

Hva har vi gjort – og hva kan dere gjøre?

Lovisenbergprosjektet 2012-2014

Prosjektet ble ledet av:
Martin Veland, Avdelingsleder
Anders Jacob, Psykolog
Jorunn Olstad, Gruppeleder

Jon Kvaal Pedersen, Gruppeleder, Inntak, Psykiatrisk klinikk

Kevin Ivanowitz, Avdelingsleder, Inntak, Psykiatrisk klinikk





JOBBER FOR MINDRE TVANG

Akutt psykiatri. Et pilotprosjekt på Lovisenberg sykehus tar sikte på å redusere bruken av tvangsmidler.

PILOTPROSJEKT:
Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2014.0102



Marita Veland,
avdelingsleder,
Akutt psykiatri
Lovisenberg
Diakonale
Sykehus



Anders Jacob,
sykepleier,
akutt psykiatri
Lovisenberg
Diakonale
Sykehus

Psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg sykehus består av en inntakspost og to sub-akuttposter med til sammen 26 sengeplasser. Akuttavdelingen yter helsehjelp til pasienter fra bydel Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo, og har cirka 900 innleggelsestimer i året. På inntaksposten har vi et prosjekt hvor hensikten er å redusere bruk av tvangsmidler i avdeling. Prosjektet gjennomføres som pilot over ti måneder, og målet er å redusere bruk av mekaniske tvangsmidler, også kalt belter eller remmer. Vi ønsker også å prøve ut nye verktøy som retter seg mot å forebygge generell bruk av tvangsmidler på pasienter som er innlagt i avdeling.

Lov om psykisk helsevern (1), § 4.8, skiller mellom fire typer tvangsmidler:

- mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer, samt skadeforebyggende spesialklær
- kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede

viser til tre hovedfaktorer som assosieres med redusert bruk av tvangsmidler på innleggende pasienter: 1) Pasientmedvirkning, 2) gjennomgang av tvangsepisoder, og 3) god fysisk plass på avdelingen. I tillegg til avdelingens kliniske og formelle kompetanse, ønsker vi å anvende disse studiene som utgangspunkt for å utvikle avdelingens rutiner.

HENSIKT. Hensikten med dette prosjektet er både å få ned antall tvangsepisoder (§ 4.8 vedtak) på inntaksposten, sekundært å redusere bruk av mekaniske tvangs-

finner sted ved å tematisere konfliktituasjoner og alternative løsningsforslag i samtale med pasienten på et tidlig stadium i innleggelsen. Klinisk erfaring viser en klar og tydelig forbindelse mellom tvang og aggresjon.

RUTINER. Man har vurdert de etablerte rutinefor voldsriskvurdering på akuttpsykiatrisk avdeling som hensiktsmessige for å estimere potensiell risiko for vold under innleggelse. Per i dag anvendes V-risk 10 (3) rutinemessig ved alle innleggelser. Med dette instrumentet gjennomgår man ti statistiske risikofaktorer for om risikofaktorer er til stede eller ikke. Konklusjonen av en slik vurdering angir en lav, moderat eller høy voldsrisiko. Instrumentet brukes ikke til å forutsi voldelig atferd, men som en formalisert retningsgivende indikator om hvor høy beredskap man bør ha for pasienten. Dersom man vurderer en innleggende pasient til å ha moderat eller høy voldsrisiko, gjennomføres det en kontinuerlig voldsriskvurdering innen 48 timer. Denne vurderingen innebærer

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Inntaksposten på akutt psykiatri ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, gjennomfører et pilotprosjekt for reduksjon av tvangsmidler på innlagte pasienter. Vi ønsker å redusere tvangsmidler uten at det går på bekostning av behandlingskvalitet eller miljøpersonals sikkerhet. Holdningsendringer og nye rutiner står sentralt. Etter åtte måneder har prosjektet vist lovende resultater.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.
• Psykisk helse
• Psykisk lidelse

Sykepleien nr. 09 2014



BRUKER MINDRE TVANG

Psykiatri. Reduksjon i tvangsbruk og varighet i slike tiltak kan gi et bedre behandlingstilbud.

