

Projektbeskrivelse

Lærings-og kvalitetsteam vedr.
Nedbringelse af tvang i psykiatrien

(LKT Tvang)

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og formål med etablering af lærings- og kvalitetsteams	3
2. Baggrund for LKT Tvang	3
3. Den teoretiske og erfaringsmæssige ramme	4
3.1 De seks kernestrategier	5
3.2 Forankring og tværsektorielt samarbejde	7
3.3 Fælles beslutningstagning	8
4. Projektets målsætning og indsatsområder	9
4.1 Indsatsområder	9
4.2 Resultatindikatorer	10
4.3 Følgeindikatorer	11
5. Definition af målgrupperne i LKT Tvang i psykiatrien	12
5.1 Voksenpsykiatri	12
5.2 Børne- og ungepsykiatri	15
6. De forskellige planer – Ekspertgruppens anbefalinger	16
6.1 Indhold i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	16
6.2 Indhold i Trygheds- og forebyggelsesplaner	17
7. Netværksmøder	18
8. Procesindikatorer	19
8.1 Procesindikatorer for voksenpsykiatrien	19
8.2 Procesindikatorer for børne- og ungepsykiatrien	20
9. Driverdiagram	22
10. Organisering af LKT Tvang	22
10.1 Lokal forberedelse	23
10.2 Data i projektet og IT-understøttelse	24
11. Ledelses- og læringsseminarer	25
12. Tidsplan	25
13. Afrapporteringer og videre forløb	26
14. Litteratur	27
14.1 Supplerende litteratur	28
Bilag 1: Medlemmer af ekspertgruppen	30
Bilag 2: Vidensgrundlag – Tvangsforebyggelse (vedlagt)	31
Bilag 3: Deling af oplysninger på tværs af sektorer – Lovgrundlag	32
Bilag 4: Tværsektorielt forbedringsteam i LKT Tvang - Medlemsoversigt	34

1. Baggrund og formål med etablering af lærings- og kvalitetsteams

Lærings- og kvalitetsteams (LKT) er et særskilt element i Det Nationale Kvalitetsprogram. LKT er et nationalt forpligtende samarbejdsforløb, der tilrettelægges med henblik på at forbedre kvaliteten indenfor et klinisk område. Arbejdet i et LKT skal medvirke til at opbygge en forbedringskultur, hvor arbejdet med kontinuerligt at løfte kvaliteten er en integreret del af det daglige arbejde (1).

Et lærings- og kvalitetsteam består af:

- Tværfaglige teams af klinikere og ledere fra relevante afdelinger på tværs af sygehuse og regioner
- Deltagere og teams fra andre sektorer, hvis problemstillingen for det konkrete LKT går på tværs af sektorer
- En ekspertgruppe med kliniske eksperter mfl. inden for det fagområde, hvor der skal arbejdes med kvalitetsforbedringer

Ekspertgruppen og de lokale forbedringsteams danner tilsammen det netværk, der udgør et LKT. Et lærings- og kvalitetsteam arbejder med, hvilke lokale kliniske og organisatoriske processer og arbejdsgange, der skal forbedres for at opfylde målene for det enkelte LKT. De enkelte teams anvender lokalt besluttede metoder til at skabe forbedringer, som fx Forbedringsmodellen.

Beskrivelse af de nationale LKT'er fremgår af www.kvalitetsteams.dk. Her er der også etableret en side for LKT Tvang, hvor projektbeskrivelsen samt nedenstående pixi-udgaver er tilgængelige:

- [Til dig, som er deltager i et lokalt forbedringsteam](#)
- [Målsætning, indikatorer og målgrupper](#)
- [Interventioner](#)

2. Baggrund for LKT Tvang

I april 2019 besluttede den nationale Styregruppe for lærings- og kvalitetsteams at udpege fokusområdet "Nedbringelse af tvang i Psykiatrien" som et område, hvor der skulle etableres et nationalt LKT. Udpegningen skete på baggrund af tre indstillinger fra hhv. Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Nordjylland. Det nationale LKT skulle have fokus på at forebygge og reducere tvang i psykiatrien med et tværsektorielt sigte, og Region Nordjylland blev bedt om at varetage den nationale projektledelse.

Anvendelse af frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling finder sted efter reglerne i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. LBK nr. 936 (2). Psykiatriloven har som grundlæggende hensigt at sikre nødvendig behandling til mennesker med svær psykisk lidelse. Tvang må ikke benyttes, før mulighederne for at opnå patientens frivillige medvirken er udtømte. Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger end tvang tilstrækkelige, skal disse anvendes (psykiatriloven § 4).

Den lovgivningsmæssige ramme for anvendelse af tvang, efterprøvning, klageadgang og patientrettigheder er således national, hvorfor generaliserbarhed ift. internationale studier har begrænsninger, ligesom der for tvangsforebyggelse generelt (pga. fænomenets kompleksitet) er relativt sparsom evidens.

Psykiatrien i Danmark har gennem flere år arbejdet fokuseret med forebyggelse og nedbringelse af tvang, fx via "Det nationale gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien", "Projekt Sikker Psykiatri" og "Projekt bæltefrit afsnit" samt i regi af "Partnerskabsaftalen (2014-2020)", som blev indgået mellem landets fem regioner og det daværende Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Her var den nationale målsætning at halvere tvangsanvendelse ved bæltefikseringer. Ud over færre bæltefikseringer har der også været fokus på, at den samlede anvendelse af tvang i Danmark reduceres.

Både nationale og internationale erfaringer fra arbejdet med nedbringelse af tvang viser, at der ikke findes enkle løsninger på forebyggelse og nedbringelse af tvang. Der skal mange og forskelligartede interventioner samt vedvarende fokus til, før effekter kan ses. Opgaven er kompleks, og trods mange relevante indsatser er der fortsat uensartede resultater, hvorfor et fortsat arbejde med kendte og evidensbaserede indsatser vil være en del af LKT Tvang.

Fokus har hovedsageligt været rettet mod tvang i sengeafsnittene. Nogle af de mest udbredte redskaber har været interventionerne i "Projekt Sikker Psykiatri" tvangspakke, udbredelsen af Safewards og deltagelse i diverse satspuljeprojekter, herunder projekt "Bæltefrit Afsnit". Det er dog blevet mere og mere tydeligt for regionerne, at der både er brug for tværsektorielle indsatser på tværs af region og kommune og større fokus på den ambulante del af psykiatrien samt en langt højere grad af patient- og pårørendeinddragelse for at kunne forebygge, at borgere/patienter bliver så dårlige, at de bringes i en situation, hvor tvang bliver uundgåeligt. Det er derfor nødvendigt at have fokus på det, der sker både før, under og efter en (tvangs)indlæggelse. Flere regioner har gode erfaringer med tværsektorielle indsatser, og tre regioner er i øjeblikket også involveret i satspuljeprojektet "Afprøvning af model for tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang" (2018–2021). Disse erfaringer mangler endnu at blive samlet, udviklet og spredt til hele landet.

I kommunerne er der tale om magtanvendelse, når en borger ikke frivilligt vil medvirke til en foranstaltning. Jf. serviceloven afsnit VII §124 må anvendelse af magt og andre indgreb i selvbestemmelsesretten alene ske for at sikre borgerens omsorg, værdighed og tryghed eller for at tilgodese hensynet til fællesskabet på bo- eller dagtilbud eller hensynet til andre. Forud for enhver magtanvendelse skal kommunen foretage, hvad der er muligt for at opnå borgerens frivillige medvirken. Anvendelsen af magt skal samtidig stå i rimeligt forhold til det, der søges opnået, og er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes (3).

Den lovgivningsmæssige ramme og betingelser for kommunernes brug af magtanvendelse er lige som psykiatrilovgivningen generaliserbar, og de to lovgivningsmæssige rammer og betingelser flugter hinanden.

Jf. Socialstyrelsens nyeste retningslinje på området (4) er der også i kommunerne (herunder bosteder/døgntilbud) et fornyet fokus på at nedbringe voldsomme episoder og brugen af magtanvendelse. Retningslinjen understreger, at arbejdet med forebyggelse af voldsomme episoder og magtanvendelser må ske i et koordineret samarbejde på tværs af sektorer.

3. Den teoretiske og erfaringsmæssige ramme

Forebyggelse af tvang er komplekst, og tvang initieres med forskellige begrundelser og patientspecifikke problematikker og historier. Her spiller diagnoser og reaktionsmønstre (fx selvskade og udadreagerende adfærd mfl.) i særlig grad ind. Men også forhold som kompetencer, kultur og handlemuligheder hos den enkelte fagperson, fysiske rammer, organisatoriske forhold og ressourcer samt ledelsesmæssig tydelig retning og bevågenhed er vigtige faktorer, som naturligvis har betydning i hele patientens forløb, og således også når patienten ikke er indlagt. Evidensen omkring forebyggelsesinitiativer peger i det hele taget på, at der skal

forskellige tiltag til for at opnå reel forebyggelse og reduktion af tvang. Da anvendelsen af tvang er så kompleks et fænomen, er det organisatoriske forebyggelsesinitiativer, der involverer en lang række af specifikke initiativer, der har vist sig at være mest effektive. Flere udenlandske og internationale undersøgelser viser, at særligt de seks kernestrategier og de værktøjer, de måtte indeholde, er særligt virkningsfulde i forhold til at nedbringe tvang (jf. bilag 2).

Ekspertgruppen peger på vigtigheden af at fastholde de mange igangværende indsatser og har herudover forslag til, hvordan en tværsektoriel tvangsforebyggelsesindsats understøttes. Disse er dels begrundet i lokale erfaringer i landets psykiatrier, men også i evidensbaserede undersøgelser (jf. bilag 2). Fælles for Ekspertgruppens anbefalinger er, at de jf. ovenstående alle kan placeres inden for *De seks kernestrategier* som omhandler: ledelse, anvendelse af data, personaleudvikling, anvendelse af forebyggelsesværktøjer, brugerinddragelse og debriefing (5).

3.1 De seks kernestrategier

De seks kernestrategier er udviklet i USA og er overordnede organisatoriske strategier, som er værdibase-rede og understøtter en tvangsforebyggende kultur (5). Selvom strategierne har udgangspunkt i en hospita-lskontekst, vurderes det, at strategierne giver mening både i regioner, kommuner og almen praksis. De kan anvendes bredt i arbejdet med at forebygge og nedbringe tvang, herunder også forebyggelse af magtanven-delse. Derfor skal strategierne ses i sammenhæng med det arbejde, der foregår i kommunerne og i almen praksis i forhold til at forebygge forværring af psykisk lidelse eller tvangsindlæggelser (6).

