

# Anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger



**September 2018**

## **Anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger**

©DEFACTUM®, september 2018

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM  
Koncern Kvalitet  
Region Midtjylland  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Aarhus N

Konsulent Marianne Sigaard Balleby, [marbal@rm.dk](mailto:marbal@rm.dk), tlf. 2475 9006

Konsulent Stina Juel Lancken, [stilan@rm.dk](mailto:stilan@rm.dk), tlf. 2516 3290

# Indholdsfortegnelse

<b>INDLEDNING</b>	<b>1</b>
Baggrund og formål	1
Fokus på selvskade	1
Fremgangsmåden for casebaseret audit	1
Denne rapport	2
<b>ANBEFALINGER</b>	<b>3</b>
<b>DRØFTELSER OG VURDERINGER</b>	<b>5</b>
Akutafdelingens tilgang til patienter med selvskade	5
Samarbejde om patienten	10
Kompetencer hos fagpersoner	13
Panelernes supplerende bemærkninger om forebyggelse	15
<b>METODE</b>	<b>17</b>
Panelsammensætning	17
Patientcases til casebaseret audit	18
Sagsmateriale	19
Vurderingsspørgsmål	19
Mødeform	20
Styrker og forbehold ved den anvendte auditmetode	20



## **Indledning**

### **Baggrund og formål**

I 2017 konstateredes en stigning i antallet af bæltefikseringer i Region Midtjylland. Psykiatri- og Socialledelsen og Direktionen satte derfor et øget fokus på at nedbringe anvendelsen af tvang, herunder bæltefikseringer. I den forbindelse blev det blevet tydeligt, at bæltefikseringer ikke kun var en udfordring i psykiatrien, men at der også i somatikken var sket en markant stigning i løbet af de forudgående 1-2 år. I lyset af nedbringelsen af tvang som en fælles udfordring, besluttede Klinikforum på møde den 27. oktober 2017, at der skulle gennemføres audit af patientforløb, hvor der i somatikens akutafdelinger i 2017 var anvendt bæltefiksering efter psykiatriloven.

Formålet var 1) at afdække årsager til anvendelse af bæltefiksering i de konkrete tilfælde og 2) at bidrage med anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger.

Auditundersøgelsen har bestået af tre trin: I første omgang blev etableret overblik over data om bæltefikseringer i 2017 i somatikken i Region Midtjylland via BI-portalen, hvorefter der blev foretaget opslag af 70 patienters første bæltefiksering i en somatisk akutafdeling i 2017. Journalopslagene viste, at den største gruppe af patienter, der var berørt af bæltefiksering i en somatisk akutafdeling i 2017, var unge piger og kvinder, der var blevet behandlet på grund af forgiftning med paracetamol eller andre former for selvskade. Næsten alle disse patienter med selvskadeproblematikker var kendt i psykiatrien i forvejen og omkring tre fjerdedele boede på bosteder.<sup>1</sup> De første trin af undersøgelsen er siden fulgt op af casebaseret audit af udvalgte patientforløb med henblik på at opfylde formål 2) i ovenstående, nemlig bidrage med anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i akutafdelinger.

### **Fokus på selvskade**

Resultaterne af journalopslagene blev gennemgået af kontaktpersoner fra akutafdelinger og behandlingspsykiatrien. Det blev prioriteret at den kvalitative del af auditundersøgelsen, den casebaserede audit, skulle omhandle bæltefikseringer i forbindelse med behandling af selvskade hos unge piger og kvinder. Argumenterne herfor var, at der på området med selvskadeproblematikker er behov for nytænkning, ligesom området vurderedes at være stigende i omfang.

### **Fremgangsmåden for casebaseret audit**

Casebaseret audit kan kort beskrives som en metode til struktureret vurdering og drøftelse af faglig praksis. Metoden indebærer, at et panel af videnspersoner på området vurderer udvalgte patientforløb ud fra på forhånd definerede vurderingsspørgsmål. I denne casebaserede audit er seks patientsager auditeret på to auditmøder, som blev holdt den 7. og 19. juni 2018.