PILOTPROSJEKT:
Artikkelen bygger på
60% praksis
40% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57137



Marita C. Veland,
Hovedleder,
Psykiatri
Lovisenberg
Diakonale
Sykehus



Anders Jacob,
sykepleier,
akutt psykiatri
Lovisenberg
Diakonale
Sykehus

Ivår artikkel «Jobber for mindre tvang» i Sykepleien nr. 9–2014 (1), presenterte vi et overordnet mål om å redusere bruk av tvangsmidler på pasienter som er innlagt på psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Vi har hatt særlig vekt på å redusere mekaniske tvangsmidler i form av belter.

PROSJEKTER. Flere lignende prosjekter har vært gjennomført i Norge, og mange ser ut til å være preget av mye logistikk og har krevd mye ressurser. Prosjektene har også vist begrenset evne til å produsere varige resultater. I en rapport fra Sinte Helse (2) vises det til norske prosjekter hvor man har vektlagt å redusere bruk av tvangsmidler. Det framgår av litteraturgjennomgangen at en generell plan vil ha liten spesifikk effekt på bruk av tvangsmidler. Det som synes å være nødvendige er et bredt spekter av tiltak

for å redusere unødvendig bruk av tvang. Psykoedukasjon og preventiv kommunikasjon, brukermedvirkning samt holdningsendringer i personalgruppen har hatt en sentral plass i dette arbeidet.

Vårt pilotprosjekt varte fra november 2013 til november 2014. Når vi sammenlikner tall fra samme avdeling med tall fra samme avdeling år tilbake, er bruk av mekaniske tvangsmidler i form av belter redusert med over 85 prosent. Dette vil si tre vedtak i perioden. Administrering av korttidsvirkende legemidler fremstår i hovedsak uendret, mens kortvarig fastholding er vesentlig økt. Det var 839 innleggelser i prosjektperioden.

VOLDSRISIKO. I prosjektet ble pasienter innlagt på tvangsparagraf rutinemessig voldsriskvurdert. Etter vurdering ble de tilbudt aggresjonsforebyggende samtale og aktivitet som Vold-er-å-tenne

skade på personalet eller pasienten. Samtidig åpnet den rutinemessige gjennomgangen for refleksjoner om hva som kunne blitt gjort annerledes. En av våre hypoteser er at de episodene som tidligere ville resultere i et vedtak om bruk av belter, trolig er erstattet med kortvarig fastholding.

VURDERING. Våre rutiner for forebygging av aggressiv atferd sier at dersom man vurderer en innleggende pasient til å ha moderat eller høy voldsrisiko, skal det gjennomføres en kontinuerlig voldsriskvurdering innen tre døgn. I denne vurderingen inngår innhentning av informasjon fra politi, pårørende og andre behandlingsinstitusjoner ved behov. Hvor faglig miljøpersonale opplever pasienten, er ofte avgjørende for hvor grundig vurderingen gjøres.

«Intervju om Vold-er-å-tenne som del av dette prosjektet og tematisering ulike aspekter ved samme

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Inntaksposten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har jobbet med holdninger, kultur og struktur for å få ned unødvendig bruk av tvangsmidler. Hvd dette er hovedgrunnen til at bruk av mekaniske tvangsmidler ble redusert med over 85 prosent, er det stor sannsynlighet for at slike resultater kan oppnås ved andre psykiatriske avdelinger i Norge. Er det formålig at det er opp til den enkelte avdeling å definere riktig bruk av tvang, eller burde vedtak om tvangsmidler få strengere tilgangskriterier i lovverket?