Ledelsesopbakning

Ledelsesopbakning og en retningsgivende ledelse er altafgørende for, at en organisation kan lykkes med nedbringelse af tvang. Det kræver stor ledelsesmæssig forpligtigelse og et vedvarende ledelsesfokus på om-rådet at kunne understøtte og fastholde arbejdet med nedbringelse af tvang. Ledelsesmæssigt bør der bl.a. være fokus på: Arbejdstilrettelæggelse, kapacitet (no crowding), arbejdsmiljø (herunder anvendelse af så få vikarer som muligt) og tværfaglig forpligtigelse i den fælles opgave det er at forebygge tvang (7,8).

Feed-back og dataunderstøttelse

En vigtig del af forbedringsmetodikken er tidstro monitorering og opfølgning på graden af kvalitetsudvikling og målopfyldelse via tidstro data i seriediagrammer. Data bør regelmæssigt drøftes og give anledning til prø-vehandlinger med det formål at forbedre eller fastholde resultater (5). Til understøttelse af prøvehandlinger kan desuden benyttes andre former for monitorering, herunder kvalitetsmonitorering fx: audits og tilfreds-hedsundersøgelser blandt patienter/borgere og medarbejdere samt anden feedback som genererer data.

Kompetenceudvikling af medarbejdere

Alle medarbejdere i det tværsektorielle samarbejdsfelt (i psykiatrien, i somatikken, på bosteder/døgntilbud, hos politiet, de praktiserende læger, socialarbejdere mfl.), der har med psykiatriske patienter/borgere at gøre, bør besidde fælles og sufficente kompetencer i forhold til fx deeskalering (konfliktnedtrapning), rele-vant psykoedukation (fx skizofreni, personlighedsforstyrrelser, dobbeltdiagnoser, selvskade mfl.), mentalise-ring (hvordan påvirker personalets mind-set miljøet omkring patienten/borgeren og kollegerne) og Safe-wards-modellen mv. Sufficente kompetencer og viden medvirker til at skabe et miljø, der forebygger kon-flikter og tvangsanvendelse (5,9).

Fokus på kompetenceudvikling kan være med til ikke kun at skabe fælles viden, men også skabe et fælles sprog, fælles handlemuligheder og gøre sektorafstande kortere, så samarbejdet styrkes over sektorgrænser.

Alle sektorer har værdifuld, relevant viden og kompetencer, som med fordel kan spredes til øvrige sektorer. Det vurderes afgørende for den fælles indsats, at der etableres en fælles viden og et fælles sprog.

Forebyggelsesværktøjer

Der findes mange redskaber, arbejdsgange og screeningsværktøjer i sengeafsnittene i psykiatrien, som i dag forsøges systematisk anvendt i arbejdet med at forebygge tvang og gentagen tvang hos de indlagte patienter, herunder reviews af tvangsepisoder, anvendelse af Brøset Violence Cheklist (BVC), andre risikovurderinger, indhentning af forhåndstilkendegivelser mfl. De nævnte værktøjer er alle grundigt afprøvede både i international og dansk kontekst og har ved systematisk brug og opfølgning vist sig særligt virkningsfulde i forhold til arbejdet med at forebygge tvang (10,11,12,13,14). Forebyggelse er også ændring af det miljø, der findes på sengeafsnittene. Herunder er systematisk arbejde med Safewards fremhævet i flere undersøgelser, som værende særlig virkningsfuldt i forhold til at skabe et behageligt, positivt og deeskalerende miljø (9,15).

Fokus på forebyggelse af tvang i ambulante forløb er mindre systematiske og mindre udbredt. Det gælder også en samlet tværsektoriel viden om fx hvilke indikatorer, der tidligere har ført til opkørte situationer i det enkelte patientforløb - en viden der potentielt kunne forebygge tvang, men ofte ikke anvendes. Det er ikke kun i psykiatrien, der er udarbejdet redskaber til forebyggelse af tvang. Kommunerne har udarbejdet et omfattende vejledningsmateriale, som baserer sig på forskning og god praksis inden for forebyggelse af vold og fremme af recovery. Socialstyrelsen har udgivet materialet i et større kompendium af anbefalinger til forebyggelse af kritiske episoder på bosteder og forsorgshjem (4). Der er således meget materiale og mange redskaber, som kan inddrages i det tværsektorielle samarbejde. På bosteder i Danmark arbejdes der bl.a. udbredt med værktøjet LA2, der bygger på metoden Low Arousal. Metoden har til formål at forebygge vold og fremme trivsel for borgere på bosteder (16).

Inddragelse af patienter og pårørende

I direkte relation til forebyggelse af tvang (og i henhold til psykiatrilovgivningens forskrifter) involveres patienterne i sengeafsnittene ved indlæggelse med en forhåndstilkendegivelse omhandlende patientens behandlingspræferencer, men også præferencer hvis tvang alligevel forekommer. Patienterne skal tilbydes eftersamtaler efter en tvangsepisode, hvor samtalen bl.a. kan danne grundlaget for en forebyggelse af, at tvang sker igen. Flere af psykiatriens øvrige værktøjer (selv-modulerende interventioner) udfyldes sammen med patienten, herunder selvkontrol- og triggerskemaer, kriseplaner, sanseprofiler og Safewards interventionernes beroligende metoder mfl. (5,8). Værktøjet LA2, der som tidligere nævnt er et udbredt værktøj på bosteder i Danmark, er bl.a. inspireret af recovery-perspektivets fokus på udvikling, deltagelse og borgerens indfra-perspektiv i forhold til drømme, ønsker og håb. Værktøjet er i høj grad patientinddragende og har bl.a. til hensigt, at borgere oplever og opnår en øget kontrol over eget liv (16).

Debriefing

Debriefing- og defusingmetoder benyttes i dag i psykiatrien som værktøj til at samle op umiddelbart efter en voldsom episode. Hensigten er at skabe en forståelse af det, der er sket, og dæmpe oplevelsen af angst og kaos. Desuden er samtalen med til at forebygge en umiddelbar skadevirkning af hændelsen (*defuse* = afværge/inaktivere). Debriefing- og defusingmetoder bør omfatte alle de involverede parter - således ikke kun de involverede medarbejdere, men også den/de involverede patient/patienter og de pårørende (5,10).

Kernestrategierne er velkendte og sætter rammen for arbejdet med forebyggelse af tvang i de fleste sengeafsnit i psykiatrien. Det er dog erfaret, at kernestrategierne i sengeafsnittene ikke kan stå alene, men bør suppleres med et langt tættere tværgående samarbejde mellem fx sengeafsnit, ambulatorier, bosteder/døgntilbud, kommuner, socialpsykiatri, praktiserende læger, politi mfl. Både overgange mellem afsnit

indenfor psykiatrien og sektorovergange fra fx psykiatri til kommunalt døgntilbud kan ofte være medvirkende til konflikter. Derfor bør der være større fokus herpå, herunder at skabe smidige og få overgange i patientforløbene. I regionerne arbejder man på forskellig vis med understøttelse af det tværsektorielle samarbejde. Der arbejdes med udekørende indsatser (herunder samarbejde ved tvangsendlæggelser, sociallancen mfl.), interventionsteams med fokus på dobbeltindlagte, forskellige tværsektorielle indsatser og fælles identifikation af særlige risikopatienter, fælles koordinationsplaner mv.

3.2 Forankring og tværsektorielt samarbejde

I 2018 udkom Socialstyrelsen med en ny national retningslinje for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt boformer for hjemløse (4). Formålet med retningslinjen er: "...at understøtte trivslen og trygheden for borgere og medarbejdere på landets botilbud samt boformer for hjemløse for derved at nedbringe antallet af voldsomme episoder (...). Det forventes også, at antallet af magtanvendelser derved kan nedbringes". Socialstyrelsens retningslinje understreger, at arbejdet med at nedbringe voldsomme episoder og antallet af magtanvendelser blandt andet skal ses i sammenhæng med de faglige og organisatoriske rammer for forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder. Borgerinddragelse og selvbestemmelsesret er beskrevet som centralt i dette forebyggelsesarbejde. Borgeren skal have indflydelse på eget liv og støttes i egne ønsker.

Arbejdet med voldsforebyggelse indbefatter elementer som: Indledende samtaler med nye borgere, inddragelse af pårørende/netværk, involvering af eksterne parter i forhold til viden om borgerens historik, løbende opfølgning og tilpasning af indsatsen omkring den enkelte, opmærksomhed på triggere til opkørte situationer (risikovurdering) som kan føre til magtanvendelse, eftersamtaler i forbindelse med voldsepisoder og/eller magtanvendelse, læring og anvendelse af viden og erfaringer på baggrund af voldsomme episoder, kompetencer i medarbejdergruppen og tydelig ledelse og ledelsesretning i alle aspekter af dette arbejde.

Retningslinjen understreger særskilt, at arbejdet med forebyggelse af voldsomme episoder og magtanvendelser må ske i et koordineret samarbejde på tværs af sektorer. Det tværsektorielle forebyggelsesarbejde skal skabe sammenhæng for borgeren samt en helhedsorienteret, rehabiliterende og forebyggende indsats. Hovedpointerne i Socialstyrelsens retningslinje i forhold til den tværsektorielle indsats er bl.a. at følgende sikres:

- Videndeling og koordinering mellem parterne
- Inddragelse af borgeren, således det sikres at aftalerne tager afsæt i borgerens behov og ressourcer, og at borgeren er tryk ved aftalerne
- Understøttelse af gode samarbejdsrelationer tværsektorielt
- Gode skriftlige samarbejdsaftaler, som er kendte af alle parter og kan lette arbejdsgangene og skabe forudsigelighed
- Klare aftaler for samarbejdet med behandlingspsykiatrien
- Større forudsigelighed og tryk for borgeren

Arbejdet med forebyggelse af voldsomme episoder og magtanvendelse i socialpsykiatrien adskiller sig ikke væsentligt fra den tilgang, der er til forebyggelse af tvang i de psykiatriske sengeafsnit. Indsatsområderne beskrevet under de seks kernestrategier i afsnit 3.1 og indsatsområderne i Socialstyrelsens retningslinje taler ind i hinanden, og begge sektorer understreger vigtigheden af at sikre et solidt tværsektorielt samarbejde med inddragelsen af borgeren/patienten.

3.3 Fælles beslutningstagning

Flere studier beskriver forholdene i forbindelse med udarbejdelse af kriseplaner eller afholdelse af samarbejds møder/netværks møder. Henderson (2004) beskriver, at kriseplanerne (joint crisis plans/advanced agreements) blev udarbejdet af personale og patient og forhandlet af en tredje person. Studiet er et af de vigtigste i verden i forhold til forebyggelse af tvangsindlæggelser. I et randomiseret kontrolleret forsøg fandt de 52 % færre tvangsindlæggelser blandt interventionsgruppens deltagere (dem der fik udarbejdet en kriseplan).

The joint crisis plan was formulated by the patient, care coordinator, psychiatrist, and project worker and contained contact information, details of mental and physical illnesses, treatments, indicators for relapse, and advance statements of preferences for care in the event of future relapse (17).