---

<sup>1</sup> Der henvises i øvrigt til rapporten "Bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger i 2017: Resultater af journalaudit", april 2018. Rapporten blev behandlet på møde i Lederforum for Kvalitet i Region Midtjylland den 20. april 2018.

Auditpanelerne har været sammensat af fagpersoner fra somatiske akutafdelinger, psykiatriske afdelinger, almen praksis, bosteder og politiet. Desuden har der i hvert panel været en repræsentant med brugererfaring. I metodeafsnittet findes yderligere beskrivelse af deltagerne i auditpanelerne, de auditerede patientcases, sagsmaterialet, vurderingsspørgsmålene og auditmødets form.

## **Denne rapport**

Denne rapport er udarbejdet af DEFACTUM på baggrund af referaterne fra de to auditmøder. Rapporten formidles til relevante lederfora i Region Midtjylland. Opbygningen er således, at læseren først præsenteres for en sammenfatning af de anbefalinger, som de to auditpaneler er nået frem til. Herefter følger en gengivelse af udvalgte vurderinger og drøftelser i de to paneler, som ligger til grund for anbefalingerne. Panelerne havde desuden en række bemærkninger om forebyggelse af bæltefikseringer på et mere generelt plan; disse er medtaget i et selvstændigt afsnit. Rapporten afsluttes med det nævnte metodeafsnit.

## Anbefalinger

Nedenstående er en sammenfatning af de anbefalinger, som er udledt af de to auditpanelers drøftelser om forebyggelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger i forbindelse med behandling af selvskade. Anbefalingerne vedrører akutafdelingernes tilgang til patienter med selvskade, samarbejde omkring patienten og fagpersoners kompetencer. Anbefalingerne retter sig mod beslutningsfora i Region Midtjylland og de faglige miljøer i somatiske akutafdelinger og psykiatrien. Da anbefalingerne kredser om temaer som samarbejde, videndeling og fælles forståelse, har de også relevans for bosteder, politi og andre, som har med piger og kvinder med selvskade at gøre.

På baggrund af auditpanelernes drøftelser anbefales:

### **Akutafdelingens tilgang til patienter med selvskade**

1. at akutafdelingen får en bedre overlevering fra bosted, politi eller indlæggende læge om, hvad der er gået forud for den selvskadende handling
2. at akutafdelingerne hurtigt kan få overblik i den elektroniske patientjournal (EPJ) over, om der tidligere har været tvangsforanstaltninger, hvad der tidligere har virket deeskalerende for patienten og aftaler, der er indgået med patienten på for eksempel samarbejds møder eller lignende
3. at personale på bostedet følger med patienten ind på akutafdelingen som tryghedsperson for patienten, med mindre der er en strategi om ikke at deltage i indlæggelsen. Akutafdelingen bør orienteres (eller skaffe viden) om, hvilken strategi bostedet har i forhold til patienten
4. at den faste vagt fra psykiatri eller somatik har faglig viden om selvskadeområdet og kan benytte den tilgang, man har erfaring med virker bedst i det pågældende tilfælde. Personale fra somatisk akutafdeling og fast vagt fra psykiatrisk stamafdeling, som kender patienten, er at foretrække. Det er ønskværdigt, at den faste vagt fra psykiatrien inddrages forebyggende ved alle tvangsindlæggelser
5. at der opnås større viden om mulighederne for at gennemføre den nødvendige somatiske behandling med afsæt i sundhedsloven frem for brug af psykiatrilovens bestemmelser vedrørende bæltefiksering

**Samarbejde om patienten med selvskade**

6. at der for hver patient med gentagen selvskade, der kræver behandling i en akutafdeling, holdes forebyggende samarbejds møder og evaluering af de bæltefikseringer, der måtte have fundet sted. På møderne skal akutafdeling sammen med bosted, psykiatri, politi og evt. andre involverede, herunder patienten selv, gennemgå forløbet med henblik på læring og fremadrettet forebyggelse
7. at der på ovennævnte samarbejds møder udarbejdes en tværgående plan i samarbejde med patienten
8. at det for hvert patientforløb afklares, hvilken af aktørerne der indkalder til samarbejds- og evalueringsmøde. Der bør for patienter med hyppig selvskade og suicidalforsøg udpeges en patientansvarlig læge (PAL) i psykiatrien, som kan have til opgave at indkalde til samarbejds møde. Det anbefales at afsøge muligheder for brug af BI-udtræk til identifikation af patienter i målgruppen for PAL