Sykepleien nr. 04 2016



§ 4.8 – Skadeavvergende formål

- A. Mekaniske tvangsmidler
- B. Kortvarig isolasjon
- C. Kortidsvirkende legemidler.
- D. Kortvarig fastholding

Opptaksområdet til Lovisenberg Diakonale Sykehus

Stor andel av ikke-vestlige innvandrere

Stor andel kommunale boliger

Stor bevegelse, opp mot 30 % ut/innflytting pr. år

Stor andel av rusmisbrukere, Sprøyte-narkomane

Stor arbeidsledighet

Stor andel av skilte, enslige



Psykiatri og somatikk:

Bydel Sagene

Bydel St. Hanshaugen

Bydel Grünerløkka

Bydel Gamle Oslo

Psykiatri:

Bydel Vestre Aker

Bydel Ullern

Bydel Frogner



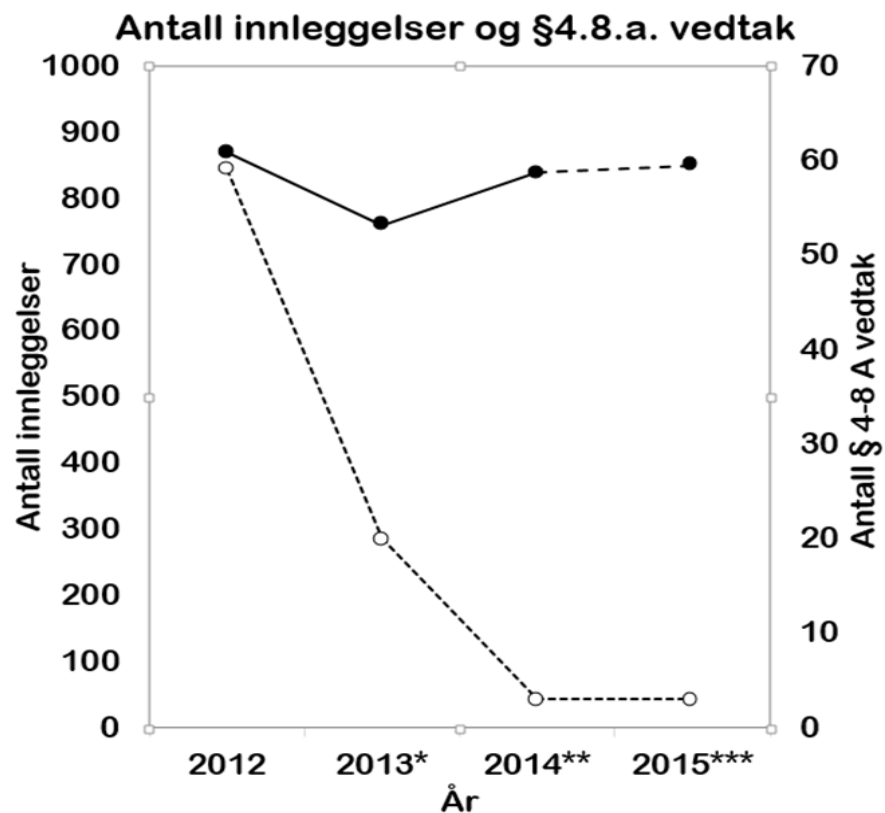
Inntaksposten - 2012

- 6 døgnplasser
- 4+4+3.
- Dagtid uke: psykiater, LIS, leder, gruppeleder
- Vaktordning for leger
- Ca 950 innleggelser fra 3 bydeler
- Ca 40% pasienter ferdigbehandles
- Liten turnover og få hull i turnus
- Høy fagdekning



Resultater

År	2012	2013	2014 01.11.2013 – 03.11.2014
a) Mekaniske tvangsmidler	66	20	3
b) Kortvarig isolasjon	1	0	2
c) Korttidsvirkende legemidler	27	17	28
d) Kortvarig fastholding	6	10	24



Varighet kortvarig fastholding

- 18 personer; 24 tilfeller
 - 13 kvinner
 - Gjennomsnitt: 8 min.
 - Variasjon: 1/20 min.
 - 11 menn
 - Gjennomsnitt: 13 min.
 - Variasjon: 5/30 min.