I et studie fra 2007 undersøger den samme forskergruppe, hvordan brugere og personale anvender kriseplanerne og deres oplevelser hermed. Den bedst underbyggede hypotese var, at brugerne følte, at de havde bedre kontrol over deres mentale problemer. Det kunne betyde, at kriseplanerne styrker brugernes mulighed for at fastholde deres foretrukne pleje og behandling i en krisesituation (18).

I 2015 undersøger en forskergruppe, hvilke barrierer der er for at indføre fælles beslutningstagning i psykiatrien i forbindelse med indførelsen af kriseplaner. Deres konklusion er, at fremtidige implementeringsstrategier specifikt bør have fokus på brugeres "valgmuligheder" (reel patientinvolvering i beslutningsprocesserne) og træning af klinikere i fælles beslutningstagning (19).

Fælles beslutningstagning (*shared decision making*) defineres således:

Fælles beslutningstagning handler om et samarbejde mellem patient og kliniker, når der skal træffes beslutninger om udredning, behandling og opfølgning i den grad og på de måder, som patienten ønsker.

Det indebærer brug af evidensbaseret information om valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder samt rådgivning og støtte til at udforske egne værdier og præferencer og til at vælge den mulighed, der bedst matcher patientens præferencer (Center for Fælles Beslutningstagning – <https://www.cffb.dk/>)(20).

Fælles beslutningstagning kommer fra det engelske begreb *Shared Decision Making*. Fælles beslutningstagning er to verdener, der mødes: Klinikeren er ekspert i diagnosen, patienten er ekspert i sit eget liv. Derfor er beslutningen om den rette behandling en beslutning, som patient og kliniker tager i fællesskab. Fælles beslutningstagning handler om at hjælpe patienter, når de står over for svære valg om deres behandling. Det er et samarbejde, hvor patienten og klinikeren sammen træffer beslutningen ved at tage højde for såvel den faglige, videnskabelige viden som patientens personlige præferencer.

Modeller/tilgange der indeholder elementer af fælles beslutningstagning

- [Guidet egen-beslutning](#)
- [Åben dialog](#)
- De seks kernestrategier (se afsnit 3.1)
- [Recovery](#)
- [Traume-Bevidst Tilgang](#)

4. Projektets målsætning og indsatsområder

Sundhedsstyrelsens seneste anbefalinger til nedbringelse af tvang (6) beskriver, at der bør være fokus på forebyggelse af tvang allerede før indlæggelsen. Både regionale sundhedspersoner og kommunale fagprofessionelle bør have særlig opmærksomhed på patienter/borgere med svære psykiske lidelser og på at hjælpe til en tidlig og målrettet indsats. Sundhedsstyrelsens anbefalinger understreger også vigtigheden af at forebygge indlæggelser med tvang, et fokus hvor de tværsektorielle parter i fællesskab skal arbejde med at etablere forebyggende indsatser.

”Tvangsforebyggelse handler således ikke kun om det, der sker på hospitalerne, men også om den indsats, der foregår i det primære sundhedsvæsen og i de socialfaglige tilbud. Det er derfor afgørende, at både kommunerne, praksissektoren og regionerne arbejder for at forebygge tvangsindlæggelser” (6, s. 9)

Seneste årsrapport fra Sundhedsstyrelsens Monitorering af tvang 2019/2020 (21) viser samme tværregionale tendenser i forhold til, hvordan man er lykkedes (eller rettere ikke lykkedes) med at nedbringe antallet af patienter, der oplever tvang. Samlet set er der (siden baseline 2011-2013) sket en stigning i antallet af patienter, der oplever tvang i alle fem regioner i Danmark (i alt +268 personer). I forhold til tvangsindlæggelser ses samme tendens, hvor de nationale opgørelser på tvang viser, at der (siden baseline 2011-2013) er sket en stigning i antallet af patienter, der tvangsindlægges i fire ud af landets fem regioner på voksenområdet (i alt +404 pers.). I børne- og ungdomspsykiatrien er der siden baseline (2015/2016) ligeledes sket en stigning i fire ud af landets fem regioner (i alt +11 pers.).

4.1 Indsatsområder

Omdrejningspunktet for opnåelse af målsætningen i dette LKT-tvang er fokus på arbejdet med følgende to indsatser:

- A. Tværsektorielle planer
- B. Tværsektorielle netværksmøder

Ad. A, tages der udgangspunkt i skriftlige planer som udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som redskab til at forebygge tvang. Jf. Sundhedsstyrelsens seneste anbefalinger til nedbringelse af tvang (6) pointeres det særligt, at det i forbindelse med forebyggelse af tvangsindlæggelser bør sikres, at udskrivelsesaftaler og koordinationsplaner anvendes og implementeres, og at kommuner samt andre relevante parter inddrages i denne proces (denne indsats er nærmere uddybet i afsnit 6).

Ad. B, tages der udgangspunkt i kvalificering af allerede eksisterende strukturer for tværsektorielle samarbejds møder/netværks møder (denne indsats er nærmere uddybet i afsnit 7).

Begge tiltag indføres med samme overordnede teoretiske referenceramme; *fælles beslutningstagning (shared decision making)* jf. afsnit 3.3. Det gælder også for koordinationsplaner, som ikke er udarbejdet frivilligt. Det skal altid forsøges at få patienten til at være en del af beslutningerne i så høj udstrækning som muligt – også selvom det ikke lykkes første gang. Det er en vedvarende proces.

Med udgangspunkt i ovenstående er det målsætningen for LKT Tvang at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser gennem en tværsektoriel indsats.

I LKT Tvang er der følgende former for indikatorer:

- **Resultatindikatorer** knytter sig til, *hvad* det er vi ønsker at opnå (målsætningen om at mindske tvangsindlæggelser)
- **Følgeindikatorer** er områder, der *kan blive påvirket* af resultatindikatoren (og som vi derfor vil følge og holde øje med sideløbende)
- **Procesindikatorer** knytter sig til, *hvordan* vi vil opnå vores mål (processer og arbejdsgange)

Baseline i LKT Tvang vil for alle indikatorer (hvor der er en baseline) være årene 2018-2020. Det vil sige et gennemsnit for de tre år. Det skyldes for det første, at 2020 har været et atypisk år på mange måder. For det andet skal de deltagende enheder sammenligne med sig selv, hvilket medfører, at det er små tal, der ses på. Jo mindre populationen er, des større udsving kan forekomme.

4.2 Resultatindikatorer

Resultatindikatorer

Resultatindikator R1:

- Målsætning: Antal personer, der tvangsindlægges, reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023
- Type: Resultatindikator
- Forbedringsretning: Ned
- Tæller: Antal personer, der tvangsindlægges og som har et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet
- Nævner: Antal personer, der blev tvangsindlagt i 2018-2020 og som havde et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet (gennemsnit for perioden)
- Datakilder: Egne IT-systemer

Resultatindikator R2:

- Målsætning: Antal tvangsindlæggelser reduceres med 10 % for de deltagende enheder med udgangen af 30. september 2023
- Type: Resultatindikator
- Forbedringsretning: Ned
- Tæller: Antal tvangsindlæggelser blandt personer, der har et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet
- Nævner: Antal tvangsindlæggelser i 2018-2020 blandt personer, der havde et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet (gennemsnit for perioden)
- Datakilder: Egne IT-systemer

Den tværsektorielle indsats, der ligger i LKT Tvang, inkluderer de personer, der har et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien. Personer, der ikke er i et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet, medregnes således ikke i indikatoren.

Det er vanskeligt at komme med et helt præcist og realistisk bud på, hvilken effekt vi kan forvente i form af reduktion af antal tvangsindlæggelser over de to år, som projektet vil forløbe. Den intervention, der bedst dækker LKT-Tvangs initiativer, beskrives i forskningslitteraturen som "advance statements/crisisplans". Der er tale om studier af kortere varighed og populationerne er ikke identiske (22,23). Populationen i LKT Tvang vil være de personer, der i ambulantly regi vurderes til at være i størst risiko for senere tvangsindlæggelse samt patienter, der får udarbejdet en udskrivningsaftale/koordinationsplan. Det vil sige en mere begrænset

del af populationen, end der er i studiepopulationerne. Samtidig står indsatsen i LKT Tvang ikke alene. Som tidligere beskrevet er der flere sideløbende tiltag i gang i psykiatrien, hvor der er et intensivt fokus på at forebygge og mindske tvang. Derfor mener ekspertgruppen, at det er realistisk at have et mål, der hedder 10 % reduktion.

4.3 Følgeindikatorer

Det er forhåbningen, at en positiv afledt effekt af LKT's indsatser (herunder resultatindikatorerne) vil være forebyggelse af tvang i de psykiatriske sengeafsnit samt forebyggelse af magtanvendelse i kommunerne. Derfor er der udvalgt nedenstående fire følgeindikatorer. Målet med LKT Tvang er at have et tværsektorielt fokus på at hjælpe og styrke alliancen med patienten/borgeren, så tvang/magtanvendelse ikke bliver anset som nødvendigt.

Psykiatrispecifikke følgeindikatorer (F1 og F2)

Følgeindikator F1:

- Målsætning: Antal personer, der berøres af tvang, reduceres for de deltagende enheder
- Type: Følgeindikator
- Forbedringsretning: Ned
- Tæller: Antal personer, der berøres af tvang og som har et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet
- Datakilder: Egne IT-systemer
- Baseline: Antal personer, der i 2018-2020 var berørt af tvang (samlet set) og som havde et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet (gennemsnit for baseline-perioden)

Følgeindikator F2:

- Målsætning: Antal tvangshændelser reduceres for de deltagende enheder
- Type: Følgeindikator
- Forbedringsretning: Ned
- Tæller: Antal tvangshændelser blandt personer, der har et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet
- Datakilder: Egne IT-systemer
- Baseline: Antal tvangshændelser i 2018-2020 (samlet set) for personer, der havde et aktivt forløb i psykiatrien på indlæggelsestidspunktet (gennemsnit for baseline-perioden)

For at understøtte definitionerne i Partnerskabsaftalen ses der på al tvang samlet

Kommunespecifikke følgeindikatorer (F3 og F4)

Følgeindikator F3:

- Målsætning: Antal personer, der berøres af magtanvendelse, reduceres for de deltagende enheder
- Type: Følgeindikator
- Forbedringsretning: Ned
- Tæller: Antal personer, der berøres af magtanvendelse og har et aktivt ambulantly forløb i psykiatrien
- Datakilder: De enkelte enheder indberetter magtanvendelser til Tilsynsmyndigheden (har adgang til egne data)

- Baseline: Antal personer, der i 2018-2020 var berørt af magtanvendelse og som havde et aktivt ambulant forløb i psykiatrien (gennemsnit for baseline-perioden)

Følgeindikator F4:

- Målsætning: Antal magtanvendelser reduceres for de deltagende enheder
- Type: Følgeindikator
- Forbedringsretning: Ned
- Tæller: Antal magtanvendelser for personer, der har et aktivt ambulant forløb i psykiatrien
- Datakilder: De enkelte enheder indberetter magtanvendelser til Tilsynsmyndigheden (har adgang til egne data)
- Baseline: Antal magtanvendelser i 2018-2020 blandt personer, der havde et aktivt forløb i psykiatrien (gennemsnit for baseline-perioden)

Det lokale LKT Team afklarer, hvilke data der er meningsfulde og mulige at indsamle i projektet (den kommunale LKT tovholder har ansvaret for at samle data for de kommunale følgeindikatorer)

Den daværende regerings samlede handleplan: "[En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025](#)" beskriver ambitionen om, at: "Senest i 2025 skal antallet af børn og unge samt voksne, som er udsat for en eller flere tvangsforanstaltninger i psykiatrien, være halveret i forhold til niveauet i 2017" (15). Denne ambition ønsker ekspertgruppen at understøtte med dette LKT. Dermed følges udviklingen af al tvang på både voksen- og børne- og ungeområdet sideløbende med dette LKT's overordnede målsætning.

