022 og frem til d. 27. januar 2023 var der 70 dage uden tvangsindlæggelser, hvilket er en usædvanlig lang periode. Dette er en del over den øvre grænseværdi på 47 dage. Der ses fra 1. januar en tendens til flere lange perioder uden tvangsindlæggelser.</p> <p>Denne indikator er meget følsom overfor enkelte personers forløb og skiftet mod flere dage mellem tvangsindlæggelser vurderes at skyldes ændringer ift. ganske få personer.</p>
Følgeindikatorer	<p>Antal personer berørt af tvang (F1) og antal tvangsforanstaltninger (F2):</p> <p>Der ses alene tilfældig variation ift. den generelle anvendelse af tvang - F1 og F2. Efter en markant stigning i 2021 i antal tvangshændelser og antal unikke personer berørt af tvang, er niveauet tilbage på baselineniveau.</p> <p>7,7 unikke personer blev berørt af tvang 174,7 gange i baselineperioden. I 2022 blev 9 unikke personer berørt 142 gange af tvang.</p>
Procesindikatorer	<p>Antal personer berørt af magtanvendelse (F3) og antal magtanvendelser (F4):</p> <p>Der er kun anvendt 6 magtanvendelser på 2 unikke personer siden 1. januar 2018. Data er få små til at der kan tolkes noget ud fra dem.</p> <p>Der er ikke anvendt magtanvendelse siden 2020.</p>
Egne indikatorer	<p>I 2022 søgte og fik projektet tildelt økonomisk støtte fra en pulje i SST- bostøtte teams.</p> <p>Dette projekt arbejder med de redskaber, som er udviklet i LKT, og løber indtil ultimo 2023.</p> <p>I denne forbindelse er der i samarbejde med Defactum udarbejdet et omfattende evalueringsdesign, som fx rummer følgende indikatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Følelse af inddragelse - Tryghed - Mestring - Trivsel - Diagnosegrupper - Indlæggelser og genindlæggelser - Tvangsindlæggelser - Øvrige tvangsforanstaltninger - Magtanvendelser



	<ul style="list-style-type: none"> - Voldsomme episoder: VTC-registreringer (Vold, Trussel, Chikane) <p>Endvidere ift. projektaktivitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Og de kvalitative interviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 udvalgte unge - Gruppeinterviews med medarbejdere fra alle 3 enheder - Refleksionsskema efter afholdelse af alle "Mit Møde"
Yderligere kommentarer til data og resultater	Der er udarbejdet evalueringsdesign.

INDSATS	FREMDRIFT
	Igangsatte initiativer Hvad gik godt? Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	<p>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.</p> <p>Projektet har afsøgt viden om dette hos Center For Fælles beslutningstagen RS.</p> <p>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.</p> <p>Dette afspejler sig fx i "Min Plan" + Mit Møde", hvor vi arbejder med "vigtigt om mig", egen dagsorden, personlige statements mm.</p> <p>Indtag af viden/kompetenceudvikling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deltagelse i e-læringsprogram - deltagelse i webinar - deltagelse i læringsseminar Kolding - deltagelse i workshopdag med somatikken AUH (videndeling + inspiration)
Det tværsektorielle samarbejde	<p>Der er etableret systematiske arbejdsgange fra indhentning af samtykke, til opstart af "Min Plan" til afholdelse af "Mit Møde"</p> <p>Se bilag 1 (Flow).</p>



Netværksmøder	I dette projekt kaldes møderne for "Mit Møde", dette for at understøtte forståelsen af mødet, som værende den unges. Se vejledning til forberedelse af "Mit Møde", bilag 6
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	I dette projekt kaldes planen for "Min Plan", dette for at understøtte forståelsen af, at det er den unges plan. Se venligst bilag 2, 3, 4 og 5. <ul style="list-style-type: none">- Vejledning til professionelle- Handout ung- Min plan- Hjælpeværktøj til samtalen
Andet? – En digital app	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 er muligt at få en prøveoprettelse i appen, kontakt venligst mona-werd@rm.dk

INDSATS	BARRIERER Igangsatte initiativer Hvad var svært? Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	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. Det kunne måske fra starten af have været en fordel med plan for kompetenceudvikling og tilførsel af ressourcer til dette, eller alternativt et forslag til hvordan, man kan bruge den overordnede ramme, som inspiration + i mikro format metode.
Det tværsektorielle samarbejde	Regionen har det primære ansvar for dette projekt og 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, herunder også en fælles drøftelse af metode, da den valgte (forbedringsmodellen) ikke er den foretrukne alle steder, og nogle steder helt ukendt.
Netværksmøder	Sektorerne arbejder under forskellige lovgivninger, med forskellige krav til samtykker.



<p>Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)</p>	<p>Der mangler systemer, som medarbejdere kan tilgå på tværs af sektorer. Denne mulighed for deling af viden er essentiel for at kunne forebygge tvang på tværs af sektorer.</p> <p>Samarbejdet kompliceres af forskellige lovgivninger.</p> <p>Der findes i forvejen et hav af planer, både de lovpligtige og dem vi selv har valgt at implementere lokalt. Der er risiko for at "Min plan" forsvinder i mængden.</p> <p>Se kortlægning af planer i et typisk ungeføløb, bilag 7.</p> <p>Der er behov for et interaktivt værktøj, hvor den unge kan udforme, og evt. redigere i sin egen plan. Det er ikke hensigtsmæssigt, at fagprofessionelle skal tage billeder/uploade til arkiv og den unge derefter starte forfra hver gang der er ændringer. Fagprofessionelle på tværs af sektorer har ikke adgang til de samme dokumenter, hvilket i høj grad besværer vidensdeling.</p> <p>Denne udfordring er i dette projekt forsøgt afhjulpel med den digitale app, jævnfør tidligere.</p>
<p>Andet?</p>	

<p>INDSATS</p>	<p>FASTHOLDELSE OG SPREDNING Hvilke indsats planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning? Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)</p>
<p>Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)</p>	<p>Projektet afventer løbende indsamling af erfaring + effektmåling.</p> <p>Er i fuld klinisk aktivitet fra og med marts 2023.</p> <p>Der er forventning om et samlet erfaringsgrundlag fra:</p>
<p>Det tværsektorielle samarbejde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 33 opstart af Min plan - 33 redigeringer af "Min Plan" - 33 1. afholdelse af "Mit Møde" - 33 2. afholdelse af "Mit Møde"
<p>Netværksmøder</p>	
<p>Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)</p>	
<p>Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?</p>	
<p>Andet?</p>	<p>Projektet er forlænget til ultimo 2023, da der er søgt/tildelt økonomi til afprøvelse af indsats fra SST (botilbud)</p> <p>Herefter afventes evaluering fra Defactum</p>



6 - Nordjylland

6.1 Voksensporet

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
Hvilket spor? Voksensporet eller børne- og ungesporet	Region Nordjylland – Voksenspor
Hvem er med fra regionen? Enheder og faggrupper	Socialrådgiver, regional tovholder Datakonsulent, Fælles administrationen Afsnitsledende sygeplejerske, Sengeafsnit S5 Fysioterapeut, Sengeafsnit S5 Sygeplejerske med særlig klinisk funktion, Sengeafsnit S5 Socialrådgiver, Ambulatorium for Psykoser Socialrådgiver, Ambulatorium for Psykoser Ambulatoriesygeplejerske, Ambulatorium for Psykoser Ambulatoriesygeplejerske, Ambulatorium for Psykoser Peer, Ambulatorium for Psykoser Peer, Ambulatorium for Psykoser
Hvem er med fra Kommunen/det private? Enheder og faggrupper	Udviklingskonsulent, kommunal tovholder Aalborg Kommune Leder, Socialpsykiatrien, Aalborg Kommune Ergoterapeut - Botilbuddet Ryesgade, Aalborg Kommune SKP - Team Midt i Mellem, Aalborg Kommune SKP - Team Midt i Mellem, Aalborg Kommune
Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.	I teamet indgår 2 peermedarbejdere fra Ambulatorium for Psykoser. De har været en del af teamet fra projektets start og indgår på lige fod med de øvrige medlemmer i forbedringsteamet. Vi har forsøgt at finde egnet pårørenderepræsentant, hvilket ikke er lykkedes. Ønsket har været – efter sparring med leder af Enhed for Samskabelse og Psyk-Info (Psykiatrien Region Nordjylland) – at finde en pårørenderepræsentant, som har kendskab til projektets udvalgte målgruppe og psykiatrien aktuelt – evt. en pårørende til en patient i aktuelt forløb. Det har desværre ikke været muligt. Under hensyn til den korte tid der er tilbage af projektet, har vi nu valgt ikke at forfølge dette yderligere, da ikke vil være meningsfyldt for et nyt medlem at træde ind i projektet nu.
Andre aktører? Politi, almen praksis mm.	Ingen andre aktører
Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?	Fra starten har der været ønske om overlægeressourcer i teamet – dette har af ressourcemæssige årsager ikke vist sig muligt at prioritere. De relevante ledelser har ellers været involveret via styregruppemøder samt ad hoc møder i situationer, hvor der har vist sig særligt behov for ledelsesmæssig opbakning – fx da det viste sig vanskeligt at få patienter inkluderet i LKT Tvang.



Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?	Projektet bar fra start præg af, at det tog tid at afklare, hvor projektet relevant skulle forankres i kommunalt regi for at skabe bred konneks til forankringen i psykiatrien. Der har gennem projektperioden været løbende fokus på teamets sammensætning i forhold til rette deltagere og ressourceforbrug.
Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score? Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?	MUSIQ-scoren har vist sig svær at bruge i praksis, da forbedringsteamet er sammensat af medlemmer fra mere end 6 organisatoriske enheder på tværs af psykiatri og kommune. I den indledende score (ultimo 2021 – primo 2022) sås således beskeden eller lille sammenhæng i de forskellige scoringer, hvilket igen gjorde det svært at lave en samlet score for teamet. Ligeledes skete udfyldelsen over en periode på 3 måneder, fordi ikke alle medlemmer var med fra start. Dette vanskeliggjorde også sammenligning af de forskellige indledende scores. Ingen i teamet har tidligere erfaringer med at bruge MUSIQ-score som redskab, hvorfor det var svært at se meningen med denne. Den introduktion, der blev givet på det indledende seminar, fandtes ej heller fyldestgørende nok ud fra dette perspektiv.

INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	Målgruppen i indikator R1 og R2 (tvangsindlæggelser) er patienter med bopæl i Aalborg Kommune med aktivt ambulansforløb i Ambulatorium for Psykoser – Team Nord, Centrum eller Sydøst - som indlægges med tvang på Sengeafsnit S5. I R1 ses en stabil baselineperiode med en median på 2 berørte personer pr. måned. Dette niveau er lavt, men har gennem flere år ligget ret stabilt. I projektperioden er der ikke-tilfældig variation i serien, hvilket vil sige, at der er sket en ændring i data. Der er sket en stigning i antal berørte personer med en median på 3 berørte personer. Den samme udvikling ses i R2 (antal tvangsindlæggelser). I projektperioden er 30 patienter berørt af tvangsindlæggelser og mange af dem (23) tvangsindlægges kun 1 gang. Mens kun 2 patienter tvangsindlægges mere end 2 gange i perioden.
Følgeindikatorer	Målgruppen for følgeindikatorerne F1 og F2 (øvrige tvangshændelser) er den samme som resultatindikatorerne. I F1 ses en stabil baselineperiode med en median på 3 personer berørt af tvangshændelser (ekskl. tvangsindlæggelser). I projektperioden er der endnu ikke tilstrækkeligt med observationer til at kunne lave en konklusion ved hjælp af SPC. Der ses dog en tendens til en stigning i serien. I projektperioden er 34 patienter berørt af tvangshændelser, hvoraf 18 har 1 tvangshændelse i projektperioden, 8 patienter har mellem 2 og 5 tvangshændelser og 8 patienter har over 5 tvangshændelser. Der har i projektperioden været en magtanvendelse. Da der kun er en enkelt magtanvendelse, føres der ikke data herfor.
Procesindikatorer	I procesindikatorerne V1 og V2 er målgruppen de patienter, som har været udsat for tvang og indgår i resultatindikatorerne eller følgeindikatorerne.



	<p>I V1 er der ikke-tilfældig variation i baselineperioden, og det er derfor ikke muligt at etablere en baseline. 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 på 100 pct. I projektperioden ses der en tendens til at andelen af udskrevne patienter med UA/KP ligger på 30-40 pct.</p> <p>I V2 er der en stabil proces i baselineperioden og andelen af UA ligger på 60 pct. Processen er stabil i projektperioden, og der er således ikke sket en ændring i andelen af UA.</p> <p>I V3 ses at andelen af UA og KP med årlige netværksmøder ligger på 100 pct., og andelen af revurderinger ligger på 89 pct. Målgruppen i V3 er de patienter, som har givet samtykke til at deltage i projektet.</p>
Egne indikatorer	
Yderligere kommentarer til data og resultater	<p>Det har været en udfordring at finde patienter, som er i målgruppen og ønskede at deltage i projektet. Der er i alt kun 17 patienter, som har givet samtykke til at deltage i projektet i hele projektperioden ud af i alt omkring 48 mulige borgere.</p> <p>9 patienter vurderes af tilknyttede fagpersoner ikke at ville kunne indgå i relevant samarbejde omkring projektet og i alt 17 borgere har enten trukket samtykket tilbage, er afsluttet i ambulatoriet, fraflyttet kommune, har takket nej eller afventer dom. 5 afventer stadigt evt. samtykke.</p> <p>Det begrænsede antal inkluderede borgere kan være en medvirkende årsag til, at der ikke ses et fald i resultat- og følgeindikatorerne. Desuden har der været en dataudfordring i projektet jf. nedenfor:</p> <p>Pga. overgangen til et nyt patientjournalssystem den 25. marts 2022 anvendes der data fra to forskellige kilder (PAS hhv. NordEPJ) i arbejdet med at lave indikatorerne. BI 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.</p>

INDSATS	FREMDRIFT Igangsatte initiativer Hvad gik godt? Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Se under udfordringer.
Det tværsektorielle samarbejde	<p>Der er indenfor voksenområdet i Region Nordjylland lang og god erfaring med at arbejde tværsektorielt i rammerne af Patientens Team. Der er således faste arbejds-gange og strukturer i forhold til dette samarbejde og afholdelsen af møder.</p> <p>Det tværsektorielle samarbejde betragtes overordnet set som velfungerende og konstruktivt af alle involverede parter.</p>



<p>Netværksmøder</p>	<p>Netværksmøderne tager som nævnt ovenfor afsæt i principperne i Patientens Team. Metoden er allerede implementeret i det tværsektorielle samarbejde. I regi af dette projekt har omdrejningspunktet således været på det eksplicitte fokus på forebyggelse af tvang.</p> <p>I praksis afholdes møder med en langt højere kadence end det, der er målsætningen for projektet.</p> <p>Én indsats har til formål at undersøge om patientinddragelsen på møder øges gennem tilknytning af peermedarbejder og udarbejdelse af Personlige Statements. Peermedarbejder deltager også i møderne i Patientens Team som støtte for patienten. Indsatsen er fortsat i gang, og der er foreligger ingen evalueringer endnu.</p>
<p>Planer (UA/KP EL-LER Trygheds- og forebyggelsesplaner)</p>	<p>I Region Nordjylland er der implementeret retningslinjer og arbejdsgange for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvor opgaven er uddelegeret til socialrådgiverne i Psykiatrien. Fokus i LKT Tvang har derfor været på at kvalificere indholdet i disse aftaler/planer.</p> <p>Dette sker gennem to forskellige indsatser. Den ene indsats handler om, at de supplerende oplysninger, som fremgår af projektbeskrivelsen om fx patientens præferencer og ønsker, netværk m.m., skrives ind i aftalerne/planerne. Indsatsen omhandler proceduren for dette, da det er et nyt fokus, som derfor let kan glemmes i det daglige arbejde. Denne indsats er fortsat under afprøvning.</p> <p>I indsats nævnt under "netværksmøder" om involvering af peermedarbejdere skrives patientens ønsker og præferencer også ind i udskrivningsaftaler/koordinationsplaner, således fagpersonerne omkring patienten har kendskab hertil og kan tage udgangspunkt til patientens ønsker m.m. Denne indsats er også fortsat under afprøvning og afventer evaluering.</p> <p>Ligeledes afprøves i anden indsats, at relevante oplysninger fra kriseplaner/triggerskemaer fra sengeafsnit samt pædagogiske interventioner fra kommunalt regi skrives ind i udskrivningsaftale og koordinationsplan. Dette for at understøtte at relevante oplysninger deles på tværs af sektorer og dermed sikrer større grad af sammenhæng og rød tråd i patientens forløb og tilgangen til patienten.</p>
<p>Andet?</p>	<p>Fra Region Syddanmark har vi lånt indsatsen omkring blitzanalyser for at opnå større viden om, hvad der er gået forud for en tvangsindlæggelse samt hvad der kan gøres anderledes i et forebyggelsesperspektiv. Indsatsen afventer fortsat opstart, men er planlagt.</p>

<p>INDSATS</p>	<p>BARRIERER Igangsatte initiativer Hvad var svært? Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, resourcer)</p>
<p>Fælles beslutningstaging (som teoretisk og metodemæssig ramme)</p>	<p>Der er ikke arbejdet systematisk med Fælles beslutningstaging, da der har manglet et fælles fagligt tværsektorielt grundlag for at bruge metoden i forbedringsteamet, hvor mange af teamets medlemmer ikke har kendskab til eller erfaring med at bruge metoden. I stedet har fokus været at se på hvilke metoder, man bruger i de forskellige enheder og sektorer, og hvordan de kan supplere hinanden og spille sammen.</p>



<p>Det tværsektorielle samarbejde</p>	<p>Der sås indledningsvist i projektet en udfordring med at sikre relevant forankring af projektet i kommunalt regi, som med en relevant patientmålgruppe matchede forankringen i psykiatrien.</p> <p>Derudover har det været en udfordring, at projektbeskrivelsen var meget rettet mod psykiatrien og metoder fra psykiatriens virkelighed. Det gav en uligevægt i forhold til at invitere til et ligeværdigt samarbejde, hvor to verdner skal mødes og få to virkeligheder til at spille sammen. Det kunne opleves som om, at den ene virkelighed skulle passes ind i den anden. Dette var en udfordring i forhold til at få selve samarbejdet i gang, men det har også krævet en løbende opmærksomhed undervejs at sikre en kommunal vinkel på projektet og sikre ejerskabet her.</p> <p>Det relativt begrænsede antal patienter, som det har vist sig muligt at inkludere i projektet, viser sig på dette tidspunkt i projektperioden ikke at stå mål med de forholdsvis mange medarbejderressourcer, der indgår i forbedringsteamet. At dette er tilfældet, var ikke synligt tidligere i projektperioden, hvor der fortløbende har været fokus på at inkludere flere patienter i projektet gennem håndholdte tiltag.</p>
<p>Netværksmøder</p>	<p>Tanken har været at benytte en særlig dagsorden, hvor dagsordenspunkterne bl.a. har et eksplicit fokus på forebyggelse af tvang, borgerens ønsker til mødet samt rød tråd i aftaler. Dagsordenen er udarbejdet i forbindelse med tidligere Satspuljeprosjekt – Nedbringelse af tvangsindlæggelser med gode erfaringer. Det har desværre vist sig svært at fastholde brugen af denne dagsorden i praksis.</p>
<p>Planer (UA/KP EL-LER Trygheds- og forebyggelsesplaner)</p>	<p>Nogle patienter har korte indlæggelser (nogle under 1 døgn) med kort tid i mellem, hvilket medfører risiko for, at opgaven med at udarbejde ny udskrivningsaftale/koordinationsplan glipper, fordi man ikke er OBS på indlæggelsen, før patienten er udskrevet igen.</p> <p>Der findes ingen system-tekniske løsninger (advis), som synliggør, at der er tale om en patient, som skal have udarbejdet en udskrivningsaftale/koordinationsplan. Stillingtagen hertil beror udelukkende på journalopslag og de tilgængelige oplysninger i journalen.</p>
<p>Andet?</p>	<p>Den største udfordring i projektet har været at få inkluderet et tilfredsstillende antal patienter i projektet. Dette skyldes dels, at der er tale om en kompleks målgruppe af patienter; patienter med ringe sygdomsindsigt og – erkendelse, kronisk psykotiske patienter med nedsat evne til at samarbejde, hvilket har gjort det svært at indhente et meningsfuldt samtykke. Ligeledes har flere patienter undervejs i projektet trukket deres samtykke tilbage, da de ikke har set meningen med projektet eller de afsluttes i ambulant regi.</p> <p>Undervejs i projektet satte vi ekstra fokus på indhentning af samtykker blandt andet ved hver uge, håndholdt at følge op på tvangsindlæggelser på sengeafsnit, hvorfra patienterne opspores og inkluderes, samt i tæt dialog med sengeafsnittet lægge plan for, hvem på sengeafsnittet, der orienterer og indhenter samtykke.</p> <p>Sideløbende hermed har der - på baggrund af datatræk om alle indlæggelser med tvang på ovenstående sengeafsnit fra projektets start – været tæt samarbejde med det relevante ambulatorium ift. opfølgning og tilbagemelding på, om patienten var spurgt om deltagelse, hvem der ellers gjorde dette, dato for tilbagemelding samt alternativ begrundelse for, hvorfor patienten ikke var spurgt/ikke vurderedes at ville kunne indgå i projektet.</p>