Kjennetegn ved tvangstiltakene

- *72% av tvangsmidlene ble iverksatt innen seks timer fra innkomst*
- 55% skjer ukedag D/A
- 20% skjer ukedag N
- 7% skjer helg D/A
- 17% skjer helg N



Avvik

- Antall skademeldinger
 - Uendret
- Antall pasientskader
 - Uendret
- Normal bemanning, men noen unntak



Bakgrunn – dialogen på post

- Overordnede føringer, reduksjon av tvang.
- Hva med tvang hos oss, holdninger/kultur?
- Hvem *har* ansvar for at tvangen skal reduseres?
- Hvem *tar* ansvar for at tvangen reduseres?
- Hvilken tvang er det vi rår over og kan gjøre noe med?
- Hva er en akutt nødsituasjon?
- Hva er individualisert pasienttilnærming?
- Hva er tilpassede og trygge rammer – for pasienten – for personalet?



Andre prosjekt med likt fokus

- Gjennombruddsprosjektet (2001)
- Brukerorientert Alternativ til Tvang BAT (2006-2008)
 - SINTEF-rapport:
 - Seks sykehus, ti akuttposter
 - Svak endring i tvangspositive holdninger
 - Ikke signifikant nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler
 - Prosjektleder melder om gode resultater etter målingene ble gjort

Noen anbefalinger fra BAT (2008)

- *Konkretisering av alternativ*
- Utfyllende registrering av tvangsbruk
- Økt brukerinvolvering
- Forankring i ledelse



To fokusområder

- Kulturendring
- Endring av strukturer
- Samtidige og glidende overganger



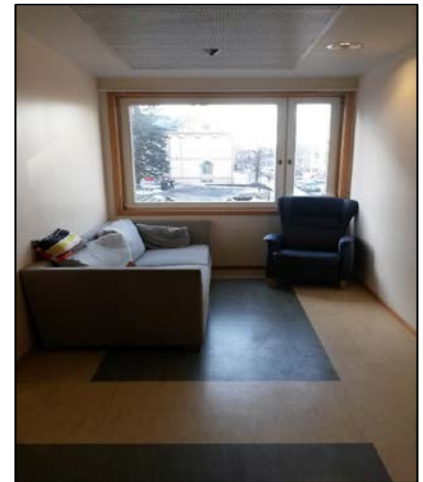
Kulturendring



- Endre holdninger/kultur
- Øke terapeutiske ferdigheter
- Redusere bruk av mekaniske tvangsmidler ved å bruke mer lempelige midler
 - Hva er «lempeligere midler»?
- Hold minst 20 minutt før andre tiltak vurderes; kommunisere med pasienten
- Mindre husregler – *hva er hensikten med husregler?*
- Øke terskel for akseptabel atferd

Endring av strukturer

- Tidlig tematisering rundt aggresjon og vold
- Arbeid med voldsrisikovurdering 2012
 - kontinuert
- Voldsintervju
- Fjernet belteseng
- Standardisert evaluering og gjennomgang
- Kalender



Endring av strukturer

Arbeid med voldsrisikovurdering 2012

- kontinuert

The screenshot shows a medical software interface with a menu bar at the top: Bruker, Pasient, Vis, Rutine, Verktøy, Rapporter, Vindu, Hjelp. Below the menu bar is a toolbar with various icons. The main window is titled "Mine arbeidsoppgaver / Ikke utførte oppgaver / Veland, Martin". On the left, there is a tree view under "Pasient" showing a list of folders and documents for "Danser, Line Testpasient f. 13.11.69". The selected folder is "F2 Voldsrisiko". The main area displays a table of observations and treatments.