5. Definition af målgrupperne i LKT Tvang i psykiatrien

Ekspertgruppen har fokus på forebyggelse af tvang i psykiatrien, herunder et særligt fokus på at forebygge den første tvang. Derfor er den tværsektorielle indsats i det ambulante regi og på børne- og ungeområdet (i relation til den første tvang) yderst central.

5.1 Voksenpsykiatri

Ekspertgruppen tager udgangspunkt i eksisterende lovbestemte redskaber som udskrivningsaftaler og koordinationsplaner:

Psykiatriloven § 13a:

"Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 2. Hvis det må antages, at en patient ikke er omfattet af stk. 1, ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har overlægen ansvaret for, at der inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud" (24)

I vejledningen til loven står der:

”Der er tale om et samarbejde, hvor tilbuddene i udskrivningsaftalen fastlægges ved fælles konference mellem de forskellige myndigheder, typisk den psykiatriske afdeling, den ambulante regionale psykiatri, bopælskommunen, almen praksis og patienten (...) Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, kommunen, almen praksis m.fl. i stedet udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.”(25).

Ekspertgruppen peger på et øget fokus på udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i indsatsen for at forebygge og nedbringe tvang, da:

- det erfaringsmæssigt ses, at udarbejdelsen af konkrete tværsektorielle planer for patienter bidrager til forløb med mindre tvang (17)
- medvirken for patient og pårørende i udarbejdelsen af planen, fx via fælles beslutningstagning, styrker effekten yderligere og er at foretrække i det omfang, det kan lade sig gøre (17,19)
- medvirken fra relevante parter omkring patienten i udarbejdelsen formodes at give en større sammenhæng og forpligtelse i indsatsen fra de involverede parter. Samtidig giver den fælles indsats på tværs af relevante parter i forløbet patienten en oplevelse af være prioriteret og vigtig og får derigennem en større empowerment og adhærens til behandling (4)
- der ses en sammenhæng mellem antallet af tvangsindlæggelser og den efterfølgende forekomst af andre tvangsforanstaltninger (26). En øget anvendelse af disse planer forventes at kunne nedbringe behovet for tvangsindlæggelser og dermed også anvendelsen af andre tvangsforanstaltninger

De psykiatriske afdelinger er allerede forpligtet på at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det er et redskab, der virker i forhold til forebyggelse af tvang. I LKT Tvang er der således tale om en intensiveret indsats i forhold til at få implementeret anvendelsen heraf.

Det ambulante spor – En opfordring til udvidelse af målgruppen

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udarbejdes under indlæggelse og er derfor ikke en indsats i den ambulante psykiatri. Ekspertgruppen vurderer dog, at der er behov for en tilsvarende indsats for de ambulante patienter, der under eller efter ambulant forløb antages ikke at kunne eller ville søge den behandling og de sociale tilbud, der er nødvendige for deres helbred – og derfor er i risiko for alvorlige tilbagefald, der kan ende i tvangsindlæggelse.

Som et frivilligt supplement til målgruppen for de voksne anbefales det, at det lokale LKT Team udvælger et mindre antal af de ambulante patienter, der har de mest komplekse forløb og/eller stor risiko for en tvangsindlæggelse. Disse faktorer kan være inspireret af F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment). Det er en hollandsk udviklet model for fleksibel og koordineret ambulat indsats, hvor målgruppen er mennesker med svær psykisk sygdom (27). Hvem der vurderes at være de mest komplekse/har størst risiko for tvangsindlæggelse vil være begrundet i en klinisk vurdering. Det kan være patienter, der har medicinsvigt, udebliver fra aftaler, afviger fra det normale billede, har sociale udfordringer, manglende adhærens til øvrig støtte og behandling, misbrug, svær impulsivitet og/eller en historie med udadreagerende eller selvskadende adfærd. Pårørendes bekymringer kan også indgå i den samlede vurdering af risikoen. Fælles for patientgruppen er, at deres tilstand ikke er forbigående, men gennemgribende og langvarig samt, at de har brug for en koordineret, tværsektoriel indsats. De nævnte faktorer akkumuleret er anvisende for patientforløbets kompleksitet.

De udvalgte ambulante patienter kan tilbydes en kort, struktureret, frivillig og elektiv indlæggelse med det specifikke formål åbent at drøfte, hvordan vi kan forebygge fremtidig tvang. Elektive indlæggelser er blevet et sjældent anvendt behandlingselement i den moderne psykiatri, hvilket ikke altid er en fordel for patienterne. En kort indlæggelse i rolig fase kan være et langt mere positivt og recovery-orienteret møde med sengepsykiatrien end en senere tvangsindlæggelse. Og muligheden for at sætte de relevante aktører sammen og arbejde med udarbejdelse af en fælles plan kan styrke alliancen.

Ekspertgruppen mener derfor, at patienter, der vurderes at være i særlig risiko for tvangsindlæggelse, har brug for at kunne mødes i "fredstid" med de relevante fagfolk på tværs af hospitalets søjler og afsnit og drøfte mulige forebyggende tiltag, så konkrete, gensidigt forpligtende tiltag kan aftales. Det foregår bedst ved et netværksmøde, hvor der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan. Disse planer hører lovgivningsmæssigt til under indlæggelse. Erfaringen er, at de kan skabe ro, forudsigelighed, sikker forventningsafstemning, og at de forebygger efterfølgende tvang. Målet er at understøtte det samlede behandlings- og tværsektorielle patientforløb. Alle aktører kan rejse ønske om en sådan indlæggelse og udarbejdelse af udskrivningsaftale/koordinationsplan. Psykiatrien træffer den endelige beslutning om indlæggelse i samarbejde med patienten og har ansvaret herfor. Indlæggelse koordineres og planlægges i samarbejde med udvalgte sengeafsnit. Det anbefales, at der udarbejdes en lokal instruks, der beskriver, hvordan denne type indlæggelse skal aftales, hvad den præcis indeholder og er afgrænset fra, omfang af dokumentation, fx tilsvarende PSI-indlæggelser (patient-styret indlæggelse) mm.

At tilbyde en kompleks risikopatient en elektiv indlæggelse skal anses som "relationsarbejde i fredstid", hvor udarbejdelsen af en udskrivningsaftale/koordinationsplan under indlæggelse virker forebyggende. Indlæggelsen kan understøtte samarbejdspartnerens kendskab til patienten og samlet finde ud af, hvordan den enkelte kan hjælpes bedst muligt – så tvang kan reduceres eller forhåbentlig helt undgås. Ekspertgruppen er opmærksom på, at det ikke alle steder vil være muligt med en sådan indsats på det ambulante område, hvorfor indsatsen skal ses som et frivilligt supplement og en opfordring de steder, hvor det giver mening og kan lade sig gøre.

Målgruppe i voksenpsykiatrien

Voksenpsykiatri	
Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Indlagte patienter, der får udarbejdet en udskrivningsaftale (UA)/koordinationsplan (KP) - Frivilligt: Udvælge et mindre antal ambulante patienter* med komplekse forløb og/eller stor risiko for tvangsindlæggelse. Patienterne tilbydes elektiv indlæggelse (kortvarig), så der kan udarbejdes UA/KP <p>Ad*) Lokalt udvælges de mest komplekse patienter (dem med størst risiko for tvangsindlæggelse) til at indgå i projektet. Det kan være patienter der:</p> <ul style="list-style-type: none"> - har et medicinsvigt - udebliver fra aftaler - afviger fra det normale billede - har sociale udfordringer - har manglende adhærens til øvrig støtte og behandling - har misbrug/skadeligt forbrug - har svært impulsivitet og/eller en historie med udadreagerende eller selvskadende adfærd

Planen og målet hermed	<ul style="list-style-type: none"> - Øge og kvalificere udarbejdelse af de eksisterende UA/KP blandt indlagte patienter - Frivilligt: Udvide anvendelsen af UA/KP til også at omfatte et mindre antal patienter (primær tilknytning i den ambulante psykiatri) - Forebyggelse af tvang skal ses som et tillæg/et opmærksomhedspunkt til en eksisterende UA/KP
------------------------	--

5.2 Børne- og ungepsykiatri

Ekspertgruppen vurderer, at det er særligt vigtigt at have fokus på børn og unge, når der tales om tvangsforebyggelse, herunder tvangsindlæggelser. Det er en målgruppe, som måske endnu ikke har oplevet tvangsforanstaltninger i psykiatrien. Her kan en tidlig og fokuseret indsats være essentiel i forhold til forebyggelse heraf. Det tværsektorielle samarbejde tager udgangspunkt i ønsket om at forebygge tvang i psykiatrien og magtanvendelser på døgntilbud, hvorfor målgruppen for indsatsen - ud over at have et forløb i børne- og ungdomspsykiatrien - også har en aktiv sag i kommunen grundet anbringelse udenfor hjemmet. Har barnet eller den unge ikke en aktiv sag, startes denne op via en underretning. Som en del af den samlede kliniske vurdering inddrages altid vurderinger fra (pleje)forældre, skole, PPR mm. Håbet og forventningen er, at den tidlige og rette indsats kan forebygge og mindske tvangsepisoder - men også magtanvendelse - senere hen. Et redskab hertil er udarbejdelsen af en Trygheds- og forebyggelsesplan. En betegnelse, patienter selv har været med til at navngive som noget, der lyder rart og ufarligt – trygt.