	Det har vist sig, at der reelt ikke har været så mange mulige kandidater til projektet, som først antaget, hvilket også bekræftes af baselinedata. Der er tale om mange gengangere, som netop har svært ved at samarbejde på sufficient vis.
--	--

INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING
	Hvilke indsatser planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning? Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metodemæssig ramme)	Har som tidligere nævnt ikke været en del af projektet.
Det tværsektorielle samarbejde	Tværsektorielt samarbejde kan ofte være udfordret af forskellige lovgivninger, rammer, vilkår og metoder, som er forskellige fra sektor til sektor. Men taget disse i betragtning så er der overordnet set et rigtig godt tværsektorielt samarbejde mellem region og kommune, som er blevet bygget op gennem en årrække. Det gode tværsektorielle samarbejde fastholdes fremadrettet og styrkes fortsat gennem det løbende konkrete tværsektorielle samarbejdsopgaver og gennem forskellige projekter.
Netværksmøder	Nuværende praksis i forhold til afholdelse af netværksmøder bibeholdes. Eventuelle anbefalinger, som udspringer af projektet, vil indgå i den endelige evaluering.
Planer (UA/KP ELLER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	Nuværende praksis i forhold til udarbejdelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner fortsætter efter projektets afslutning – dog med særskilt fokus på at aftaler/planer overholder de lovmæssige krav til indhold (relaterer sig ikke direkte til projektet).
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	Som tidligere nævnt er det vigtigt ved opstart af tværsektorielle projekter, at projektet startes som et fælles projekt. Ligeledes er det vigtigt, at der fra start sikres fælles undervisning/opkvalificering i forhold til et fælles metodeafsæt, fælles sprog og fælles teoretisk afsæt. Det er vigtigt for at sikre ejerskab i alle sektorer, ligesom det sikrer, at projektet taler ind i alle de virkeligheder, som er en del af projektet, og de vilkår og metoder, som gør sig gældende her. Ligeledes er det vigtigt at samstemme en eventuel overordnet projektbeskrivelse med forankringen i praksis ift. målgruppe, omfang og hvor det reelt giver mening at iværksætte en forebyggende indsats. Alternativt risikeres en diskonneks mellem praksis og de overordnede målsætninger i projektet, hvilket udfordrer ejerskabsfølelsen og også at nå målsætningerne.
Andet?	

6.2 Børne- og ungesporet

OM TEAMET - HVEM ER VI?	SVAR OG REFLEKSIONER OVER BETYDNING
Hvilket spor?	Børne- og Ungesporet Region Nordjylland



Voksensporet eller børne- og ungesporet	
Hvem er med fra regionen Enheder og faggrupper?	<p>Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Region Nordjylland: Socialrådgiver Cheflæge Ambulatorieleder Ambulatorium for ADHD, Specialpsykolog Ledende oversygeplejerske BU1 Sygeplejerske med 3U-funktion, BU1 Kvalitetskoordinator</p> <p>Center for Recovery og Samskabelse: Ungepeerboardet Pårørendepeerboardet</p>
Hvem er med fra Kommunen/det private? Enheder og faggrupper	<p>Aalborg Kommune: Konsulent Børne- og Familiesekretariatet Chef Familiegruppe Nord Leder for rådgivere, Familiegruppe Nord Leder for rådgivere, Familiegruppe Nord</p> <p>Foreningen BHOV: Repræsentant</p>
Hvordan er patienter og pårørende en del af teamets arbejde? Teammedlem, brugerpanel mm.	<p>Repræsentant fra pårørendeorganisationen BHOV er en del af projektgruppen og har været dette under hele LKT-perioden.</p> <p>Peermedarbejdere har været medlemmer i projektgruppen i starten af LKT-perioden, men er sprunget fra. I stedet har ungepeerboardet og pårørendepeerboardet været med ad hoc i forbindelse med udarbejdelse af informationsmaterialet og selve indholdet i forebyggelses- og tryghedsplanen.</p>
Andre aktører? Politi, almen praksis mm.	Nej
Ledelsesopbakning og -involvering Har de rette ledelser været involveret og hvis ja, hvordan?	Projektgruppen består af en række ledere, som skal understøtte LKT-projektet i de enheder, hvor de fungerer som ledere. Det har givet stor mening, at der både er leder fra ambulatorie, sengeafsnit og kommune, da alle er i berøringsflade med de patienter, som LKT-projektet vedrører.
Har de rette deltagere været involveret i jeres projektteam og til rette tid?	<p>I forhold til den samskabende proces, har det været ærgerligt, at det ikke er lykkedes at fastholde én peermedarbejder igennem hele projektperioden.</p> <p>Det har givet stor mening at have en repræsentant fra foreningen BHOV med, da dette bidrager med vigtige perspektiver.</p> <p>Det kunne have været en fordel for projektarbejdet, at der havde været flere medarbejdere fra ambulatorierne i Børne- og Ungdomspsykiatrien med i projektteamet. Medarbejderen blev ikke inviteret, da den oprindelige forventning var, at de invol-</p>



	<p>verede børn og unge vil have tilknytning til sengeafsnittet i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Igennem LKT-projektet har det dog vist sig, at de involverede børn og unge har et forløb i ambulatorierne i stedet.</p> <p>Det har været et godt samarbejde med Familiegruppe Nord, men der har været udfordringer forbundet med at udvælge relevante børn og unge for LKT-projektet, da børn og unge overgår til Specialgruppen i Aalborg Kommune, når psykiatriske diagnoser såsom autismespektrum-forstyrrelser og IQ under 50 stilles.</p>
<p>Hvilken historie fortæller vores MUSIQ-score?</p> <p>Har I anvendt MUSIQ-score? Hvis ja, hvilken viden gav det?</p>	<p>Ved LKT-projektforløbets start blev der udregnet en MUSIQ-score. Der er ikke blevet udregnet flere værdier i løbet af projektperioden.</p> <p>Oprindelig MUSIQ-score: 177,25 = projektet kan blive vellykket, men der er mulige kontekstafhængige barrierer. Efter denne MUSIQ-score er blevet udregnet, har der været et skifte i projektmedlemmerne og scores kan have ændret sig.</p> <p>MUSIQ-scoren er ikke aktivt anvendt gennem hele LKT-perioden, men projektgruppen har snakket meget om, at <i>medarbejdere i mikrosystemer, som ikke er en del af forbedringsarbejdet, har et stærkt ønske om at forbedre arbejdsindsatsen inden for det område, som forbedringsteamet fokuserer på</i>. Medarbejdere kan finde mening i at arbejde med forebyggelse af tvang, hvilket er en god forudsætning for forbedringsarbejdet.</p>

INDIKATORER	HVILKEN HISTORIE FORTÆLLER VORES DATA/RESULTATER?
Resultatindikatorer	<p>Den 31-12-2023 skal der være et fald i antallet af tvangsindlæggelser blandt børn og unge over 12 år på BU1.</p> <p>Det er ikke muligt at etablere en baseline på grund af for få brugbare observationer i baselineperioden. En person har været berørt af en tvangsindlæggelse i baselineperioden. Bemærk at data ikke er blevet opdateret siden marts 2022. Det skyldes at projektet har været forsinket og at det derfor ikke har været nødvendigt at lave løbende dataopdateringer.</p>
Følgeindikatorer	<p>Det er ikke muligt at etablere en baseline på grund af for få brugbare observationer i baselineperioden. Der er generelt meget få observationer med øvrige tvangshændelser i baselineperioden, og 14 af 22 måneder har værdien 0 øvrige tvangshændelser. Bemærk at data ikke er blevet opdateret siden marts 2022. Det skyldes at projektet har været forsinket og at det derfor ikke har været nødvendigt at lave løbende dataopdateringer.</p>
Procesindikatorer	<p>Projektgruppen har udviklet en trygheds- og forebyggelsesplan, men har endnu ikke anvendt den på patienter.</p> <p>Den 31-12-2023 skal de udvalgte børn og unge have en forebyggelses- og tryghedsplan i journalen.</p> <p>Den 01-01-2024 skal den færdigafprøvede forebyggelses- og tryghedsplan være klar til udbredelse til andre målgrupper og kommuner i Region Nordjylland.</p>
Egne indikatorer	<p>Der er ikke megen tvang i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland. Og det er ikke muligt at etablere en baseline pga. for få observationer. I stedet vil der været fokus på:</p>



	<ul style="list-style-type: none"> - Magtanvendelser i Aalborg Kommune - Antal afholdt netværksmøder - Antal udarbejdede forebyggelses- og tryghedsplaner - Evalueringsskemaer efter netværksmøder, hvor forebyggelses- og tryghedsplanen er udarbejdet - Evaluering af LKT-projektet <p>Projektgruppen har desuden udarbejdet evalueringsskemaer til børn/unge/omsorgspersoner og involveret personale, som ikke har været en del af LKT-projektgruppen.</p>
Yderligere kommentarer til data og resultater	<ul style="list-style-type: none"> - For Børne- og ungesporet er det vigtigste nu at få afprøvet trygheds- og forebyggelsesplanerne overfor målgruppen. Derfor vil der i resten af projektperioden være fokus på at måle antallet af netværksmøde og forebyggelses- og tryghedsplaner, samt at indsamle gode erfaringer herfor.

INDSATS	FREMDRIFT
	Igangsatte initiativer Hvad gik godt? Hvad fik det til at lykkes? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metode-mæssig ramme)	<p>Det giver rigtig god mening, at LKT-projektet har haft til hensigt at være en samskabende proces med patienter og pårørende, da forebyggelse af tvang skal ske i et tæt samarbejde med patienterne og det er vigtigt, at få patientens stemme ind.</p> <p>Det har haft stor betydning for projektarbejdet, at forening BHOV har været en del af den samskabende proces gennem hele LKT-perioden.</p>
Det tværsektorielle samarbejde	<p>Det er vigtigt at prioritere det tværsektorielle samarbejde og at Psykiatri og Kommune lærer hinanden at kende, forstår hinandens kontekster og perspektiver samt derudfra skaber et fælles ståsted. Dette er dog en proces, som tager lang tid og skal prioriteres. Denne proces er lykkedes i nogen udstrækning, men relationsarbejdet kan styrkes. Det er dog værd at bemærke, at der har været et godt tværsektorielt samarbejde mellem flere af projektgruppens medlemmer og det har været åbenhed overfor hinandens kontekster, perspektiver, styrker og forskelligheder.</p>
Netværksmøder	Forebyggelses- og tryghedsplanerne skal udarbejdes på et netværksmøde.
Planer (UA/KP EL-LER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	<p>Det har taget lang tid at udvikle forebyggelses- og tryghedsplanerne i en samskabende og tværsektoriel proces, men arbejdet har været spændende og givet grobund for et betydningsfuldt tværsektorielt samarbejde. Forventningen er derfor, at det er givet godt ud at prioritere denne proces og at det vil have betydning for LKT-projektets succesrate på længere sigt.</p> <p>På nuværende tidspunkt er planen udarbejdet men mangler endnu at blive afprøvet i praksis.</p>
Andet?	