	Sigr	Dato	Avd	Betegnelse	Forfatter	Forfatternavn	Status	Ny versjon	Meldingstyp
		26.01.17 09:22	PSYK	VOLD - Voldsrisikovurderi...	MVEL	Veland, Martin Corneli...	Godkjent		
		26.01.17 09:19	PSYK	VOLD - Lovisenberg interv...	MVEL	Veland, Martin Corneli...	Godkjent		
		10.10.12 13:53	PSYK	VOLD - BVC skjema	JOOL	Olstad, Jorunn	Godkjent		
		10.10.12 10:01	PSYK	VOLD - Voldsrisikovurderi...	CHEN	Tjemsland, Charlotte	Godkjent		
		24.09.12 14:29	PSYK	VOLD - SOAS skjema Re...	HAK	Westerveld, Johanna...	Godkjent		
		24.09.12 14:28	PSYK	VOLD - Komparentopplys...	HAK	Westerveld, Johanna...	Godkjent		
		24.09.12 14:27	PSYK	VOLD - BVC skjema	HAK	Westerveld, Johanna...	Godkjent		
		21.09.12 09:03	HØSS	VOLD - BVC skjema	HAK	Westerveld, Johanna...	Godkjent		
		24.08.12 13:17	PSYK	VOLD - SOAS skjema Re...	MVEL	Veland, Martin Corneli...	Godkjent		



SOAS

Registrering av aggressiv adferd					
Forvarsler observert forut for					
Forvirret adferd	☐	Støyende adferd	☐	Uttalte vrangforestillinger om selv/ andre	☐
Irritabilitet	☐	Paranoid beredskap	☐	Uttalte hallusinasjoner	☐
Roping/kjefting	☐	Svetting	☐	Provoserende adferd	☐
Vandring	☐	Pusting / sukking/ stønning	☐	Overdreven røyking/ kaffedrikk	☐
Anspenhet	☐	Somatisering	☐	Rugging med overkropp	☐
Andre:		Andre:			
Tidpunkt:					
Hvordan begynte aggresjonen	Hva brukte pasienten	Mål for aggresjonen	Konsekvenser av utageringen	Hvilke tiltak ble iverksatt	
Ingen synlig årsak	Verbal aggresjon	Ting/gjenstander	Ingen	Forsøk på dialog	
Konflikt, medpasienter	Ord og fysiske trusler	Kvinnelig personal	Gjenstander	Verbal grensesetting	
Hjelp med ADL	Glass (-gjenstander)	Mannlig personal	Skadet, ikke ødelagt	Skjerminq / område-restriksjon	
Krav om aktivisering	Stol	Kvinnelig medpasient	Skadet, ødelagt	Isolering	
Nektet ønske (eks gode el aktivitet)	Andre gjenstander	Mannlig medpasient	Personer	Fysisk fastholding	
Pasienten ble fysisk nærgående	Hånd	Annen kvinne	Følte seg truet	Mekaniske tvangsmidler	
Grensesetting/ korrigering	Fot	Annen mann	Smerte < 10 min	Korttidsvirk. legemidler	
Uro i avdelingen	Tenner		Smerte > 10 min	Annet (maks 30 ord):	
Umiddelbar tilgang til farlige gjenstander	Kvelertak		Synlig skade		
Pasient virket styrt av stemmer	Kniv		Behov for lettere behandling		
Pasienten kom tilbake fra perm	Annet		Behov for legebehandling		
Pasienten hadde ruset seg					
Pasienten var uten røyk					
Annet					
Beskriv kort:					
Intensitet: MILD ☐ MODERAT ☐ ALVORLIG ☐					



Intervju om vold

- Vi har sett at alternativene egentlig ikke kunne settes inn tidlig nok
- Intervju om vold ved høy risiko. Tematisering og involvering i miljø.



Intervju om vold, del A

Intervju om vold består av en del a og en del b. Del a kartlegger faktorer som kan øke faren for aggressiv adferd. Både del a og b er ment å være en aggresjonsforebyggende samtale.