Målgruppe i børne- og ungepsykiatrien

Børne- og ungepsykiatri	
Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Børn og unge fra 12 år* i psykiatrien, der er anbragt på døgntilbud - Børn og unge fra 12 år* i psykiatrien, der tidligere har været udsat for tvang eller magtanvendelse enten i henhold til Psykiatriloven eller Forældreansvarsloven - Børn og unge fra 12 år* i psykiatrien, hvor der vurderes et behov for at udarbejde en Trygheds- og forebyggelsesplan på baggrund af en klinisk vurdering. Det kan være forløb: <ul style="list-style-type: none"> - hvor der ikke opleves bedring trods relevante indsatser - hvor der sker forværring i et ellers stabilt forløb - hvor forværringen primært har adfærdsmæssig og emotionel karakter med fx sværere selvskaide og selvmordsadfærd - hvor der tidligt er mistanke om forstærkede karaktertræk med risiko for yderligere patologisk udvikling af personlighedsstrukturen. Her startes sagen i kommunalt regi med en underretning <p>Ad *) Det lokale LKT Team kan tilpasse målgruppen til fx 14 år, hvis det bedst passer med den måde, den lokale børne- og ungepsykiatri er organiseret på</p>
Planen	<p>I dette spor kaldes planen for en Trygheds- og forebyggelsesplan.</p> <p>Barnet/den unge har måske endnu ikke oplevet tvang – og det centrale er ”tryghed” og ”forebyggelse”. Forebyggelsesplaner kendes fra det kommunale område og er et begreb, som indlagte ungdomspsykiatriske patienter selv har valgt, idet de blev inddraget i arbejdet omkring tidlig indsats</p>

OBS

Der er særlig risiko for tvang ved overgang fra børne- og ungepsykiatrien over i voksenpsykiatrien. Derfor skal indholdet fra Trygheds- og forebyggelsesplanen overføres til en KP/UA i forbindelse med denne overgang.

Det er erfaringen, at der er en særlig risiko ved overgang fra børne- og ungepsykiatrien over i voksenpsykiatrien (6). Her er det vigtigt, at psykiatrien og kommunen i fællesskab planlægger og koordinerer overgangen, hvilket skal ske med udgangspunkt i den unges Trygheds- og forebyggelsesplan, som skal overføres til en udskrivningsaftale eller koordinationsplan ved overgang til voksenpsykiatrien.

6. De forskellige planer – Ekspertgruppens anbefalinger

Målet om en reduktion i antallet af tvangsindlæggelser samt andre tvangsforanstaltninger (fx bæltter, fastholdelse og akut beroligende medicin) i psykiatrien og magtanvendelser i kommunerne knytter sig til den forebyggende anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner (voksne) og etableringen af Trygheds- og forebyggelsesplaner (for børn og unge).

De forskellige planer skal fungere som en ramme for deling af den vigtige viden, der findes hos patienten og de pårørende, i psykiatrien og på tværs af sektorer. Planen skal være rammesættende for et patientinddragende og tværsektorielt samarbejde. Der skal indgå forudsigelige aftaler, hvor alle relevante parter har ejerskab og involveres - og hvor patienten og de pårørende (som medbestemmende part) oplever et trygt og mulighedsskabende råderum ved ændringer i sygdomstilstanden.

Hensigten er at forebygge tvang og magtanvendelse for en bredere gruppe af patienter. Derfor er det påkrævet, at det tværsektorielle samarbejdsfelt er involveret i arbejdet. Planerne skal ses som et værktøj til forebyggelse af kritiske situationer, hvor man forsøger at undgå tvang og magtanvendelse. Den voksne patient og den unge over 15 år skal så vidt mulig være "planholder". Planen skal ejes af alle de parter, som er involveret i patientens behandling, herunder også patienten selv og patientens nære relationer (pårørende/netværk). For børn under 15 år er det (pleje)forældrene eller kommunen, der er planholder. Det konkrete ansvar for udarbejdelsen og revideringen af planen er dog placeret hos psykiatrien hos patientansvarlig/behandlingsansvarlig læge, men kan delegeres til andet sundhedsfagligt personale i psykiatrien eller efter aftale overdrages til relevant personale på bosteder mfl.

Det er vigtigt, at patienten inddrages i udarbejdelsen af planen. Det gælder uanset om det er en udskrivningsaftale en koordinationsplan eller en Trygheds- og forebyggelsesplan (børn og unge).

6.1 Indhold i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Regionerne har hver især skabeloner og forskellig dokumentationspraksis, som de lokale teams skal forholde sig til og tage udgangspunkt i. Der er dog følgende lovbestemte indhold i planerne:

- Aktuelle og forventede behov for behandling og sociale tilbud
- Angivelse af dato for første tværsektorielle møde
- Ansvarlig for revurdering af og opfølgning på aftale
- Hvem skal reagere, hvis planen ikke overholdes
- Deltagerkreds
- Inddragelse af samarbejdspartnere

- Særlige forhold eller symptomer personalet skal være opmærksomme på, herunder deeskalerende tiltag i de enkelte sektorer

Udover det lovbestemte indhold skal følgende indgå i LKT Tvang:

- Patientens ønsker og præferencer
- Patientens netværk: Hvem kan hjælpe mig hvornår og hvordan? (fx hvem og hvad kan hjælpe i den konkrete situation, hvor der er behov for hjælp)
- Forebyggelse af tvang. Der kan med fordel inddrages viden fra selvmordsrisikovurdering, voldsrisikovurdering, herunder BVC, patientens krise-triggere, forhåndstilkendegivelser, kriseplaner, efter-samtaler, mestringsplaner mv. (lige som at disse forskellige vurderinger/screeninger, herunder forhåndstilkendegivelsen, med fordel også kan kvalificeres ud fra indholdet i den udarbejdede UA/KP).

Det skal fremgå af planerne, at forebyggelse af tvang er et centralt fokus for den enkelte plan

Det er vigtigt, at planen er handlingsanvisende og bringes aktivt ind i patientens forløb – også mellem møderne. Planen sendes til patientens eBoks. Det skal være muligt at få planen udskrevet og få den med hjem, hvis det ønskes af patienten (eller patienten ikke anvender eBoks)

Mht. den lovmæssige ramme for deling af oplysninger på tværs af sektorer henvises der til bilag 3

De enkelte regioner har forskellig praksis mht., hvordan en udskrivningsaftale og koordinationsplan skal udfyldes og hvordan det dokumenteres i den lokale EPJ. Her er det vigtigt, at det lokale LKT orienterer sig i de regionale retningslinjer på området.

6.2 Indhold i Trygheds- og forebyggelsesplaner

Trygheds- og forebyggelsesplanen skal have de samme grundoplysninger som er lovbestemt for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner suppleret med fokus på forældrenes rolle:

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

Som hjælp til at lave en Trygheds- og forebyggelsesplan er der nedenstående dialogspørgsmål/emner, som det anbefales at komme rundt om på netværksmødet:

- Barnets/den unges ønsker og præferencer
- Barnets/den unges vurdering af, hvem der kan hjælpe og hvordan? (fx hvem og hvad kan hjælpe, når barnet/den unge er i situationen, hvor der er behov for hjælp)

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

Det skal fremgå af planerne, at forebyggelse af tvang er et centralt fokus for den enkelte plan. Forebyggelse af tvang drøftes som fast punkt på netværksmøder, så indsatsen italesættes og får fokus

Det er vigtigt, at planen er handlingsanvisende og bringes aktivt ind i patientens forløb – også mellem møderne. Planen sendes til patientens eBoks, hvis patienten er over 15 år (med kopi til begge forældre, hvis der er delt forældremyndighed) – ellers sendes den til barnets forælder/værger. Det skal være muligt at få planen udskrevet og få den med hjem, hvis det ønskes af barnet/den unge og/eller forælderen/værgeren (eller hvis modtager ikke anvender eBoks)

7. Netværksmøder

Der eksisterer allerede i dag et godt samarbejde mellem regionernes psykiatri og de relevante samarbejdspartnere i kommunerne, somatikken (som fx akutmodtagelsen og børneafdeling), almen praksis med flere. Men der er et stigende behov for at etablere strukturerede samarbejder på flere niveauer mellem de forskellige specialer og sektorer. Det er i det tværgående relationelle samspil, at der er størst mulighed for at forebygge og nedbringe tvang.

Ekspertgruppen anbefaler derfor, at der i LKT Tvang (både på voksen- samt børne- og ungeområdet) gennemføres tværsektorielle netværksmøder, hvor indholdet i de konkrete planer aftales. Der anbefales følgende deltagerkreds til netværksmøderne:

- Patient og evt. pårørende (pårørende kan også være det nære netværk, hvis det er et ønske fra begge parter)
- For børn og ungegruppen skal (pleje)forældrene deltage – de er en central del af indsatsen (skal ses som en familie)
- Behandlerteam, inkl. patientansvarlig læge (både fra det ambulante område og sengepsykiatrien)
- Kommune (fx bosted/døgntilbud, socialforvaltning, PPR)
- Nære sundhedspersoner fra aktuelt bosted/døgntilbud

Efter en konkret vurdering kan følgende deltage på møderne:

- Somatik, fx akutmodtagelsen, børneafdeling mm.
- Almen praksis (honoreret efter gældende takster), sundhedsplejerske, politi, mfl.

Der skal sikres en helhedsorienteret indsats omkring den enkelte patient, hvilket kun kan ske ved en samtidig understøttelse og styrkelse af sammenhænge og samarbejde på tværs af sektorer.

I de enkelte regioner kan der være aftalt bestemte krav til netværksmøder, som det lokale LKT skal forholde sig til og bør tage udgangspunkt i.

Ekspertgruppen foreslår, at børne- og ungepsykiatrien benytter sig af det velkendte tværsektorielle mødefora "netværksmødet". Fokus skal dog være andet end formidling af udredningsresultater, men fungere som et koordinerende forum med fokus på forebyggelse af tvangsforanstaltninger og afdækning af, hvad der indtil nu har vakt bekymring, og hvor indsatsen skal fokuseres. Udover barnet/den unge er det altid ønsket at have (pleje)forældrene med til møderne (udover nære sundhedspersoner fra kommunen eller døgntilbudet).

Overordnet set bør opgaven i og målet med de fælles tværsektorielle netværksmøder være at koordinere og samle indsatser sammen med patienten/de pårørende og i nogle tilfælde sammen med andre forskellige aktører end ovenfor nævnte, fx udekørende teams, sociale tilbud, misbrugsklinikker, politi, private aktører mv. Antal deltagere på de tværsektorielle netværksmøder og sammensætningen af deltagere vil være begrundet i den enkelte patients situation og vil derfor også være dynamisk i forhold til de behovsændringer, der kan ske undervejs i patientens forløb.

Møderne bør tage udgangspunkt i en kortlægning af patientens ønsker, ressourcer og behandlingsbehov, samt hvilke handlinger, der skal til for at forebygge tvang. Den fælles plan skal være handlingsanvisende og bringes aktivt ind i patientens forløb – også mellem møderne. Planen bør løbende udbygges og revideres, så den fortsat afspejler patientens behov og ønsker samt sikrer sammenhæng mellem andre indsatser.

8. Procesindikatorer

Nedenfor beskrives, hvilke procesindikatorer der skal måles på i forbindelse med implementeringen af ekspertgruppens anbefalinger. I forbindelse med afrapportering af resultater til den nationale styregruppe for LKT forventes det, at regionerne kan levere data på de obligatoriske resultat-, følge- og procesindikatorer. Nogle af procesindikatorerne er dog frivillige. Målet er at forbedre egne lokale resultater.