INDSATS	BARRIERER
	Igangsatte initiativer Hvad var svært?



	Var det noget, der kunne løses? Hvis ja, hvad gjorde I? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metode-mæssig ramme)	Det har været vanskeligt at involvere unge peermedarbejdere i den samskabende proces. Det har været svært for projektgruppens medlemmer at vide, hvordan peermedarbejdere bedst involveres, da projektgruppens medlemmer forud for LKT-samarbejdet ikke har erfaring dermed. Derudover har det taget tid at finde et fælles ståsted mellem Psykiatri og Kommune, hvilket kan være årsagen til at peermedarbejderne, ikke har kunne finde mening med deltagelse i arbejdet.
Det tværsektorielle samarbejde	<p>For at et tværsektorielt samarbejde skal fungere optimalt, har det været vigtigt at prioritere tid til at få et fælles ståsted og en fælles forståelse af hinandens kontekster og forudsætninger. I arbejdsgruppen blev det tydeligt fra start, at Psykiatri og Kommune har to forskellige kontekster og at hvis et godt samarbejde skulle iværksættes, skulle det prioriteres at danne en fælles ramme for LKT-projektet.</p> <p>Der har været et godt samarbejde mellem Psykiatrien og Familiegruppe Nord, men det er undervejs i projektperioden blevet tydeligt, at det har været vanskeligt at finde relevante børn og unge, som kan indgå i projektet. Dette skyldes, at Aalborg Kommune er indrettet i geografiske områder efter børnenes/de unges adresse. Derudover skifter børnene/de unge familiegruppe, når de får en psykiatrisk diagnose og er tilknyttede forløb i Psykiatrien, idet de overgår til Specialgruppen i Aalborg Kommune. Det har derfor været vanskeligt at finde børn og unge, som har et aktivt ambulant forløb i Psykiatrien og som hører til Familiegruppe Nord.</p>
Netværksmøder	<p>Det har taget tid at planlægge de netværksmøder, hvor forebyggelses- og trykshedsplanerne skal udarbejdes. Dette skyldes en række årsager:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vanskeligheder ved at finde relevante børn og unge, som har et aktivt ambulant forløb i Psykiatrien og er tilknyttet Familiegruppe Nord - Projektgruppen indeholder ikke socialrådgivere ansat i Aalborg Kommune eller ambulatorierne i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Der har derfor været et stort arbejde forbundet med at forklare relevante medarbejdere i både Psykiatrien og Kommunen om, hvorfor og hvordan disse netværksmøder skal planlægges og afholdes, hvorfor det giver mening og skal prioriteres samt hvad en forebyggelses- og trykshedsplan er? - Det har været en udfordring af indhente samtykkeerklæringer på børn, unge og deres omsorgspersoner, som kan indgå i LKT-projektet
Planer (UA/KP EL-LER Tryksheds- og forebyggelsesplaner)	Projektgruppen har undervurderet den tid, det tager at udarbejde indholdet i forebyggelses- og trykshedsplanen i en tværfaglig og samskabende proces.
Andet?	Psykiatrien har undervejs i projektperioden skiftet tovholder. Det har betydning, når en tovholder, som har været med fra start og været en del af introduktionen af LKT-tvang projektet forlader en projektgruppe. Derudover har det betydning, når den nye tovholder ikke får sufficient oplæring og introduktion til opgaven, hvilket har forsinket arbejdsprocesserne i projektgruppen.

INDSATS	FASTHOLDELSE OG SPREDNING Hvilke indsatser planlægger/ønsker I at fastholde eller sprede efter projektafslutning?
----------------	---

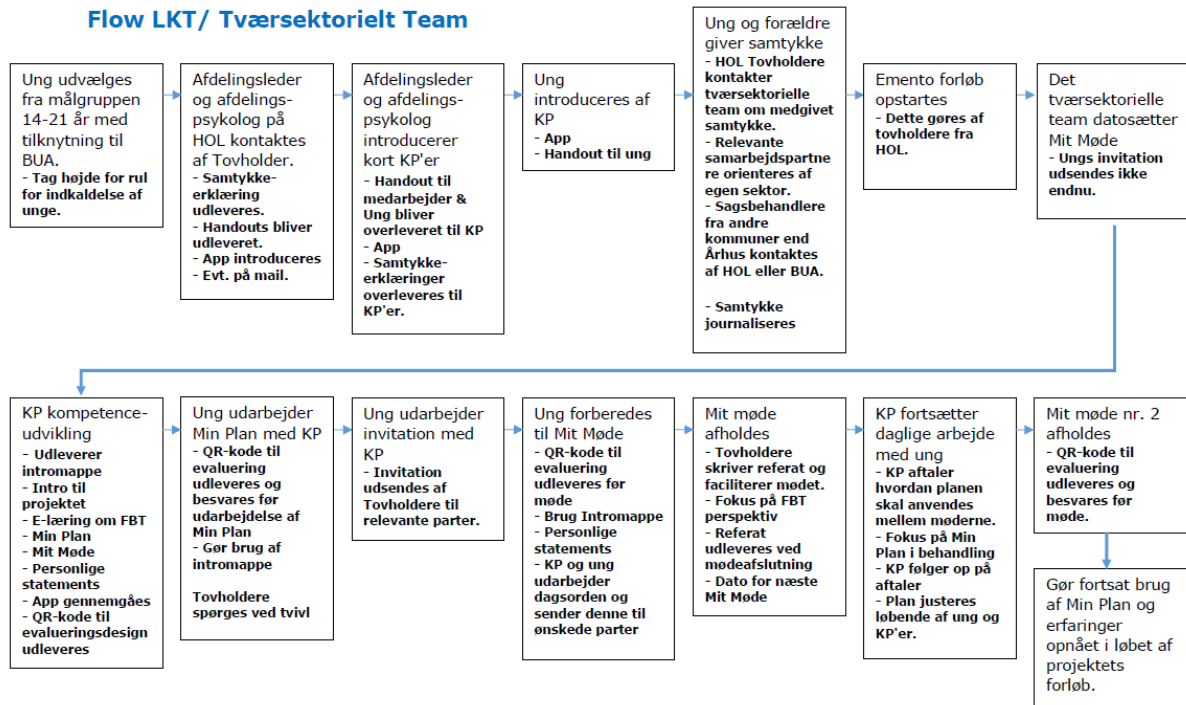


	Har I gjort jer overvejelser mht., hvordan I skal lykkes hermed? (herunder metoder, tid, ressourcer)
Fælles beslutningstagning (som teoretisk og metode-mæssig ramme)	<p>Det har været en vigtig erfaring, hvor givende den samskabende proces kan være, hvilket opvejer den tid, som også skal prioriteres til det.</p> <p>En vigtig læring er dog, at for at kunne få det fulde potentiale ud af en samskabende proces, skal en projektgruppe på forhånd være forberedt på, hvad det indebærer at arbejde sammen med patienter og hvordan dette samarbejde bedst kan fungere.</p>
Det tværsektorielle samarbejde	<p>Det gode tværsektorielle samarbejde har været grundstenen i dette LKT-projekt. Det er derfor vigtigt, at dette gode samarbejde tages med videre til hele Aalborg Kommune og de andre nordjyske kommuner. En vigtig pointe og læringspunkt er her, hvordan det får stor betydning for det tværsektorielle samarbejde, når både Psykiatri og Kommune er fælles om et projekt og er åbne og imødekommende overfor og anerkender hinandens arbejde.</p>
Netværksmøder	
Planer (UA/KP EL-LER Trygheds- og forebyggelsesplaner)	<p>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. Projektgruppen ser det derfor som værende vigtigt, at det arbejde, som LKT-tvang har startet skal fortsætte og udbredes, når projektperioden stopper.</p>
Gode råd til andre, der skal starte lignende projekt. Hvad ville I gerne have vidst eller gjort anderledes?	<p>Gode råd til andre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategisk udvælgelse af, hvilke tværsektorielle samarbejdspartnere, som inviteres ind i et projekt. Det er af betydning at forholde sig til særlige strukturer og organisering hos den tværsektorielle samarbejdspartner. Find derudfra den tværsektorielle samarbejdspartner, som passer bedst til rammerne for projektet og udvid efterfølgende til andre tværsektorielle områder - Prioriter det tværsektorielle samarbejde og brug tid på at finde et fælles ståsted med fælles forståelse for og anerkendelse af hinanden. Dermed bliver projektet et fælles projekt mellem Psykiatri og Kommune og ikke et projekt, hvor Psykiatrien inviterer Kommunen ind som projektmedlem - Forbered projektmedlemmer på, hvad samskabelse indebærer og hvordan patienter bedst inddrages i det samskabende arbejde - Forbered projektmedlemmer på, hvordan børn og unge bedst inddrages - De samskabende processer tager lang tid, hvilket man skal være opmærksom på, men det er det hele værd - Der skal være en god fordeling af ledere og medarbejdere i projektgruppen. Der skal være ledelsesforankring, men det er også vigtigt, at medarbejder, som skal arbejde <i>hands on</i> med outputtet af projektet også involveres i arbejdsgruppen. Dermed mindskes mængden af formidlende arbejde ud i organisationen - Vigtigt at have en tovholderfunktion og klare beskrivelser af, hvad denne tovholderfunktion indebærer. Tovholderen skal ligeledes klædes på til opgaven og have kalendersat tid til prioritering af projektarbejdet
Andet?	



Bilag

Bilag 1 Flow LKT/Tværasektorielt Team





2023

Min Plan

Tryghed - Trivsel - Samarbejde

På tværs af:

Sociale forhold og beskæftigelse i Aarhus kommune, Holmstrupgård og
Børne og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Region Midt



Vejledning til professionelle

Tværasektorielt team i Region Midt
Holmstrupgård, Sociale forhold og
beskæftigelse i Aarhus kommune og
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling

09-02-2023



Vejledning

Formålet med Min Plan

Det overordnede formål med Min Plan er, at det er den unges værktøj til, at være mest muligt i trivsel og mindst muligt i mistrivsel. Planen giver desuden plads til den unges egen mening om mestring og trivsel, frem for den professionelle mening.

Uddybende er formålet med Min Plan:

1) At den skal følge den unge og ikke systemet, og derfor kan gå på tværs af systemerne som den unge er i berøring med. Således kan systemerne vidensdeler om den unge og dennes ønsker og behov.