Navnelapp

Del A: Kartlegging av faktorer som øker faren for aggressiv adferd

1) Opplever du stress i hverdagen din? (Følelsen av å være stresser eller mye press fra omgivelsene)

Nei ☐ Moderat ☐ Høyt stressnivå ☐

Opplevelse av impuls kontroll i stressede situasjoner: Full kontroll ☐ Redusert kontroll ☐ Mister kontrollen ☐

2) Opplever du irritasjon i hverdagen din? (Følelse av uforløst negativ energi)

Nei ☐ Moderat ☐ Mye irritasjon ☐

Hva er irritasjonen relatert til:

3) Har du nylig opplevd å bli krenket? (Opplevelse av å bli behandlet respektløst eller uten verdi)

Nei ☐ Moderat ☐ Alvorlig krenket ☐

Hva ble du krenket av:

4) Opplever du deg truet? (Følelse av å bli forfulgt, organisert overvåkning. Opplevelse av livet står i fare)

Nei ☐ Moderat ☐ Alvorlig truet ☐

Hva er trusselen:

5) Har du hatt foreldre eller andre relasjoner som har vært fysisk voldelig mot deg gjennom oppveksten? Ja ☐ Nei ☐

6) Har du noen gang blitt utsatt for trusler om å bli skadet? Ja ☐ Nei ☐

7) Har du noen gang blitt utsatt for fysisk angrep fra andre? Ja ☐ Nei ☐

8) Har du i løpet av det siste året:

a. Påført en annen person skade? Ja ☐ Nei ☐ (Ja= gå til spm. 10)

b. Truet mer å påføre en annen person skade? Ja ☐ Nei ☐

9) Har du etter at du fylte 16 år påført noen fysisk skade? Ja ☐ Nei ☐ (Nei= gå til spm. 17)

10) Dersom du har påført andre skade, var det da i selvforsvar? Ja ☐ Nei ☐ Både ja og nei ☐

11) Hadde du da inntatt rusmiddel i forkant av den voldelige handlingen? Ja ☐ Nei ☐ Både ja og nei ☐

12) Har du påført andre fysisk skade uten at du var påvirket av rus? Ja ☐ Nei ☐

13) Var det gjennomtenkt eller impulsiv handling? Gjennomtenkt ☐ Impulsiv ☐

14) Har du noen gang fått en behagelig følelse etter å ha utøvd vold? Ja ☐ Nei ☐ Kanskje ☐

15) Kan du tenke deg å jobbe for å finne alternativer til vold? Ja ☐ Nei ☐ Kanskje ☐

16) Har du tanker om å påføre andre skade? Aldri ☐ Noen ganger ☐ Ofte ☐

17) Finnes det fremtidige situasjoner som kan føre til voldelig adferd?

Tips: Her kan risikosituasjoner som tilbakeholdelse i avdeling, medisiner og fysiske begrensninger spørres om.

18) Vurder sannsynligheten for voldelig adferd mens du er innlagt i avdelingen?

Lite sannsynlig 1 2 3 4 5 Meget sannsynlig



Intervju om vold



Intervju om vold, del B

Navnelapp

Del B:

Samtalen gjøres for å hjelpe pasienten til å *reflektere* rundt uønsket aggressiv adferd som kan oppstå som følge av bl.a. ubehagelig informasjon, opplevelse av frihetsberøvelse eller tap av autonomi. For mange er det en stor belastningen å være innlagt mot sin vilje, og det er mange potensielle konfliktsituasjoner som kan oppstå i behandlingsforløpet på bakgrunn av rammene av tvang. Det er derfor viktig at pasienten får god og tydelig informasjon, slik at pasienten får mulighet til å tilpasse seg i størst mulig grad. Dette baserer seg på tanken om at ubehagelig informasjon er lettere å forholde seg til dersom informasjonen er varslet i forkant, og gir mer forutsigbarhet for pasienten.