8.1 Procesindikatorer for voksenpsykiatrien

Ekspertgruppen vurderer, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke anvendes i tilstrækkelig grad i dag. Derfor er ønsket at se en stigning i antallet af indlagte, der får udarbejdet en sådan plan. Der er samtidig et ønske om, at der udarbejdes flere udskrivningsaftaler end koordinationsplaner. Det lokale LKT kan vælge at lave egne indikatorer for, om indholdet heraf svarer til kravene.

Obligatoriske indikatorer for voksenpsykiatrien

Indikator V1	Der ses en stigning i andelen af patienter, der får lavet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan
Type	Procesindikator – Obligatorisk
Forbedringsretning	Op
Tæller	Antal patienter, der får lavet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan
Nævner	Antal udskrevne patienter
Datakilde	Egne IT-systemer
Kriterier for baseline og opnåelse af mål	Baseline: 2018-2020 for de deltagende enheder (gennemsnit for baseline-perioden)

Indikator V2	Der ses en stigning i andelen af udskrivningsaftaler i forhold til koordinationsplaner
--------------	--

Type	Procesindikator- Obligatorisk
Forbedringsretning	Op
Tæller	Antal udarbejdede udskrivningsaftaler
Nævner	Antal udarbejdede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
Datakilde	Egne IT-systemer
Kriterier for baseline og opnåelse af mål	Baseline: 2018-2020 for de deltagende enheder (gennemsnit for baseline-perioden)

Frivillige indikatorer for voksenpsykiatrien

Der er udover de obligatoriske procesindikatorer udarbejdet efterfølgende to frivillige indikatorer, som enhederne kan vælge at lade indgå i et auditkoncept, hvis de anser det som givende. På de nationale læringsseminarer planlægges det, at auditmetode og -resultater er en del af de gennemgående drøftelser.

Indikator V3	Mindst 90 % af patienter med en udskrivningsaftale eller koordinationsplan har deltaget i et netværksmøde mindst 1 x årligt
Type	Procesindikator – Frivillig
Forbedringsretning	Op
Tæller	Antal patienter med udskrivningsaftale eller koordinationsplan, der har deltaget i et netværksmøde mindst 1 x årligt (for dem, der fortsat er tilknyttet psykiatrien)
Nævner	Antal patienter, der har fået udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan (for dem, der fortsat er tilknyttet psykiatrien)
Datakilde	Håndholdt
Kriterier for baseline og opnåelse af mål	Ingen baseline

Indikator V4	Mindst 90 % af udskrivningsaftalerne eller koordinationsplanerne er revurderet mindst 1 x årligt
Type	Procesindikator – Frivillig
Forbedringsretning	Op
Tæller	Antal patienter, der får revideret deres udskrivningsaftale eller koordinationsplan mindst 1 x årligt (for dem, der fortsat er tilknyttet psykiatrien)
Nævner	Antal patienter, der får lavet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan (for dem, der fortsat er tilknyttet psykiatrien)
Datakilde	Håndholdt
Kriterier for baseline og opnåelse af mål	Ingen baseline

8.2 Procesindikatorer for børne- og ungepsykiatrien

Ekspertgruppen vurderer, at udarbejdelsen af en Trygheds- og forebyggelsesplan vil være et godt og nødvendigt værktøj med henblik på at forebygge tvang (jf. afsnit 3). Det anbefales, at planerne revideres ofte – men som minimum 1 x årligt.

Obligatorisk indikator for børne- og ungepsykiatrien

Indikator BU1	Der ses en stigning i antal børn og unge i målgruppen, der får udarbejdet en Trygheds- og forebyggelsesplan
Type	Procesindikator – Obligatorisk
Forbedringsretning	Op

Tæller	Antal børn og unge, der får udarbejdet en Trygheds- og forebyggelsesplan
Datakilde	Håndholdt
Kriterier for baseline og opnåelse af mål	Ingen baseline

Frivillige indikatorer for børne- og ungepsykiatrien

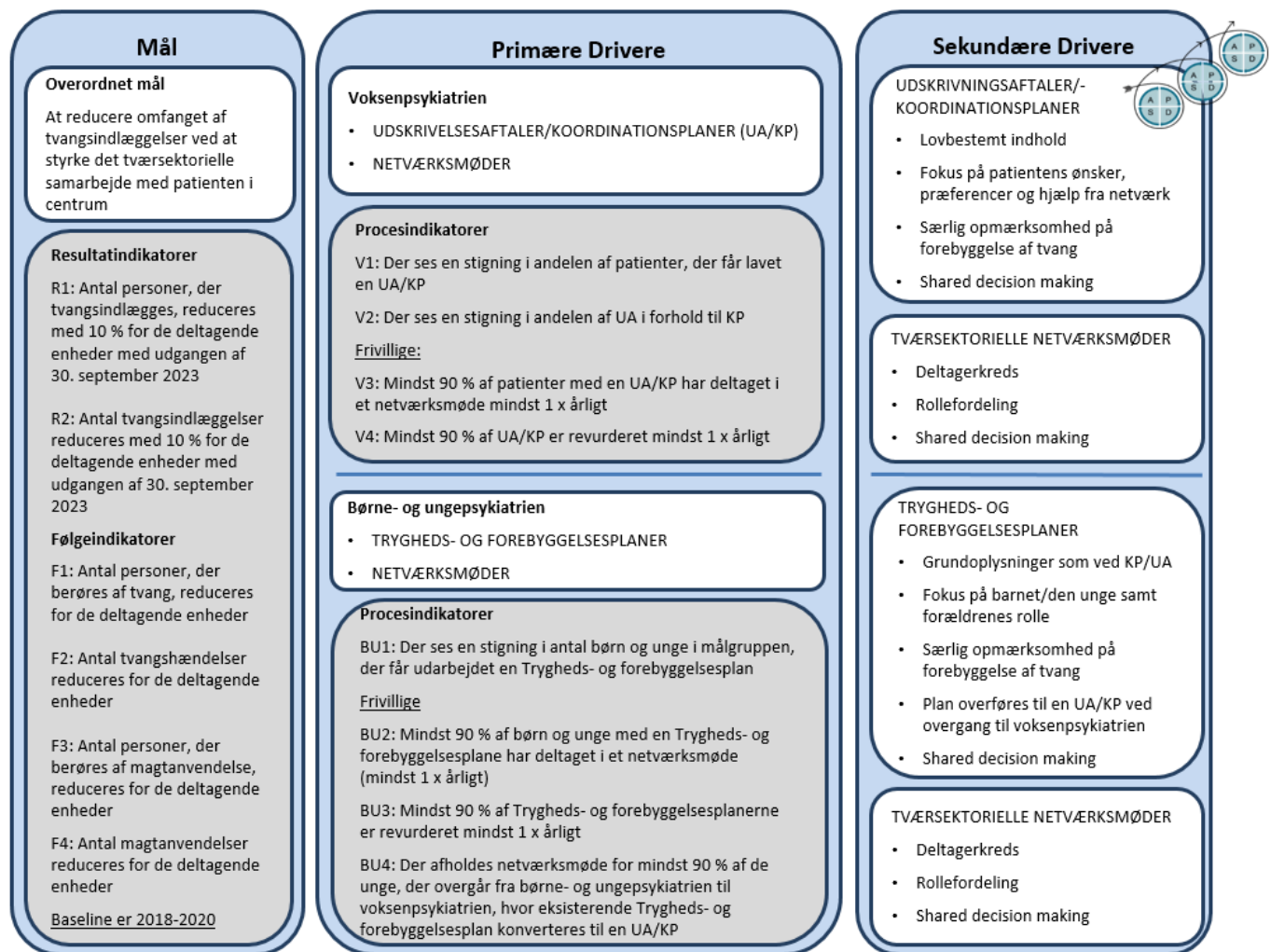
Der er udover den obligatoriske procesindikator udarbejdet efterfølgende tre frivillige indikatorer, som enhederne kan vælge at lade indgå i et auditkoncept, hvis de anser det som givende. På de nationale læringsseminarer planlægges det, at auditmetode og -resultater er en del af de gennemgående drøftelser.

Indikator BU2	Mindst 90 % af børn og unge med en Trygheds- og forebyggelsesplan har deltaget i et netværksmøde (mindst 1 x årligt)
Type	Procesindikator – Frivillig
Forbedringsretning	Op
Tæller	Antal børn og unge, der deltager i et netværksmøde (mindst 1 x årligt) (for de børn og unge, der fortsat er tilknyttet psykiatrien)
Nævner	Antal børn og unge, der har fået udarbejdet en Trygheds- og forebyggelsesplan (for de børn og unge, der fortsat er tilknyttet psykiatrien)
Datakilde	Håndholdt
Kriterier for baseline og opnåelse af mål	Ingen baseline

Indikator BU3	Mindst 90 % af Trygheds- og forebyggelsesplanerne er revurderet mindst 1 x årligt
Type	Procesindikator- Frivillig
Forbedringsretning	Op
Tæller	Antal børn og unge, der får revurderet deres Trygheds- og forebyggelsesplan mindst 1 x årligt (for de børn og unge, der fortsat er tilknyttet psykiatrien)
Nævner	Antal børn og unge, der har fået udarbejdet en Trygheds- og forebyggelsesplan (for de børn og unge, der fortsat er tilknyttet psykiatrien)
Datakilde	Håndholdt
Kriterier for baseline og opnåelse af mål	Ingen baseline

Indikator BU4	Der afholdes netværksmøde for mindst 90 % af de unge, der overgår fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien, hvor eksisterende Trygheds- og forebyggelsesplan konverteres til en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan
Type	Procesindikator- Frivillig
Forbedringsretning	Op
Tæller	Antal unge, der deltager i et netværksmøde og hvor deres Trygheds- og forebyggelsesplan konverteres til en UA/KP
Nævner	Antal unge med en Trygheds- og forebyggelsesplan, der overgår til voksenpsykiatrien
Datakilde	Håndholdt
Kriterier for baseline og opnåelse af mål	Ingen baseline

9. Driverdiagram



10. Organisering af LKT Tvang

Ekspertgruppen anbefaler, at LKT Tvang forankres i psykiatrien trods et indlysende tværsektorielt fokus. Det skyldes den eksisterende ledelses- og lovgivningsmæssige ramme, hvor ansvarsplacering, deling af data, adskilt kompetenceudvikling osv. kan udfordre. Det er dog vigtigt at understrege, at opgaven skal løses tværsektorielt. Psykiatrien har således initiativpligten i forhold til at invitere de relevante samarbejdspartnere ind i det lokale LKT-samarbejde.