**Kompetencer hos fagpersoner**

9. at der afholdes fælles temadage om selvskadeproblematikker, hvor patienters oplevelser med selvskade og behandling i somatiske akutafdelinger inddrages, og hvor de involverede aktører får indblik i området og øget forståelse af hinandens perspektiver



## Drøftelser og vurderinger

Under hvert af de tre temaer, akutafdelingens tilgang, samarbejde og kompetencer, beskrives i dette afsnit de drøftelser og vurderinger, der har været på de to auditmøder.

### Akutafdelingens tilgang til patienter med selvskade

Dette tema er det mest omfattende af de tre. Panelernes gennemgang af patientforløbene affødte en lang række drøftelser af, hvad der sker i en akutafdeling, når en pige eller ung kvinde indlægges for at få behandling for en selvskade. Auditdeltagerne havde mange bud på faktorer, der kan være med til at forebygge, at en indlæggelse af disse patienter kommer til at omfatte en bæltefiksering. Generelt udtrykte deltagerne respekt for beslutningerne i akutafdelingerne i forbindelse med de konkrete bæltefikseringer. Overordnet pegede de på, at forebyggelse kræver viden, samarbejde og en individuel tilgang til patienten med selvskadeproblematikker.

### Hvordan patienten bliver mødt i akutafdelingen

Det blev på auditmøderne drøftet, hvorvidt det er muligt at undgå bæltefiksering i en situation, som er så opkørt, at der er tale om rød tvang. "Kører vi bare videre på den røde tvang i stedet for at forsøge at gøre noget andet?", spurgte en deltager fra en akutafdeling. Når en patient kommer ind på røde papirer i en meget opkørt situation, kan det være svært at ændre "mindsettet". Særligt i en patientcase vurderede auditpanelet, at bæltefikseringen kunne være undgået, hvis man havde mødt patienten på en anden måde i selve situationen. Det blev anset for vigtigt, at personalet i akutafdelingen undgår automatik i måden, de møder de selvskadende patienter. Der skal være plads til individuelt tilpassede forsøg på at berolige patienten. En ambassadør fra EN AF OS beskrev, hvordan det kan være af stor betydning, at der for eksempel er en, der tager en i hånden. Formuleringer som "relationel omsorg" og "relation frem for rutine" blev brugt. Patientens behov for omsorg skal ses i lyset af, hvordan en piges eller ungs kvindes affekttilstand og frygt i den opkørte situation under indlæggelse kan betyde, at hendes kognitive niveau er som et barns.

### Sprogbrug og attitude

Sprogbrugen og attituden over for patienterne blev drøftet på begge auditmøder. De fagprofessionelle kan blive trætte, frustrerede og irritable på patienter med selvskadende adfærd. Selv om personalet har svært ved at forstå patientens adfærd, bør dette ikke afspejle sig i sproget. På et møde blev fremhævet et eksempel fra en af journalerne, hvor en læge indleder lægenotatet med "xx-årig selvskader". Der var enighed om, at sådan et eksempel giver indtryk af, at man i højere grad ser diagnosen end mennesket. En paneldeltager udtalte: "Det virker opgivende". Det blev påpeget, at en dårlig attitude hos fagpersonerne kan forstærke selvhadet hos patienten. I den sammenhæng blev nævnt den "forråelse", der kan ske i mødet med disse patienter med svær selvskadende adfærd.<sup>2</sup> En deltager fra psykiatrien pointerede, at der krydses en grænse første gang, der udføres tvang mod en patient.