2) At den unge, med hjælp fra en sagsbehandler/kontaktperson/behandler, beskriver sine signaler, triggere og mestringsstrategier ved hhv. trivsel, mistrivsel og derimellem, mhp. at støtte de professionelle i alle systemer, til at hjælpe den unge bedst muligt, i en given situation.

Beskrivelse af den professionelle rolle

Nedenstående er en beskrivelse af rollen som professionel der udfylder og opdaterer Min Plan sammen med den unge.

Kompetencer	E-læringskursus i Fællesbeslutningstagning
Opgaver	At udfylde eller opdatere Min Plan sammen med den unge i forbindelse med relevante situationer: Fx ved en opstart ved sagsbehandler/bosted/psykiatri Fx i faste mødefora som sagsbehandler/kontaktperson/behandler har med den unge Fx løbende i forbindelse med en voldsomt situation, en magtanvendelse eller tvang



Udfyldelse/opdatering af Min Plan: Side 1

Signaler	Triggere	Mestring	Netværk
<p>Denne boks er gradueret i en rød, gul og grøn zone.</p> <p>Formålet er at den unge beskriver dels hvordan andre kan se det på den unge, når vedkommende er i hhv. rød, gul og grøn zone, og dels hvordan den unge selv oplever dette.</p> <p>Fx at personalet kan observere, at den unge ikke går i skole, når vedkommende er i gul zone.</p>	<p>Denne boks er gradueret i en rød, gul og grøn zone.</p> <p>Formålet er at den unge beskriver hvad der kan trigge vedkommende til at komme i lavere trivsel i hhv. rød, gul og grøn zone.</p> <p>Fx kan berøring opleves som en trigger, hvis den unge allerede er i gul zone, men ikke hvis den unge er i grøn zone.</p>	<p>Denne boks er gradueret i en rød, gul og grøn zone.</p> <p>Formålet er at den unge beskriver hvilke mestringsstrategier vedkommende har i hhv. rød, gul og grøn zone.</p> <p>Fx kan NADA opleves som mestring hvis den unge er i grøn zone og på vej til gul, men er ikke tilstrækkeligt hvis den unge allerede er i gul zone.</p>	<p>Denne boks er ikke gradueret, men hvis man ønsker det, kan man selv indsætte streger.</p> <p>Formålet er at den unge beskriver hvem i netværket der hjælper at trække på, når den unge er i lavere trivsel og evt. hvad personerne i netværket kan hjælpe med.</p> <p>Fx at et bestemt familiemedlem er særligt hjælpsomt.</p>
"Hvornår er min plan sidst opdateret/initialer/dato?"			
<p>Denne boks skal udfyldes af din kontaktperson/behandler/rådgiver ved hver opdatering af planen.</p> <p>Fx 15.08.22/LJP</p>			



Udfyldelse/opdatering af Min Plan: Side 2

Vigtigt at vide om mig

Denne boks kan bruges til at beskrive andre relevante oplysninger om den unge.

Fx den unges håb, drømme eller ressourcer

"Hvem skal kende min plan?"

Denne boks kan bruges til at beskrive personer som med fordel også skal kende til planen. Det er vigtigt at hjælpe den unge til at få øje på hvem det eksempelvis kunne være.

Fx den unges kontaktlærer, behandler i psykiatrien eller et familiemedlem

Sparring og spørgsmål

Navn	Mail	Telefon
Mette G. Axelsen	METAXL@rm.dk	78478606
Katrine Just (Pilen)	KATRBN@rm.dk	-
Casper S. Mikkelsen	CASPMI@rm.dk	23266776
Camilla V. Petersen	CAVAPE@rm.dk	29124803



2023

Min Plan og Mit Møde

Tryghed - Trivsel - Samarbejde

På tværs af:

Sociale forhold og beskæftigelse i Aarhus kommune, Holmstruggård og
Børne og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Region Midt



Handout til unge

Tværasektorielt team i Region Midt
Holmstruggård, Sociale forhold og
beskæftigelse i Aarhus kommune og
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling

09-02-2023



Min Plan / Mit Møde

Hvem er vi?

Social- og sundhedsfaglige medarbejdere fra

- Sociale forhold og beskæftigelse i Aarhus kommune
- Holmstrupgård
- Børne og Ungdomspsykiatrisk Afdeling



Vi samarbejder med dig omkring

Projektet handler om, at inddrage dig i din egen behandling og samtidig at styrke samarbejdet mellem dig og de personer, som er involveret i din behandling.

- Vi udarbejder: "Min Plan"
- Vi afholder: "Mit møde"



Hvad er "Min Plan"?

Det er en plan, som kort beskriver hvad der skal til for at du føler dig tryk

Planen beskriver, hvad fagfolk og dit netværk skal være opmærksomme på, og hvordan du ønsker at blive mødt

Planen sigter mod, at alle fagfolk kender til dine ønsker og de aftaler, som er lavet med dig

Vi vil altid støtte dig til at udarbejde Planen i det omfang du ønsker



Det vil vi gerne opnå sammen med dig

I samarbejde med dig og med udgangspunkt i dine 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
- Afholdelse af netværksmøder med dig og relevante medarbejdere og ressourcepersoner



Du er altid velkommen til at kontakte din lokale tovholder:

Holmstrupgård: Casper Mikkelsen - caspmi@rm.dk / Katrine Just Brandstrup - katrbn@rm.dk



Min plan

Navn: _____
Sidst opdateret: _____

Vigtigt at vide om mig	Hvem skal kende min plan?
	Netværk
	Andet

Tværasektorielt projekt mellem Holmstrupgård, Århus Kommune & BUAA
Februar 2023, version 2

Min plan

Her har jeg det godt ↑
↓ Her har jeg det dårligt

Signaler	Triggere	Mestring

Tværasektorielt projekt mellem Holmstrupgård, Århus Kommune & BUAA
Februar 2023, version 2



2023

Min Plan

Tryghed - Trivsel - Samarbejde

På tværs af:

Sociale forhold og beskæftigelse i Aarhus kommune, Holmstrupgård og
Børne og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Region Midt



Et hjælpeværktøj til
samtalen

Tværasektorielt team i Region Midt
Holmstrupgård, Sociale forhold og
beskæftigelse i Aarhus kommune og
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling

09-02-2023

Min Plan: Hjælpeværktøj



Min Plan: Hjælpeværktøj

Signaler - eksempler

Her har jeg
det godt



Her har jeg
det dårligt

- Passer mine daglige aktiviteter som fx skole, job mm.
- Har lyst til at være sammen med andre.
- Deltager i aktiviteter – spil, biograf mm.
- Går op i mine hobbyer
- Er kreativ
- Tager kontakten til venner og familie – fx ringer, sms, besøger
- Personlig hygiejne er god
- Klarer Praktiske ting, - rengøring, indkøb, tjekker eboks mm.
- Griner, smiler, nynner, taler
- Er i godt humør – bliver ikke så let ked af det, vred mv.
- Rummer forskellige følelser

- Begynder at have fravær fra fx skole / job
- Begynder at sige fra overfor andre mm
- Bliver mere fjollet, lettere til gråd, vrede mm.
- Begynder at miste overblik
- Vågner oftere, svære ved at sove
- Sværere ved at stå op
- Mere irriteret
- Skælder mere ud
- Svarer med færre ord
- Sværere ved at koncentrere mig

- Tager mindre initiativ
- Mister overblik, aftaler
- Mere ligeglad med mit udseende, hygiejne
- Mere tankemylder
- Drikker mere
- Følsom overfor lyd, lys, lugt
- Isolerer mig
- Begynder ved at få sværere ved at gøre ting, som jeg plejer at kunne
- Spiser restriktivt
- Er grædende/ inderligt
- Har mange konflikter med andre
- Føler mig ikke forstået
- Kan ikke overskue daglig hygiejne
- Isolerer mig – trækker mig
- Bliver udadreagerende
- Tager ikke telefonen
- Svært ved at være sammen med andre
- Spiser restriktivt / har spisestop
- Tager ikke medicin
- Er opgivende / modløs / negative tanker (selvmordstanker)



Triggere - eksempler

- Ændringer i planer, aftaler mv.
- Sværere ved at rumme andres kommentarer
- Mange aftaler i løbet af dagen
- Diskussioner med andre - konflikter
- Berøring
- Direkte tale
- Møder på kommunen, bosted, læge, psykiatri,
- Dårlige beskeder – beskeder hvor jeg ikke er enig
- Aflysninger
- Besøg fra familie som bliver aflyst
- Omsorg fra andre
- Samtale med andre
- Krav fra andre / mig selv
- Andre forventer for meget af mig
- Andre går for tæt på – både fysisk og psykisk
- At være alene
- Stilhed / støj / nogen som griner

Mestring - eksempler

Hvad kan du selv gøre?

- Gå en tur / et bad/ en kold klud/ massage
- Opsøge andre – undgå at være alene
- Se en film / Tv / musik
- Tale med andre / ring til andre
- NADA / beroligende metoder virker til at reducere uro/ massage
- Frisk luft
- Huske på at det går over igen / det bliver bedre
- Tage imod hjælpen fra andre

Hvad kan andre gøre?

- Tilbyde / hjælpe med at skabe struktur for min dag
- Foreslå fx at gå en tur, spille et spil eller anden aktivitet
- Minde mig om mine mål, drømme, motivation
- Ballstick, Nada, kram eller andet.



Vigtigt at vide om mig - forslag til indhold

Mine ressourcer – drømme - mål:

- Hvad giver dig lyst til at stå op om morgenen?
- Hvilke interesser /hobber har du?
- Hvad hjælper på dit humør? – bestemte aktiviteter, gøremål, personer, kommentarer
- Hvad har værdi for dig?
- Hvad er du god til – talenter?
- Hvad kan du lide at lave i dagligdagen?
- Hvad kan gøre din dag til en god dag?
- Er det noget du selv gør/ kan gøre?
- Er det noget som andre gør / kan gøre?
- Hvilke daglige rutiner er vigtige for dig?"
- Hvad drømmer du om?
- Fællesskaber, som du kunne savne?
- Personlige egenskaber – hvordan vil du beskrive dig selv overfor andre?
- Handleevner – hvad er du god til/ kan lide at lave – fx nyttige ting
- Beder du om hjælp? Hvordan?
- Hvad er du motiveret for at forandre?