Alle fem regioner inviteres til at deltage i det tværsektorielle LKT. Da der tages udgangspunkt (for de voksne) i de lovbestemte udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, er der allerede i dag et eksisterende tværsektorielt samarbejde, der ønskes styrket. Det gælder også for det eksisterende samarbejde på børne- og ungeområdet. Det er i det tværgående relationelle samspil, at der er størst mulighed for at forebygge og nedbringe tvang. Ekspertgruppen anbefaler, at indsatsen afgrænses til følgende:

Psykiatrien i hver region initierer, at der etableres to teams (ét for voksenpsykiatrien og ét for børne- og ungepsykiatrien), hvor både sengepsykiatri og den ambulante psykiatri er tænkt ind. Det anbefales, at de deltagende enheder findes indenfor:

- psykiatriske enheder, hvor der ses et forebyggelsespotentialt ift. særligt tvangsindlæggelser

- sengeafsnit, ambulatorier og bosteder/døgntilbud, som naturligt samarbejder om patienter i målgruppen

Det anbefales, at de deltagende enheder og bosteder/døgntilbud ikke i forvejen er optaget af andre omfattende projekter (fx satspuljeprojekter), hvis det vil begrænse de lokale ressourcer til LKT Tvang.

10.1 Lokal forberedelse

Den lokale ledelse for det deltagende LKT har følgende centrale opgaver:

- Sammensætte det lokale tværsektorielle forbedringsteam (teamet skal sammensættes i god tid inden første læringsseminar)
- Udpege en tovholder fra hhv. den regionale psykiatri og fra den kommunale sektor (to tovholdere i alt)
- Sikre konstant fokus, relevant involvering og vidensspredning
- Sikre at relevant personale er uddannet/opdateret i fælles beslutningstagning som tilgang (temasættes også på første ledelses- og læringsseminar)

I relation til fælles beslutningstagning skal det lokalt afklares, om der er behov for, at der tilbydes undervisning og træning i forbindelse med igangsættelsen af LKT Tvang. Det tværsektorielle og forpligtende fællesskab, samarbejdskulturen samt den kultur, der opleves i forbindelse med kontakten, omsorgen og behandlingen af patienten er altafgørende for at lykkes. Denne kulturforandring vil bl.a. blive påvirket af fælles kompetencer, fælles sprog og fælles ejerskab i det tværsektorielle samarbejde. Forud for at det kan lykkes, ligger en stor ledelsesmæssig opgave i at etablere et forpligtende samarbejde på tværs af sektorer (jf. afsnit 3).

Det er svært at anslå, hvor stort et tidsforbrug, den enkelte tovholder eller medlem af forbedringsteamet skal bruge. Det kan variere efter teamets størrelse, målgruppe, organisering mm. Desuden vil tidsforbruget variere i løbet af projektperioden. Der bør derfor løbende sættes tid af til drøftelse mellem teamets medlemmer og de relevante ledelser, så der sikres tid til opgaven.

Tovholderfunktion

Tovholderne fra den regionale psykiatri og den kommunale sektor er særdeles vigtige i LKT Tvang. De to tovholdere skal indgå i det lokale LKT-team og har følgende opgaver:

- Støtte ledelsen i etableringen af et lokalt tværsektorielt og tværfagligt forbedringsteam
- Initiere at der indenfor egen sektor informeres lokalt om LKT Tvang - herunder målgruppen
- Initiere indsamling af data i forhold til resultat, - følge- og procesindikatorer. Tovholder for den kommunale sektor har ansvaret for at indsamle data for de kommunale følgeindikatorer, mens den regionale tovholder har ansvaret for at indsamle de resterende data
- Deltage i læringsseminarer og eventuelle virtuelle møder målrettet tovholderne (for at skabe læring og inspiration på tværs af de deltagende teams)
- Sørge for at status og data sendes til Region Nordjylland, når der skal udarbejdes status til fx LKT-styregruppen

Forbedringsteamet

Forbedringsteamet har det praktiske lokale ansvar for forbedringsarbejdet og sikrer, at de aftalte indsatser sker. Lokale forbedringsteams sammensættes, så relevante faggrupper så vidt muligt indgår. Daglige ledere/kliniske beslutningstagere bør indgå eller have en tæt tilknytning til forbedringsteamet (bilag 4 skal udfyldes).

Det lokale forbedringsteam skal have en størrelse, som sikrer, at det kan fungere effektivt. Derfor bør det ikke være for stort. Teamet skal være tværsektorielt, og det er nødvendigt med patient-/pårørendeinddragelse. En mulighed er at lave et mindre forbedringsteam, der inddrager relevante parter ad hoc. Ydermere er det vigtigt med en stærk faglig og organisatorisk ledelsesforankring i teamet.

EKSEMPEL på relevante deltagere:

- De to tovholdere fra hhv. regional psykiatri og den kommunale sektor (kan fx være kvalitetsmedarbejdere)
- Faglige repræsentanter fra den regionale psykiatri
- Faglige repræsentanter fra den kommunale sektor
- Patient- eller pårørenderepræsentanter
- Daglige ledere/afsnitsledere og kliniske eksperter
- Praksiskonsulent, hvis det vurderes relevant
- Andre, som er relevante i forhold til teamets målgruppe

Inden første læringsseminar skal teamet:

- Indsamle baseline data
- Igangsætte lokale arbejdsgangsanalyser
- Gennemføre e-læringskurset med henblik på grundlæggende viden om forbedringsmetoder, afhængig af om lokale forbedringskompetencer allerede er til stede <http://forbedringsmodellen.dk/>

Der er på tværs af regioner og hospitaler stor forskel på mødefora, strukturer, interessenter og systemer.

De forskellige regioner har allerede en praksis i forhold til afholdelse af netværksmøder, hvilket de deltagende LKT-teams skal forholde sig til. Det er særdeles vigtigt, at der arbejdes ud fra de principper, der er gældende lokalt.

I implementeringen af LKT Tvang er det oplagt at anvende de klynger, der er etableret omkring akuthospitalet i regi af Sundhedsaftalerne. Det er klynger, der består af akuthospital samt kommuner og almen praksis i akuthospitalets optageområde. Klyngerne har en vigtig rolle i forhold til at implementere, udvikle og afprøve indsatser, som region, kommune og almen praksis har aftalt i fællesskab (læs mere om klyngerne [her](#) (28)). Det er nødvendigt for en god implementering af LKT Tvang, at de tværsektorielle deltagere kender projektet – og kan kommunikere ud herom i eget bagland.

10.2 Data i projektet og IT-understøttelse

Det er vigtigt, at forbedringsteams og dataansvarlige er koblet til psykiatriens eller regionens kvalitetsorganisation med henblik på sparring og support. Det vil være nødvendigt, at kvalitetsorganisationen har ressourcer til at understøtte projektet på samtlige deltagende enheder. Funktionen skal kunne varetage/supportere:

- Oprettelse af målediagrammer
- Indtastning af data/produktion af diagrammer
- Produktion af månedsrapporter til brug i de regionale ledergrupper samt til vidensdeling med andre forbedringsteams

Datakilder er egne IT-systemer. Der skal afsættes tid til at indsamle data til de løbende afrapporteringer, når data ikke kan trækkes centralt.

11. Ledelses- og læringsseminarer

Som del af den nationale LKT afholdes nationale læringsseminarer med henblik på opnåelse af nødvendige forbedrings- og datakompetencer, deling af erfaringer samt med det formål at skabe fælles viden og at lære af hinanden. Repræsentanter fra de ti (fem x to) lokale forbedringsteams samt evt. repræsentanter fra kvalitetsorganisationen deltager i de nationale læringsseminarer.

Der planlægges afholdelse af ét fælles lærings- og ledelsesseminar, ét selvstændigt læringsseminarer og ét afsluttende fælles lærings- og ledelsesseminar undervejs i projektet. Kvalitetsudvikling/-forandring kræver ledelsesopbakning. Derfor er der i LKT Tvang fokus på ledelsesdelen, hvorfor ledelsen inviteres med til to ud af de tre seminarer. Ved de to fælles ledelses- og læringsseminarer vil noget af indholdet være fælles, mens andet vil være opdelt i hhv. en ledelsesdel og en del for de lokale LKT's.

Det første ledelses- og læringsseminar afholdes den 30. november til 1. december 2021.

Seminarer



4. kvartal 2021 (kick-off) 30. november til 1. december	Ledelses- og læringsseminar, Kolding
2. kvartal 2022	Læringsseminar
2. kvartal 2023 (afsluttende)	Ledelses- og læringsseminar

Udover ledelses- og læringsseminarer overvejes muligheden for at afholde virtuelle møder målrettet tovholderne for at skabe læring og inspiration på tværs af de deltagende teams i de mellemliggende perioder.

12. Tidsplan

I den følgende oversigt ses tidsplanen for LKT Tvang. Planen skal læses med forbehold for ændringer undervejs.

Tidsplan LKT Tvang

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

13. Afrapporteringer og videre forløb

Der afrapporteres en til to gange årligt til Styregruppen for LKT. Den nationale projektledelse i Region Nordjylland er ansvarlig herfor, men de enkelte regioner skal bidrage med data samt tolkning af resultater og fremdrift.

Som udgangspunkt løber projektet over to år, hvorefter det overgår til drift. Efter halvandet år vurderer Styregruppen for LKT den samlede fremdrift i projektet og resultater af indsatsen. Styregruppen vurderer herefter, om projektet afsluttes indenfor planlagt tidsramme, forlænges, overdrages til andet regi eller andet. Inden LKT Tvang afsluttes, vil både de deltagende enheder og ekspertgruppen skulle bidrage til en evaluering af de opnåede resultater samt metoder og proces.

14. Litteratur

- (1) [Danske Regioner, Lærings- og kvalitetsteams](#)
- (2) [Bekendtgørelsen af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.](#)
- (3) [Serviceloven](#)
- (4) Socialstyrelsen [Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse \(2018\)](#)
- (5) Huckshorn, K.A. rev. Et overblik over de seks kernestrategier til reduction af fysiske tvangsforanstaltninger (oversat af Bak. J), 2006
- (6) [Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelse](#)
- (7) Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspect Psychiatr Care* 2014 Jul;50(3):155-66
- (8) Bak J, Zoffmann V, Sestoft D, Almvik R, Siersma VD, Brandt-Christensen M. Comparing the effect of non-medical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nord J Psychiatry* 2015;69(6):1715-25
- (9) Wykes T, Csipke E, Williams P, Koeser L, Nash S, Rose D, et al. Improving patient experiences of mental health inpatient care: a randomised controlled trial. *Psychological Medicine* 2018;48(3):488-97
- (10) Hirsch S, Steinert T. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt International* 2019;116(19):336
- (11) Hvidhjelm J. Forebyggelse af aggression og vold på psykiatriske afsnit via struktureret risikovurdering. Evaluering af Brøset Violence Checklist i Danmark. Copenhagen: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen; 2015
- (12) Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(1):44-50
- (13) Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatr Serv* 2011;62(11):1310-7
- (14) Van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):473-8
- (15) [Regeringen. Vi løfter i fællesskab. En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025, september 2018](#)
- (16) [Socialstyrelsen, LA2 Metodemanual til forebyggelse af vold og fremme af trivsel på botilbud](#)
- (17) Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMj*. 2004;329(7458):136
- (18) Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Views of service users and providers on joint crisis plans. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44(5):369
- (19) Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Barriers to shared decision

making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*. 2016;19(2):448-58

(20) [Center for Fælles Beslutningstagning](#)