---

<sup>2</sup> Der blev henvist til psykolog Dorthe Birkmose, som har arbejdet med [begrebet "forråelse"](#), og hvad der kan ske, når de fagprofessionelle ikke forstår og rummer patienten.

### **Vidensperson om selvskade**

Det er vigtigt med generel viden om selvskade i akutafdelingerne, lød det på auditmøderne. I en af de deltagende akutafdelinger havde man en nøgleperson i forhold til psykiatri og samarbejdet om patienterne med selvskade. Der blev også peget på inspiration fra socialsygeplejerskeordningen (blandt andet i Aarhus og Horsens). Det fremgik således, at en vidensperson vedrørende selvskade kan bidrage til en øget forståelse hos personalet og til en helhedsorienteret behandling af de unge piger og kvinder i akutafdelingerne.

### **Viden om patienten i akutafdelingen via patientjournalen**

I akutafdelingen kan viden om den enkelte patient være af relevans for behandlings-samarbejdet med patienten – og for at der kan afsøges andre muligheder end bæltefiksering. Der mangler overblik i patientjournalen, så individuelle hensyn og tilgange til patienten hurtigt kan findes ved en akut indlæggelse af en affektpræget patient. Viden om de selvskadende patienters kognitive niveau blev nævnt som vigtig for kommunikationen med patienten, men at personalet i akutafdelingen ofte ikke er bekendt med patientens kognitive niveau. En deltager fra et bosted supplerede med, at for de patienter, som er i kontakt med psykiatrien, vil patientens kognitive niveau typisk være diagnosticeret og tilgængelig via patientjournalen, men udfordringen er, at den somatiske akutafdeling ikke hurtigt nok kan få oplysninger, som kan danne overblik over patientens situation.

### **Videregivelse af oplysninger om, hvad der er gået forud for indlæggelsen**

Fra akutafdelingerne blev efterspurgt viden om, hvad der er gået forud for indlæggelsen i afdelingen. Der var hos panelerne ikke klarhed om, hvorvidt det vil kræve et samtykke fra patienten, eller om bostedet inden for de givne rammer kan ringe og fortælle akutafdelingen, hvad der er gået forud for indlæggelsen. En deltager fra et bosted fandt det vigtigt at pointere, at akutafdelingen også kan kontakte bostedet for oplysninger om, hvad der er gået forud for indlæggelsen. Politiet nævnte, at de også kan viderebringe deres oplevelser og skøn af situationen ud fra, hvad de har fået fortalt og selv oplevet. Hvis der er tilgængelige oplysninger fra bostedet eller psykiatrisk afdeling vil politiet således kunne overgive disse.

Det blev drøftet, hvorvidt den indlæggende læge kan pålægges at formidle viden om optakten til indlæggelsen. Flere pegede på, at det allerede er vagtlægens opgave, men at akutafdelingen som regel får meget lidt information herfra. Det blev på et af auditmøderne nævnt, at den indlæggende læge benytter de samme "fraser", som ikke beskriver situationen ret godt, og dermed ikke giver akutafdelingen de korrekte informationer at arbejde ud fra. Det er for eksempel ikke nok til at indlægge på røde papirer, at man ikke kan "rumme" patienten på et bosted. Det skal, mente dette panel, dokumenteres korrekt, hvad den reelle årsag til tvangsforanstaltningen er. Samme panel pegede på, at dokumentationen i de tre patientcases var af varierende kvalitet. I en patientcase var tvangspapirerne ikke udfyldt korrekt og i en anden sag var behandlingsplanen flere år gammel. Panelet drøftede erfaringer, de hver i sær havde fra situationer, hvor de røde papirer ikke var udfyldt korrekt.