2023

Mit Møde

Tryghed - Trivsel - Samarbejde

På tværs af:

Sociale forhold og beskæftigelse i Aarhus kommune, Holmstrupgård og Børne og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Region Midt



Forberedelse

Tværasektorielt team i Region Midt
Holmstrupgård, Sociale forhold og
beskæftigelse i Aarhus kommune og
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling

09-02-2023



Forberedelse til Mit Møde

Din kontaktperson, familie eller en anden i dit netværk kan hjælpe dig med at forberede dig til dit første/næste Mit Møde. Nedenfor vil være oplysninger og emner som I bør komme omkring og udfylde i fællesskab. Sammen skal I sikre, at du føler dig klædt på og at du får mulighed for at tale om det, du synes er vigtigt på kommende møde.

Vigtige oplysninger

Hvornår ønsker jeg at afholde Mit Møde:

Hvor længe ønsker jeg at Mit Møde varer:

Hvor ønsker jeg at afholde Mit Møde:

Hvem vil jeg inviterer til Mit Møde:

Særlige aftaler jeg har brug for ift. at kunne deltage:

F.eks. præferencer ift. til plads i mødelokalet, beroligende redskaber at have med under mødet (f.eks. akupressur ring, dimse-ting, papir og skriveredskaber eller andet), aftaler om at deltage i nedsat tid m.m.

Dagsorden for Mit Møde

Dagsordenen kan variere alt efter hvad du har behov for. Nedenfor kan du se et forslag til hvad det kan indeholde.

- **Præsentation og velkomst (v. facilitator)**
- **Gennemgang af Min Plan eller elementer heraf (v. den unge eller person udpeget af den unge)**
- **Personlige statements (v. den unge eller person udpeget af den unge)**
- **Fælles snak vedrørende Min Plan/personlige statements (v. resterende mødedeltagere)**
- **Evt. justering af Min Plan (v. den unge samt referent)**
- **Opsummering af konkrete aftaler, aftale om næste møde-dato samt udlevering af referat-skema (v. facilitator)**



Min Plan

Gennemgang af Min plan på Mit mødet. Afklar hvordan du ønsker at Min Plan eller elementer heraf gennemgås på Mit Møde. Der kan f.eks. præsenteres elementer fra Min Plan eller tales om hvordan det er for dig at arbejde med Min Plan sammen med din kontaktperson fra Holmstruggård el. behandler fra BUA.

Personlige statements

Her beskriver du med dine egne ord, hvem du ser dig selv som og hvad der er vigtigt for dig.

Samtidig fortæller du også, hvad du gerne vil have hjælp til, uden at sige hvad hjælpen skal være. Ud fra det du har fortalt, har medarbejderne mulighed for at bidrage med deres viden og erfaringer, så vi sammen kan arbejde hen imod dit mål.

Sådan introducerer jeg mig selv: Jeg er ...

Det er vigtigt for mig at: Jeg vil ...

Jeg vil gerne have hjælp til: Kan vi ...

Så jeg kan: Det er mit liv det handler om.

Tjekliste:

- Præsenterer du dig som et menneske, frem for fx en sygdom eller et problem?
- Får du sagt, hvad der er vigtigt for dig?
- Forklarer du, hvilken forandring du ønsker?
- Inviterer du andre til at hjælpe dig med noget, der er vigtigt for dig?
- Er du klar over hvad du selv kan gøre?

Download evt. A4 ark til at skrive Personlige statements på: Om personlige statements - Peer-Partnerskabet (peerpartnerskabet.dk)

Fælles dialog

Alle mødedeltagere byder ind med deres perspektiv og ekspertviden med afsæt i dine personlig statements.



Justering af Min Plan

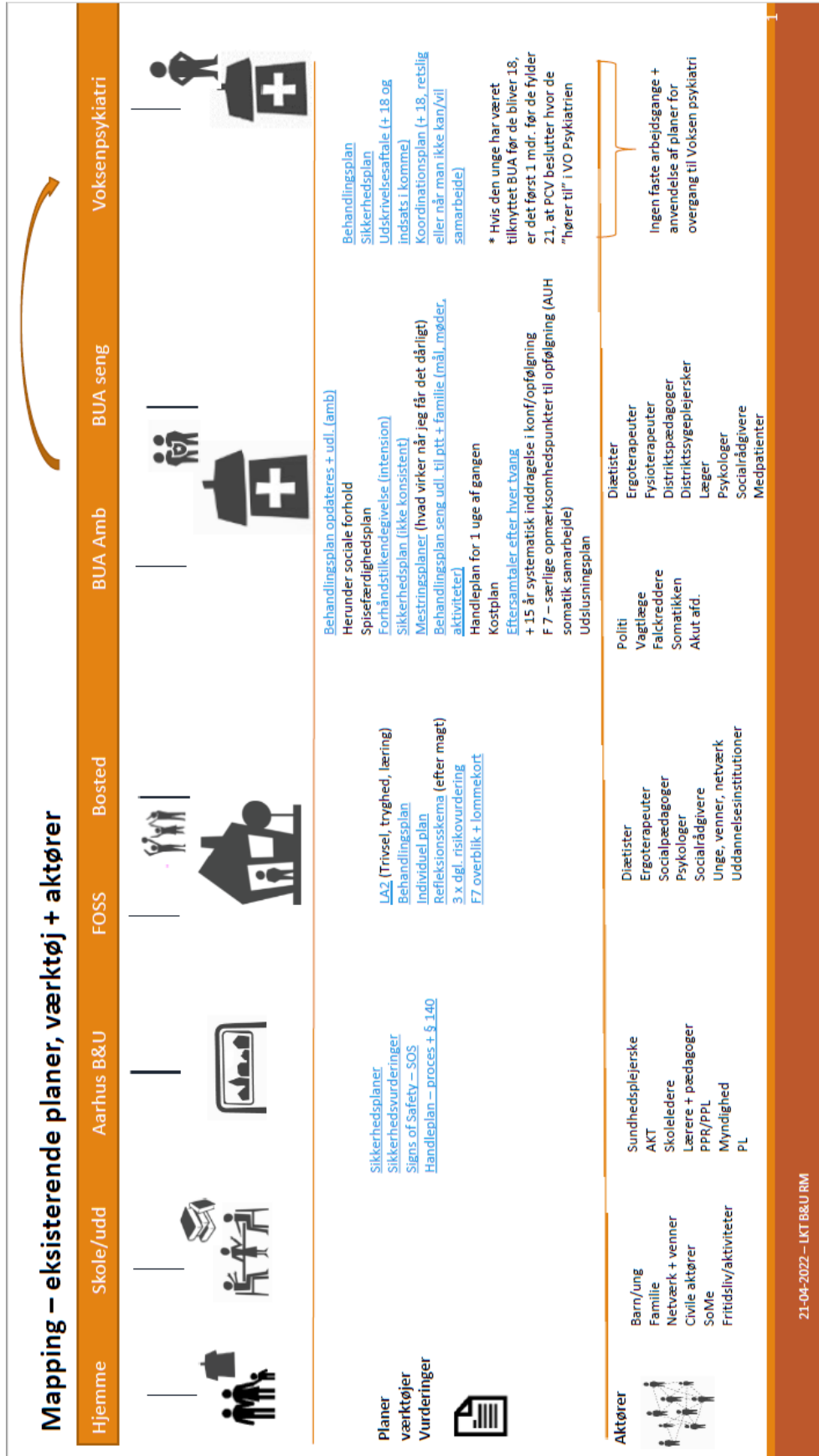
Drøftelse af justeringer eller ændringer i din Min Plan.

Opsamling af konkrete aftaler

I tilfælde af at du står over for at skulle træffe en beslutning. Du er ekspert i dit eget liv. De fagprofessionelle kan rådgive og støtte dig i at udforske dine egne værdier og præferencer og til at vælge den mulighed, der bedst matcher dine ønsker.

Tre gode spørgsmål når der skal træffes beslutninger om din behandling:

- Hvilke muligheder har jeg?
- Hvilke fordele og ulemper er der for mig ved hver mulighed?
- Hvordan får jeg hjælp til at tage en beslutning, som er rigtig for mig?



Planer på tværs af patient/borger forløbet i LKT B&U projekt

Denne oversigt er udarbejdet af forbedringsteamet bag Lærings- og Kvalitetsteam B&U "Forebyggelse af tvang/magt" i RM

Deltagerne kommer fra B&U myndighed Aarhus kommune, Holmstrupgård og Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling i RM

Distriktsygeplejerske Mitzi Nielsen mitznie@rm.dk

Socialrådgiver Mia Grabski Maae MIMAAE@rm.dk

Socialrådgiver Anne Printz anneprin@rm.dk

Psykolog Camilla Dyrvig Tatt Camilla.Tatt@psykiatrien.rm.dk

Afdelingssygeplejerske Lars Thiele larsthie@rm.dk

Ergoterapeut Katrine Just Brandstrup KATRBN@rm.dk

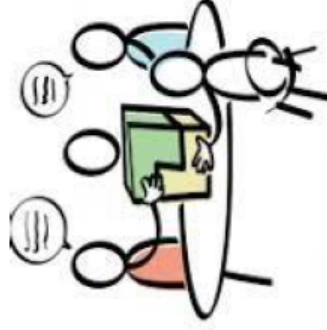
Ungerådgiver Bodil Lodberg Andersen abol@aarhus.dk

Ungerådgiver Helle Aarup heaa@aarhus.dk

AC fuldmægtig Josefine Kirstine Schou Jakobsen JOSEJA@rm.dk

Projektkoordinator Mona Hesselberg Werdermann monawerd@rm.dk

Specialkonsulent Henrik Løwe Christiansen Henrik.Christiansen@psykiatrien.rm.dk



Planer på tværs af patient/borger forløbet i LKT B&U projekt – den første læring

Læring og refleksioner

Skal Trygheds- og Forebyggelsesplanen erstatte andre planer – der er rigtig mange

Vi skal have meget fokus på tydelige arbejds gange

Når der er så mange planer, skal den nye virkelig give mening for både patient/borger, familie og klinikker

Der skal være et tværgående fokus

Vi skal være skarpe på hvem de relevante interessenter er

Det forebyggende perspektiv skal være tydeligt

Vi skal være skarpe på de ”knudepunkter” hvor det giver mening at opstarte planen