Spørsmålene stilles åpne, og søker samarbeid som kan bidra til at pasienten velger mer hensiktsmessige handlingsalternativer i møte med ubehagelig informasjon og krav. Under følger temaer som ofte er vanskelig for pasienter å forholde seg til. Hvordan du formulerer og stiller spørsmålene må du tilpasse situasjonen.

TIPS: Del B kan også flettes inn i gjennomgangen av del A under «finnes det fremtidige situasjoner som kan føre til voldelig adferd?». Del B kan også gjennomføres som en egen samtale uavhengig av om del A er aktuell eller gjennomført.

1) Hvordan tror du at du vil reagere dersom du ikke får lov å forlate avdelingen, eller selv ikke får bestemme når du vil dra herfra?

2) Å bli sint er en naturlig del av livet, men vi har alle forskjellige måter å bli sint på. Dersom du skulle bli sint når du er innlagt, på hvilken måte tror du dette vil uttrykke hos deg? (Her kan man undersøke bråsinne, energi i språkbruk og fysiske uttrykk).

3) Hvordan stiller du deg til å bruke medikamenter som anbefales av oss? (Dersom pasienten stiller seg kritisk, kan du følge opp med tilleggsspørsmål) Hvordan tror at du vil reagere dersom disse medisinene vurderes å være så viktige at vi vil insistere på at du tar dem?

4) Dersom det skulle oppstå uenighet mellom deg og oss; Hvordan foretrekker du at denne uenigheten håndteres fra vår side og hvordan tror du at du vil håndtere den? (For eksempel; skjerming. Å informere om bakgrunnen for skjerming og å gi forklaring om hvorfor pasienten skjermes, er ofte vår måte å dempe energien i uenigheten).

5) Andre opplysninger:



Gjennomgang

- Utfyllende registrering av tvangsmidler
- Ansvarliggjøring
- Gjennomgang av hendelser har betydning for læring, double loop



Gjennomgang av §4.8

Skjemaet skal brukes ved alle situasjoner der ett eller flere tvangsmidler har vært brukt. Skjemaet fylles ut av den/ de som var i situasjonen. Tredelt funksjon: gjennomgang av situasjonen der og da, gjennomgang av situasjonen med nærmeste leder og datafangst.

Dato:	Post:
Fyllt ut av:	
Pas. mann ☐ kvinne ☐	Alder:
Normal bemanning:	Faktisk bemanning:
SPL/VPL kvinner:	SPL/VPL menn:
Assistent kvinner:	Assistent menn:
V-risk v/innkomst (siste):	Evt. siste BVC:

1) Hvilke tvangsmidler ble brukt med klokkeslett og varighet.			2) Tidspunkt for iverksettelse av tvangsmiddel etter overføring/innkomst.	
Tvangsmidler	Klokkeslett	Varighet	Iverksatt umiddelbart ☐	Etter time 24 ☐
a) Mekaniske tvangsmidler			Innen første timen ☐	Ukedag: dag ☐ kveld ☐ natt ☐
b) Isolasjon			Mellom time 1 og 6 ☐	
c) Korttidsvirkende legemidler			Mellom time 6 og 12 ☐	Helg: dag ☐ kveld ☐ natt ☐
d) Kortvarig fastholding			Mellom time 12 og 24 ☐	

3) Hvor lang tid i forkant av tvangsmiddelbruken ble det observert forvarslar, og vurdert at det var fare for utagering?			
I det situasjonen oppstod ☐	Under 10 min i forkant ☐	Under 30 min i forkant ☐	Under 1 time i forkant ☐
1-2 timer i forkant ☐	2-3 timer i forkant ☐	Observert mer enn 3 timer i forkant ☐	
4) Var pas. motorisk urolig		5) Truende kroppsspråk	
Ja, åpenbart ☐ Nei ☐	Ja, åpenbart ☐ Nei ☐	Fysisk truende ☐	Truet med utagering ☐
Ja, men underliggende ☐	Ja, men underliggende ☐	Trusler om vold ☐	Gikk løs på inventar ☐
7) Vurdering av pas. tilstand		6) Atferd som førte til bruk av tvangsmiddel	
Forvirret ☐	Hallusint ☐	Kastet gjenstander ☐	
Ruset ☐	Abstinent ☐	Gikk til fysisk angrep på pers. ☐ medpas. ☐	
Redd ☐	Paranoid ☐	Gikk til fysisk angrep på pers. ☐ medpas. ☐	
Målrettet aggressiv ☐	Adekvat sint ☐		