### **Hvad har tidligere virket beroligende**

For de piger og kvinder, som har en historik med tilbagevendende selvskade og behandling i akutafdelingen, vil det være gavnligt for akutafdelingen at kunne se, hvilken tilgang der tidligere har virket beroligende, hvilke ønsker patienten har haft til behandling med videre. Fra akutafdelingerne blev fremsat ønske om, at de fagpersoner, som patienten kender bedst i psykiatrien eller på bostedet i "fredstid", aftaler med patienten, hvordan patienten gerne vil behandles i tilfælde af selvskade, og at akutafdelingen får adgang til disse aftaler gennem patientjournalen. Det blev på et af auditmøderne drøftet, om den nye funktionalitet i EPJ, som hedder POP (Problem Orienteret Plan) vil kunne give hurtigt indblik i, om tvang er en del af patientens problemstilling, og hvad der før har virket konstruktivt for patienten; kædedyne, en hånd på armen eller andet.

Det fremgår således, at akutafdelingen vurderer, at de vil kunne bruge viden om patienten og om det aktuelle hændelsesforløb til at deeskalere en tilspidset situation og måske derigennem undgå en bæltefiksering af patienten. Der fremstår imidlertid uklarhed omkring, hvorfra og hvordan akutafdelingen får denne viden i den akutte situation.

### **Bostedets rolle under indlæggelsen**

I begge paneler blev det efterspurgt, at bostedspersonale kommer med patienten ind på akutafdelingen. Panelerne vurderede, at bostedspersonalets tilstedeværelse kan være vigtig for at skabe tryghed for patienten, og at bostedspersonalet er ressourcepersoner for akutafdelingen, fordi de kender patienterne og deres handle-mønstre. Det blev nævnt, at de i akutafdelingen kan lære meget om at tilgå patienten ved at se, hvordan bostedsmedarbejderne kommunikerer med patienten.

Begge paneldeltagere fra to forskellige bosteder gjorde opmærksom på, at der er tilfælde, hvor det er en bagvedliggende strategi fra bostedets side, at personalet *ikke* tager med patienten på akutafdelingen. Forklaringen er, at det kan få negativ betydning i forhold til relationen mellem patient og bostedspersonalet. I et af bostederne var det beskrevet i deres retningslinje, at beboeren som hovedregel følges af personale fra egen afdeling, mens det fra det andet bosted blev beskrevet, at de har stor opmærksomhed på, hvornår kontakt og omsorg bedst gives.

Det blev af paneldeltagerne påpeget, at de øvrige parter omkring patienten har brug for at kende strategien i bostedet, da det for dem kan virke u hensigtsmæssigt, at bostedet er fraværende under indlæggelsen.

### **Forskellige syn på somatikens vidensbehov**

Hvor akutafdelingerne efterspurgte flere oplysninger og et tættere samarbejde om patienten, lød det fra en af deltagerne fra et bosted, at de nok ofte ser somatikken som et delelement, der kun skal tage sig af det somatiske. Denne deltagers perspektiv var, at nogle af disse sager er ekstremt svære og komplicerede, og at akutafdelingen nogle gange må acceptere dette og behandle patienten uden at vide alt om dem. De øvrige deltagers generelle budskab var, at mere omfattende videndeling vil styrke akutafdelingens tilgang til patienten og øge mulighederne for forebyggelse af bæltefikseringer.

### **Fast vagt med kendskab til patienten**

Der var enighed i panelerne om, at en fast vagt i nogle tilfælde vil kunne deeskalere en opkørt situation. Det kræver dog en vagt med de rette kompetencer til deeskalering, hvilket kan mangle hos de vikarer eller studerende, som ofte bruges som fast vagt. Uanset om den faste vagt er fra somatikken eller psykiatrien, bør overvejes, hvem der vil være bedst til opgaven. Kendskabet til patienten har betydning for, at akutafdelingen kan modvirke, at en situation eskaleres, vurderede panelerne. For patienter, der ofte kommer i akutafdelingen, kan det være en fordel, hvis de samme medarbejdere møder patienten i akutafdelingen. En deltager fra psykiatrien sagde om en af patientsagerne, hvor den aktuelle bæltefiksering formentlig ikke kunne være undgået, at med en fast vagt og ensartet tilgang til patienten, vil bæltet måske kunne undgås "den tiende gang", patienten indlægges i akutafdelingen. Repræsentanterne fra EN AF OS fremhævede begge, at patienter med gentagne indlæggelser har brug for at blive mødt af kendt personale, idet det kan være med til at skabe tryghed for patienten.