Planer Holmstrupgård- overblik

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) Kunne fungere ift. projekt/målgruppe
LA2 metodemannual indeholder trivselsplan, tryghedsplan og læringsplan.	<p>Formål: LA2 er en metodemannual til at forebygge vold og "krise" samt at fremme trivsel på botilbud.</p> <p>Grundlag: Metodemannualen er et recovery-orienteret og Low Arousal redskab udarbejdet af Sopra for Socialstyrelsen. Manualen opererer med tre faser i det kriseforebyggende arbejde: Forebyggelse, Håndtering og Læring. LA2 er et samtale- og refleksionsredskab, som har fokus på at forstå den unges indefra perspektiv og give den unge oplevelsen af øget kontrol af eget liv.</p>	Indefra perspektiv (den unges) og udefra perspektiv (de fagprofessionelles)	
Trivselsplan (til forebyggelse) <ul style="list-style-type: none"> - Min trivselsplan - Trivselsplan for fagprofessionelle 	<p>Formål: Forebyggelsesplan med henblik på at støtte til hverdagstrivsel. Planen og samtalerne omkring planen kan understøtte oplevelsen af sammenhæng mellem belastning og reaktioner på belastning.</p> <p>Grundlag: I <i>Min Trivselsplan</i> er udgangspunktet den unges indefra perspektiv, dvs. hvordan den unge oplever egen trivsel, ressourcer, netværk, mestringsstrategier og belastninger.</p> <p>Trivselsplanens grundmodel består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelrammen, et koordinatsystem som illustrerer sammenhængen mellem trivsel og belastning • Advarselslinje og sårbarhedslinje, en illustration af overgange mellem trivsels-, advarsels- og belastningsniveau • Belastninger, forhold i borgerens hverdag som forøger belastningsniveauet 	Samtaler med udgangspunkt i 12 samtaleark Samtaleark udleveres ved indflytning, hvis det vurderes relevant (her kan forældre inddrages) Kontaktpersoner afdækker sammen med den unge: <ul style="list-style-type: none"> • Ressourcer og netværk • Tegn på hverdagstrivsel, advarselstegn og tegn på belastning • Strategier til at vedligeholde trivsel • Strategier til at mestre et højt belastningsniveau • Handlemuligheder til at stabilisere og reducere belastning • Muligheder for at bedre borgerens trivsel og input til handleplanen Planen er dynamisk og kan tilpasses løbende Der arbejdes sideløbende i gruppen med de fagprofessionelles samtaleark ift. fælles faglig tilgang og handleplansskema	4



Planer Holmstrupgård B&U

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) Kunne fungere ift. projekt/målgruppe
<p>Tryghedsplan (til håndtering)</p> <ul style="list-style-type: none"> Min Tryghedsplan Tryghedsplan for fagprofessionelle 	<p>Formål: <i>Min Tryghedsplan</i> og <i>Tryghedsplan for fagprofessionelle</i> er udarbejdet til at håndtere kritiske episoder, hvor der er risiko for at det udvikler sig til episoder med vold, trusler om vold og magtanvendelse. Planen skal støtte den unge i at undgå, at han/hun i svære situationer kommer i affekt og mister selvkontrollen</p> <p>Grundlag: <i>Min Tryghedsplan</i> tager udgangspunkt i borgeren tidlige erfaringer med en kritisk episode</p> <p>Planens indhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> Affektmodellen. En fasemodel, der illustrerer et affektudbrud og skaber et samlet overblik, over den unges viden og erfaringer med, at håndtere affekt og kritiske episoder Beskrivelse af den unges kendte udløsende årsager Beskrivelse af den unges synlige adfærd i et affektudbrud Beskrivelse af den indirekte tilstand, som den unge oplever i et affektudbrud Den støtte, som den unge har brug for i et affektudbrud De mestringsstrategier, som den unge selv har, til at nedtrappe eller afværge et affektudbrud 	<ul style="list-style-type: none"> Kontaktpersoner introducerer den unge til affektmodellen og de tre centrale faser i en kritisk episode. Kan foregå i ugesamtaler eller særskilte "tryghedssamtaler" I en eller flere samtaler undersøger kontaktpersoner, sammen med den unge, hans eller hendes erfaringer kritiske episoder. I <i>Min Tryghedsplan</i> noteres den viden, borgeren har om udløsende årsager, om adfærd, støtte og mestring i optrappingsfasen, i kaosfasen og i stabiliseringsfasen. Tryghedsplan kan udleveres inden indflytning, så der ved indflytning allerede er fokus på forebyggelse og håndtering af kritiske episoder Tryghedsplanen kan følge den unge i sektor overgange f.eks. ved psykiatrisk indlæggelse (vi har endnu ikke erfaringer med denne) Tryghedsplanen kan følge den unge, når den unge skal flytte (dette har vi haft god erfaring med) 	5



Planer Holmstrupgård B&U

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) Kunne fungere ift. projekt/målgruppe
<p>Læringsplan (til læring)</p> <ul style="list-style-type: none"> Min læringsplan De fagprofessionelles læringsplan 	<p>Formål: at lære af erfaring og få ny viden, som kan kvalificere borgerens Tryghedsplan og Trivselsplan.</p> <p>Grundlag: Min Læringsplan og Læringsplan for fagprofessionelle er udviklet til på en systematisk måde at undersøge, om der er døgnnet før en kritisk episode, var:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tegn på forhøjet belastningsniveau, som den unge og de som fagprofessionelle, ikke var opmærksomme på Udløsende faktorer, som I ikke kendte betydningen af Om den unge brugte mestringsstrategier, der virkede eller ikke virkede efter hensigten Om den unge andre gange har haft virksomme mestringsstrategier, som ikke kom i spil i denne situation Om de fagprofessionelle brugte faglige tilgange, som havde god effekt eller ikke havde den effekt, de håbede på. 	<ul style="list-style-type: none"> Kontaktpersoner samtaler med den unge efter en konkret kritisk episode ud fra læringsplanen. Samtalen om en kritisk episode vedrører både de 24 timer, der gik forud for den episode, og selve den kritiske episode. Der kan suppleres med affektmodellen fra Tryghedsplanen, hvis der er behov for det. Læringsplan for fagprofessionelle kan bruges som analysemodel, når du skal indberette en magtanvendelse eller en kritisk episode. 	5
<p>Individuelle risikoprofiler på alle unge</p>	<p>Formål: at vurdere risiko for vold/trusler/chikane og psykisk belastning og livstruende adfærd -> for at tilpasse tilgang, kollegialt samarbejde og handlemuligheder omkring den unge samt sikkerhedsprocedure på afdelingen ud fra den unges aktuelle funktionsniveau og psykiske tilstand.</p> <p>Anvendes til systematiske risikovurderinger af unge 3 gange i pr. døgn.</p>	<p>Den unges adfærd beskrives i grøn (ingen betydelig risiko), gul (moderat risiko) og rød (høj risiko) samt forslag til tilgang, kollegial samarbejde og handlemuligheder omkring den unge.</p> <p>Igangsættes hurtigst muligt efter indflytning og tilpasses løbende – mindst to gang årligt.</p> <p>Kontaktpersoner udarbejder og har ansvaret for dem.</p>	2



Planer Holmstrupgård B&U

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) + bemærkning Kunne fungere iff. projekt/målgruppe
Individuelle procedurer for særlige situationer på unikke unge	<p>Formål: Handleplan for en unik situation iff. tilgang og støtte samt kollegial sparring. + forudsigelig plan for hvad personalet gør og hvad den unge kan gøre. Kan forstås som en "kontrakt/aftale" mellem personalet og den unge.</p> <p>Eks. hvis x sidder med Panodil på værelset, hvis x strangulerer, hvis x op søger motorvejsbro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdes hvis den generelle procedure for en bestemt risikoadfærd ikke er tilstrækkelig • Særligt ved unge med udad reagerende eller selvskadende problematikker • Udarbejdes så vidt muligt med inddragelse af den unge 	4
Lommekort og F7 overblik iff. deeskalerende tiltag ved kontakt med akutafdelingen for unikke unge	<p>Formål: Vidensdeling af deeskalerende tiltag og andet relevant, der er særligt hjælpsomme for den unge iff. behandling i akutafdelingen. F.eks. evne til at samarbejde, kommunikative barrierer, udadreagerende adfærd, misbrugsproblematik osv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdes efter første episode med tvang i akutafdelingen, hvis det vurderes relevant på review mellem Holmstrupgård / akutafdelingen / psykiatrien • Skrives i F7 overblikket i EPJ • Kan det ses i psykiatrien også? • Udarbejdes af kontaktpersoner 	
Mestringsstrategier	<p>Formål: overblik over den unges mestringsstrategier med henblik på at kunne støtte den unge i at anvende dem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdes ikke struktureret på afdelinger • "tavs" viden på nogle afdelinger • Nogle afdelinger har dem skrevet ned, så personalet kan tilgå dem digitalt og/eller fysisk • Strategierne kan blive overleveret under indlæggelse i psykiatrien eller somatikken 	



Planer Holmstrupgård B&U

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) + bemærkning Kunne fungere ift. projekt/målgruppe
Refleksionsskemaer over magtanvendelser	<p>Formål: På Holmstrupgård udfyldes refleksionsskema på hver enkelt magtanvendelse for at sikre refleksion og læring over magtanvendelsen med henblik på forebyggelse.</p> <p>Afdelingerne dokumenterer f.eks., hvorvidt der ved refleksion var elementer i forløbet, der eventuelt kunne være håndteret anderledes og planlægger fremtidige eller iværksatte forebyggende foranstaltninger.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Skemaet udfyldes ved gennemgangen af magtanvendelsen på næstkommende personalemøde efter magtanvendelsesepisoden• Mest effektivt, hvis der forinden har været opfølgning med den unge	3



Planer i myndighed B&U-overblik

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) Kunne fungere ift. projekt/målgruppe
Handleplan	<p>servicelovens §140 og handleplan for de specifikke foranstaltninger</p> <p>Beskrive støttebehov og sætte mål for indsatsen</p>	Se vedlagte skabelon	
Sikkerhedsplan	<p>Som metodisk arbejdsredskab ift vurdering og koordinering af B&U's sikkerhed og trivsel i akut-situationer</p> <p>Som metode til mødestyring</p> <p>I BEGGE TILFÆLDE MED UDGANGSPUNKT I SOS</p>	<p>Se vedlagte</p> <p>Se vedlagte</p>	
SIGNS OF Safety- SOS	<p>Signs of Safety er en metode, der anvendes i børnesager. Metoden har et overordnet mål om at skabe samarbejde og partnerskab med familien om en løsning, der kan skabe sikkerhed og trivsel for barnet. Sikkerhed betyder her en tilstand, hvor bekymringen for barnets sikkerhed og trivsel er minimeret eller ikke er til stede længere</p>		