8) Var tvangsmiddelet reletart til følgende situasjoner		
Paragrafvurdering ☐	Planlagt medisiner ☐	Informasjon om tvangsmedisiner ☐
Videreføring av politiets tvangsmiddel v/innkomst ☐	Informasjon om å måtte bli på sykehuset ☐	Annet: ☐
9) Tilsynelatende utløsende årsak for tvangsmiddelbruk.		
Pasienten nektet å forholde seg til tvangsinnleggelse ved innkomst ☐	Tatt imot på tvang ☐	Forsøkte å rømme ☐
Pasient hadde tilsynelatende til hensikt å skade andre ☐	Pasient hadde tilsynelatende til hensikt å skade seg selv ☐	
Andre årsaker:		

10) Var noen disse tiltakene iverksatt eller gjennomført før iverksettelse av tvangsmiddel			
Voldsrisikovurdering: BVC ☐ Kontinuert ☐	Intervju om VOLD ☐	Aggresjonsforebyggende samtale ☐	
11) Hvilke tiltak ble iverksatt for å hindre bruk av tvangsmidler			
Ingen. Situasjonen oppstod akutt, uten forvarslar ☐	Skjermet pasienten ☐	Spesifiser andre tiltak:	
Tilbud pasienten medisiner, som... ☐	Snakket eksplisitt om fare for utagering ☐	Dialog ☐	Ja, men det bar ikke frem ☐
pasienten ikke tok ☐		Nei, ikke mulig å oppnå ☐	
12) Skader/ avvik/ SOAS			
Skader på personalet ja ☐ nei ☐	Skader på pas. ja ☐ nei ☐	Meldt avvik ja ☐ nei ☐	Fyllt ut SOAS ja ☐ nei ☐

Utfyllende kommentarer kan gjøres på baksiden av arket.



Ledelse i prosjektet

- Brennende engasjement fra ledelsen
- Vi begynner bare....
- «Hands on» klinisk, tilstedeværelse i situasjonene
- Redskaper som hjelp til struktur
- Systematisk gjennomgang ved bruk av tvang
- Tiltak for å tydeliggjøre andre handlingsalternativer
- Visualiserte resultatet
- Rekruteringsprofil
- Dette fikser VI!



Vi:

- Tok ansvar ved å gi ansvar
- Hadde forventninger om endring
- Fikk entusiasme rundt resultater
- Endret måten å jobbe på
- Fikk en mer spennende jobb, men som også ble mer krevende
- Utvikler nye kreative løsninger, økt handlingsrepertoar
- Gikk fra kollektive «husregler» til individuell tilpasning



Oppsummert, sentrale tiltak

- Kartlegge risiko i forkant.
- Involvere pasienten i større grad, blant annet med intervju.
- Individualisert pasienttilnærming, økt takhøyde for atferd (lite rigide regler, dog struktur).
- Fjerne ferdig montert belteseng fra avdeling, og heller montere ved behov.
- Forsøke å *holde* pasienten til han/hun roet seg, framfor å legge i belter.
- Forsøke å *snakke* pasienten rolig for å finne en løsning under fastholding.
- Systematisk gjennomgang av alle tvangsepisoder som redskap til kontinuerlig forbedring.



Fra februar 2017: E-læringskurs



Takk for oppmerksomheten!

kiv@lds.no