(21) [Monitorering af tvang i psykiatrien juli 2019 – juli 2020](#)

(22) Bone, J. K., et al. (2019). "Psychosocial Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Rapid Evidence Synthesis." *EClinicalMedicine* 10: 58-67

(23) de Jong, M. H., et al. (2016). "Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis." *JAMA psychiatry*

(24) [Psykiatriloven, Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.](#)

(25) [VEJ nr 9554 af 10/08/2020; 8. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner](#)

(26) [Sundhedsstyrelsen, Monitorering af tvang i psykiatrien](#)

(27) [Nasjonal Kompetansetjeneste ROP, af Remmers Van Veldhuizen 2013 Groningen, Nederland, FACT Flexible Assertive Community Treatment, visjon, modell og organisering av FACT-modellen](#)

(28) [Danske Regioner, Fakta om sundhedsvæsenet, fakta-ark klynger 2018](#)

(29) [Sundhedsloven](#)

(30) [Forvaltningsloven](#)

14.1 Supplerende litteratur

Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? □ A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care* 2011;48:83-94

Barnett P, Mackay E, Matthews H, Gate R, Greenwood H, Ariyo K, et al. Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *The Lancet Psychiatry* 2019;6(4):305-17

Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2018;5(12):1013-22

Berring LL. Deeskalering - håndtering af vold og forebyggelse af tvang på psykiatriske afdelinger. Et handlingsorienteret aktionsforskningssamarbejde. Odense: D; 2015

Bone JK, McCloud T, Scott HR, Machin K, Markham S, Persaud K, et al. Psychosocial Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Rapid Evidence Synthesis. *EClinicalMedicine* 2019;10:58-67

Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2011;62(5):477-83

Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015;52(9):1412-22

de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2016

Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E. Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. *Psychiatr Res* 2012;Early online

[Hanamm J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making I psychiatry, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003](#)

Norredam M, Garcia Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121(2):143-51

Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;64(9):850-5

Bilag 1: Medlemmer af ekspertgruppen

Formandskab

- Tina Gram Larsen, lægefaglig direktør, Psykiatrien, Region Nordjylland

Medlemmer

Region Nordjylland

- Jan Mainz, direktør for patientforløb og kvalitet, professor, Psykiatrien, Region Nordjylland (forbedringsekspert)
- Jens Ravnholt Pedersen, udviklingschef, Kvalitet og Forretningsprocesser, Region Nordjylland
- Karin Kristoffersen, leder for sygeplejefaglig udvikling, Klinik Psykiatri Nord, Psykiatrien, Region Nordjylland

Region Midtjylland

- Anders Lindelof, overlæge, Regionspsykiatrien Randers
- Lars Abraham Thiele, psykiatrisk sygeplejerske og projektleder, Børne- og Ungdomspsykiatrien, Aarhus Universitetshospital Skejby
- Zywia Anna Brouer, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Horsens (forbedringsekspert)

Region Sjælland

- Andreas Lund Munk, overlæge, Psykiatrien Øst
- Annette Anbert, ledende psykolog, Børne- og Ungdomspsykiatrien
- Connie Pedersen, afdelingssygeplejerske, Psykiatrien Syd

Region Hovedstaden

- Jesper Bak, sygeplejerske, forskningsleder, Psykiatrisk Center Sankt Hans
- Louise Rasmussen, klinikchef og læge
- Nana Stengade Troelsgaard, ledende terapeut (indtrådt i gruppen efter Saleem Mansour, marts 2021)

Region Syddanmark

- Malene Paaby, overlæge
- Petra Lehel, ledende overlæge, FAM Sygehus Sønderjylland Aabenraa (barsel fra april 2021)

Øvrige medlemmer

- Cecilie Elmira Sørensen, pårørenderådgiver, Bedre Psykiatri
- Dorte Johansen, oversygeplejerske, Sundhedsdatastyrelsen
- Erik Mønsted Pedersen, patientrepræsentant, Landsforeningen for Psykisk Sundhed (SIND)
- Lena Sølling, leder af regional boform, socialpsykiatrisk bo-, behandlings-, og rehabiliteringstilbud, Brøndbyvester, Region Hovedstaden

- Lene Høegh, ledende overlæge, Psykiatrisk Afdeling Aabenraa Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS)
- Linda Hardisty Bramsen, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)
- Morten Orth, leder af Praksiskonsulentordningen, Nord-KAP (ad hoc)
- Nanna Keiding Petersen, fuldmægtig, Sundhedsdatastyrelsen (indtrådt i gruppen efter Sheila Kristensen, marts 2021)
- Preben Bøgelund, centerchef, Center for Bo-området, Aarhus Kommune
- Sara Korngut, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen

Nationale tovholdere og sekretariat

- Birte Kloch Frederiksen, specialkonsulent, Kvalitet & Forretningsprocesser, Region Nordjylland
- Mette Alsbjerg Jensen, kvalitetskoordinator, Psykiatrien, Region Nordjylland

Yderligere bidragsydere i arbejdsgrupper og/eller som sparringsdeltagere på ekspertgruppemøder

- Anette Ernst Seehusen, konsulent, Region Hovedstadens Psykiatri
- Dorte Bagger, chefkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden
- Henrik Løwe Christiansen, specialkonsulent, Region Midtjylland
- Jan Kristensen, klinikchef, Børne- og ungepsykiatrien, Region Hovedstaden
- Lise Holten, chefkonsulent, Kommunernes Landsforening
- Louise Lunde Dinesen, udviklingskoordinator, Region Midtjylland
- Susse Kolster, konsulent, Kommunernes Landsforening
- Tina Jacobsen, udviklingschef, Børne- og ungepsykiatrien, Region Hovedstaden
- Tina Levysohn, chefkonsulent, Kommunernes Landsforening
- Trine Malver, souschef og chefpsykolog, Holmstrupgård, Region Midtjylland

Bilag 2: Vidensgrundlag – Tvangsforebyggelse (vedlagt)

Bilag 3: Deling af oplysninger på tværs af sektorer – Lovgrundlag

Samarbejde på tværs af regioner og kommuner beror på forskellige lovgivninger på sundheds- og socialområdet, herunder Sundhedsloven, Forvaltningsloven, Lov om social service samt Psykiatriloven. Den sundhedsfaglige indsats omfatter jf. Sundhedsloven forebyggelse, udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering. Lov om social service omfatter, at kommunerne skal tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer samt tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggelsessigte.

Sundhedsloven kap. 9 (29) og Forvaltningsloven kap. 8 (30)/Persondataforordningen fastsætter, at udveksling af personfølsomme oplysninger kræver patientens samtykke. For børn og unge under 15 år gælder, at samtykket gives af forældremyndighedsindehaveren.

Myndigheden skal kunne dokumentere, at der foreligger et gyldigt samtykke. I samarbejde på tværs af myndigheder og andre aktører skal der i udgangspunktet indhentes et skriftligt samtykke fra patienten. Kravet om skriftligt samtykke kan fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Hvis fx patienten afgiver et mundtligt samtykke, men ikke ønsker at skrive under på noget, kan patientens mundtlige samtykke dokumenteres i journalen, inklusiv begrundelsen for at der ikke er indhentet et skriftligt samtykke. Der bør i forløbet indhentes et skriftligt samtykke, når patienten eventuelt ændrer mening i forhold til at underskrive samtykkeerklæringen.

I visse situationer kan der videregives fortrolige oplysninger uden patientens samtykke efter 'værdispringsreglen' i hhv. sundhedslov og forvaltningslov. Det forudsætter, at det ikke er muligt at opnå patientens samtykke og at videregivelsen: *"... er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre"* (Sundhedsloven §43 Stk.2, 2).

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan således udarbejdes og drøftes tværsektorielt, uden at der behøver at foreligge et samtykke. Det er altid udgangspunktet, at man skal forsøge at indhente samtykke:

"§ 13 c. Den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl."

Det skal understreges, at det alene er de oplysninger, der er nødvendige for indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, som kan videregives uden patientens samtykke. Kun oplysninger, der er af væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling må i ovenstående tilfælde deles. Andre (ikke-relevante) oplysninger skal frasorteres.

Patienten har altid ret til at trække sit samtykke tilbage.

Nedenstående boks er vejledende for, hvordan LKT Tvang projekterne bør forholde sig lovgivningsmæssigt til etablering af tværsektorielle samarbejds møder og udveksling af personhenførbare data.

Forud for indkaldelsen til et tværsektorielt netværksmøde skal patienten, som hovedregel, samtykke til, at mødet finder sted, og at der vil blive udvekslet personfølsomme data på mødet

Hvis en af følgende 3 omstændigheder (A, B eller C) er til stede, kan de tværsektorielle netværksmøder planlægges og afholdes:

- A. Hvis patientens samtykke er skriftligt og samtidig er dokumenteret i den elektroniske patientjournal
- B. Hvis patienten har givet et mundtligt samtykke, fordi vedkommende ikke ønsker at give et skriftligt (fx grundet personlige omstændigheder der gør patienten utryk ved at underskrive dokumenter mv.), og hvor dette er beskrevet i den elektroniske patientjournal (Patienten bør fortsat forsøges motiveret til et skriftligt samtykke)
- C. Hvis det er vurderet, at patienten skal have udformet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. (Det er dog altid udgangspunktet, at patienten bør motiveres til at samtykke, da udvekslingen af personfølsomme data ellers vil være begrænset heraf jf. ovenstående)

Ønsker patienten ikke at give samtykke

Hvis patienten ikke ønsker at give samtykke, er det kun muligt at mødes tværsektorielt og udveksle oplysninger om patienten, hvis der er indikation for at benytte værdispringsreglen

(Patienten bør dog fortsat forsøges motiveret til et skriftligt samtykke)

Tværsektorielt forbedringsteam i LKT Tvang - Medlemsoversigt

- A, B, C og D skal udfyldes med navne og mailadresser

Medlemmer af forbedringsteamet

A: Tovholdere:

Tovholder, regional psykiatri (fx kvalitetsmedarbejder)

Tovholder, kommunal sektor (fx kvalitetsmedarbejder)

Navn	Titel	Ansættelsessted	Mailadresse

B: Regional psykiatri:

Navn	Titel	Ansættelsessted	Mailadresse

Nærmeste leder eller sponsor i forhold til projektet

Navn	Titel	Ansættelsessted	Mailadresse

C: Kommune/kommuner:

Navn	Titel	Ansættelsessted	Mailadresse

Nærmeste leder eller sponsor i forhold til projektet

Navn	Titel	Ansættelsessted	Mailadresse

D: Patient- og pårørenderepræsentanter

Navn	Evt. organisation	Mailadresse

E: Andre relevante aktører

Navn	Titel	Ansættelsessted	Mailadresse

Nærmeste leder eller sponsor i forhold til projektet

Navn	Titel	Ansættelsessted	Mailadresse