21-04-2022

9



Planer i BUA B&U-overblik

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) Kunne fungere ift. projekt/målgruppe
Behandlingsplan	<p>Psykiatriloven Kap. 2, §3, stk. 3: Overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten inddrages og høres om planens indhold</p> <p>Fælles psykiatrisk retningslinje: Behandlingsplan En behandlingsplan er et samarbejdsredskab til styring af behandlingen i samarbejde med den psykiatriske patient. Behandlingsplanen er en nedskrevet, individuel plan for et udrednings- og/eller behandlingsforløb, som justeres på baggrund af løbende vurderinger af patienten, undersøgelsesresultater og behandlingens effekt. Skal være udarbejdet senest 7 dage efter indlæggelsen</p>	<p>Behandlingsplanen er knyttet til en specifik indlæggelse. Ved behov for koordineret indsats på tværs af afsnit og forløb er de, som udgangspunkt, ikke dækkende.</p> <p>Behandlingsplaner anvendes ofte også i ambulante forløb. For ambulante patienter skal behandlingsplanen senest udarbejdes ved den 2. ambulante kontaktdag med behandlingsligte. Planen skal udleveres til patienten senest ved 3. ambulante dag kontaktdag med behandlingsligte. Den ambulante kontakt kan foregå virtuelt.</p>	<p>Svagthed: At den først skal være lavet 7 dage efter indlæggelse. I praksis er en større andel af patienterne udkrevet inden 7 dage.</p> <p>Styrke: Behandlingsplanen er en kendt og anerkendt plan, som anvendes meget i praksis.</p>
Forhåndstilkendegivelser	<p>Er et lovkrav fra psykiatriloven i.f.m. indlæggelsen Forhåndstilkendegivelser er et dynamisk redskab, som kan udarbejdes på alle tider af behandlingsforløbet, både ambulant og under indlæggelse. Forhåndstilkendegivelsen kan evt. påbegyndes i det ambulante forløb forud for indlæggelse. Såfremt forhåndstilkendegivelsen er udarbejdet i ambulant regi og patienten efterfølgende indlægges, skal lægen dog sikre, at forhåndstilkendegivelsen er relevant i forhold til den aktuelle indlæggelse, ved at patienten bekræfter dette ved indlæggelsessamtalen</p>	<p>Selve indlæggelsessamtalen Patienten skal have mulighed for at fremsætte sine personlige ønsker til behandlingens form og indhold. Dette gælder også eventuel behandling uden samtykke. Det skal drøftes, hvilke reaktionsmuligheder patienten foretrækker, at sundhedspersonalet gør brug af i en tilspidset situation</p>	<p>Svagthed: Er svært at anvende ambulant. Samt er ikke fortløbende i EPJ. Kan være svært at finde i EPJ fra indlæggelse til indlæggelse.</p>



Planer i BUA B&U- overblik

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) Kunne fungere iff. projekt/målgruppe
Sikkerhedsplan	<p>Fælles psykiatrisk retningslinje Sikkerhedsplan tilbydes altid til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter med selvmordsforsøg op til indlæggelsen, som under indlæggelsen har været i øget selvmordsrisiko og/eller ved udskrivelsen findes med øget selvmordsrisiko. • Patienter i ambulans regi med øget selvmordsrisiko eller tidligere selvmordsforsøg med betydning for det ambulante forløb. <p>Sikkerhedsplanen er en konkret og nedskrevet plan over patientens handlemuligheder og tilgængelige ressourcer i omgivelserne, i tilfælde af evt. påtrængende selvmordstanker i kommende risikosituationer. Formålet med planen er at tydeliggøre og konkretisere alternative handlemuligheder i forhold til selvmordsadfærd.</p>	<p>Ikke konsistent, dvs. varierende fra enhed til enhed</p> <p>Der skelnes mellem patienter der er over og under 13 år.</p> <p>For patienter der er fyldt 13 år: Her følges retningslinjen som for voksne patienter. I BUA laves desuden selvmordsrisikovurdering i forbindelse med medicinopstart af al psykofarmaka.</p> <p>For patienter under 13 år: Her følges retningslinjen som for patienter under 15 år. I BUA laves desuden selvmordsrisikovurdering i.f.m. opstart af antidepressiv behandling.</p> <p>Hvem skal foretage risikovurdering? Lokalt besluttet om personale uden sundhedsfaglig baggrund som fx pædagoger og socialrådgiver er omfattet af retningslinjen ift. at foretage risikovurdering og iværksætte tiltag, der forebygger, at patienter forsøger eller begår selvmord. Dette vil altid bero på en konkret vurdering af individuelle kompetencer.</p>	<p>Er patientens plan. Retter sig med forebyggelse af selvmord, til patienter med forhøjet selvmordsrisiko. Der er en standardskabelon der kan anvendes. Styrke: Er god til specifik at forebygge selvmord.</p> <p>Svagheid: Der er en risiko for at det ikke bliver opdateret både i EPJ og i papirform. Er ikke integreret med apps til telefon.</p>



Planer i BUA B&U- overblik

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsgang	Rate (1-5) Kunne fungere ift. projekt/målgruppe
Mestringsplaner	<p>Fælles psykiatrisk retningslinje:</p> <p>Alle patienter i psykiatrien i Region Midtjylland skal tilbydes en mestringsplan under indlæggelse. Mestringsplanen kan med fordel ligeledes udarbejdes og anvendes i ambulant regi.</p> <p>Mestringsplanen kan hjælpe med at skabe overblik over patientens symptomer, adfærd og handlemuligheder, og benyttes som et generelt redskab ved nedsat mestringssevne. Mestringsplanen er et dynamisk redskab, der støtter patienten i at mestre egen livssituation samt de problemstillinger, som kan opleves svære for patienten, og som kan føre til angst, uro osv.</p> <p>Mestringsplanen påbegyndes hurtigst muligt i patientens forløb. Under indlæggelse opstartes mestringsplan så vidt muligt indenfor 24 timer efter patientens indlæggelse. Afvigelser herfra dokumenteres i journalen. Mestringsplanen opdateres løbende og som minimum i forbindelse med udskrivelse.</p>	<p>Er patientens plan- se eksempel (skabelon)</p> <p>Er som prøvehandling en del af "pakken" "samarbejdsplaner" i EPJ i BUA og APF sammen med sikkerhedsplan, handlingsplan og forhåndstilkendevivelse.</p> <p>Dette skal implementeres i hele psykiatrien.</p> <p>Mestringsplanen påbegyndes hurtigst muligt i patientens forløb. Under indlæggelse opstartes mestringsplan så vidt muligt indenfor 24 timer efter patientens indlæggelse. Afvigelser herfra dokumenteres i journalen. Mestringsplanen opdateres løbende og som minimum i forbindelse med udskrivelse</p>	<p>Meget håndgribelig som hjælpere i praksis. Særligt i.f.m. indlæggelse</p> <p>Svaghed: Har ikke fokus på det tværsektorielle eller koordinerende.</p> <p>Svaghed: Der er en risiko for at det ikke bliver opdateret både i EPJ og i papirform.</p> <p>Svaghed: Er ikke integreret med apps til telefon.</p>
Eftersamtale	<p>Fælles psykiatrisk retningslinje</p> <p>Følgende forhold skal indgå i eftersamtalen: hvordan patienten oplevede den pågældende tvangsforsanstaltning og den måde, den blev gennemført på, patientens opfattelse af årsag til og formål med den pågældende tvangsforsanstaltning, patientens vurdering af, om man kunne have undgået tvang i den pågældende situation, og i givet fald hvordan man skulle have forholdt sig, patientens forslag til, hvordan tvang i eventuelle fremtidige situationer kan forebygges information om, hvordan personalet opfattede årsagen til og formålet med tvangsforsanstaltningen og virkning og eventuelle bivirkninger ved den pågældende tvangsforsanstaltning, f.eks. ved medicinering</p>	<p>Den behandlingsansvarlige overlæge skal sikre, at en patient tilbydes en eller flere samtaler efter ophør af en tvangsforsanstaltning.</p> <p>Flere tvangsforsanstaltninger kan drøftes ved samme samtale, hvis de var led i samme episode, fx tvangstilbageholdelse, fastholdelse og beroligende medicin indenfor samme døgn.</p> <p>Se Psykiatriens e-læringsprogram om afholdelse af eftersamtaler. Kurset i Eftersamtaler afvikles i Plan2Learn. Link til kursus (tilmelding foregår nederst på siden).</p>	

21-04-2022

12



Planer i BUA B&U-oversblik

Plan	Grundlag + formål	Arbejdsang	Rate (1-5) Kunne fungere iff. projekt/målgruppe
<p>Udskrivelsesaftale + koordinationsplan</p>	<p>Fælles psykiatrisk retningslinje</p> <p>En udskrivningsaftale, koordinationsplan eller tværsektoriel samarbejdsaftale er altid en del af behandlingsplanen.</p> <p><i>Udarbejdelse</i></p> <p>Den behandlingsansvarlige overlæge tager så tidligt som muligt i indlæggelsesforløbet initiativ til at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.</p> <p>Patientens ønsker skal så vidt muligt tilgodeses i udskrivningsaftalen/koordinationsplanen.</p> <p>Indholdet i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan som udgangspunkt ikke gennemtvinges over for patienten.</p> <p>Retspsykiatriske patienter kan indlægges i henhold til dommen med henblik på at forebygge behandlingssvigt og kriminalitet, se fællespsykiatrisk retningslinje</p> <p>2.7.13. Behandlingsansvarlige og ledende overlæges ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulært psykiatrisk behandling, fællespsykiatrisk retningslinje</p> <p>Andre patienter kan alene indlægges mod deres vilje, hvis betingelserne for tvangsindlæggelse efter psykiatriloven er opfyldt.</p> <p>Det er vigtigt, at alle involverede parter så tidligt som muligt i indlæggelsesforløbet inddrages og har mulighed for at bidrage til udskrivningsaftalens/koordinationsplanens indhold, således at de hver især er bekendt med aftalens/planens indhold og har accepteret deres rolle som aktionstager.</p> <p>Hvis patienten allerede har en koordinerende indsatsplan, skal det sikres, at der er overensstemmelse mellem udskrivningsaftalen/koordinationsplanen og den koordinerende indsatsplan.</p> <p>Det bør især vurderes, hvordan den praktiserende læge mest hensigtsmæssigt inddrages, da et forudgående kendskab til patientens funktionsniveau har en væsentlig indflydelse på elementerne i udskrivningsaftalen/koordinationsplanen samt opfølgning.</p> <p>Det skal fremgå af udskrivningsaftalen/koordinationsplanen, hvor længe den er gældende. Lovgivningsmæssigt er der ikke angivet en maksimal varighed. I gyldighedsperioden skal aftalen/planen revideres og eventuelt justeres afhængig af behovet. Dette kan ske uanset om patienten er indlagt eller ambulant.</p> <p>Aftalen/planen bortfalder ved genindlæggelse på psykiatrisk afdeling. Der skal ved hver udskrivning udarbejdes en ny udskrivningsaftale eller koordinationsplan, hvis der fortsat er behov herfor.</p> <p>I forbindelse med indgåelsen af og tilsynet med overholdelse af udskrivningsaftalen/koordinationsplanen må oplysninger om patientens rent private forhold videregives mellem de involverede parter, hvis dette må anses for nødvendigt.</p>	<p>Ikke konsistent arbejdsang</p>	

21-04-2022

13