### **Psykiatriens rolle i forebyggelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger**

Ifølge auditdeltagerne er det desuden ønskværdigt, at den faste vagt fra psykiatrien kender patienten. Repræsentanten fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Risskov gjorde opmærksom på, at BUC stiller med fast vagt i de tilfælde, hvor unge under 18 år tvangsindlægges. Vagten fra BUC vil oftest være kendt personale fra stamafdelingen og har til formål at deeskalere og forsøge at undgå, at tvangen også kommer til at omfatte brug af bælte. En overlæge fra BUC nævnte en episode fra psykiatrisk afdeling, hvor personalet bevidst undlod at tage bælte med til somatisk afdeling - og i situationen undgik at benytte bæltet. Der fremkom ønske om, at psykiatrien bidrager med personale ved alle tvangsindlæggelser, så psykiatrien kan bidrage til at forebygge, at en opkørt situation eskaleres og en bæltefiksering bliver nødvendig. Det fremgik imidlertid, at kendskabet til patienten bedre kan bringes i spil i børne- og ungdomspsykiatrien og i de mindre hospitalsenheder. Det blev beskrevet, hvordan det i psykiatrien AUH Risskov ofte er den, man bedst kan undvære, der kører til somatikken fra et mere eller mindre tilfældigt afsnit ud af psykiatriens otte akutte modtageafsnit. Så sandsynligheden for godt kendskab vil derfor naturligt være lavere.

Der blev således peget på psykiatriens rolle i forhold til, at erfarne medarbejdere kan bidrage til forebyggelse af bæltefikseringer i akutafdelingerne. Psykiatriens rolle blev også fremhævet i forbindelse med den mere langsigtede forebyggelse i form af at sikre samarbejde og videndeling om de patienter, som er kendte i psykiatrien og som ofte behandles i akutafdelingerne for selvskaade. Der henvises til afsnittet om samarbejde, som blandt andet omhandler psykiatriens koordinerende rolle.

### **Samtykke til behandling**

I forhold til akutafdelingens tilgang til patienterne med selvskaade drøftede begge paneler flere gange spørgsmålet om patientens samtykke til behandlingen. Samtykket til behandling tages ofte meget bogstaveligt, og patienten spørges til alle delelementer af behandlingen. Det blev beskrevet, hvordan dialogen med patienten i nogle tilfælde forværres, når patienten bliver bedt om samtykke. Nogle gange drejer det sig om at tilgå patienten anderledes; igangsætte den livsnødvendige behandling "uden at spørge for

meget", som det blev formuleret i et af panelerne. Hvis patienten gør modstand og for eksempel vil seponere NAC-droppet<sup>3</sup> kan man nogle gange fastholde patienten i behandlingen uden brug af tvang ved at holde roligt på patientens hånd. Flere deltagere vurderede, at det kan være vanskeligt for patienten at tage behandlingsmæssige beslutninger i den svære situation, hvor patienten befinder sig i affektpræget tilstand. En ambassadør fra EN AF OS havde også oplevet, at det kan være vanskeligt at få mange spørgsmål i den opkørte situation og sagde: "Man har allerede taget stilling til mange forskellige ting, når man indlægges. Hvis man også skal beslutte, om man vil modtage behandling, bliver det for meget". Ambassadøren anbefalede, at behandlingen igangsættes så hurtigt som muligt, så man ikke når at tænke for meget over behandlingen.

Begge paneler drøftede muligheden for at anvende sundhedsloven<sup>4</sup> i stedet for psykiatriloven i de situationer, hvor en situation er ved at eskalere og bæltefikseringen finder sted. Der blev efterspurgt viden om, at nødvendig behandling kan iværksættes med hjemmel i sundhedsloven. En deltager bemærkede, at der vil være tilfælde, hvor patienten gør modstand og vil forlade afdelingen, hvorved bæltefiksering efter psykiatriloven kan være umulig at undgå.

Spørgsmål om samtykke optog således deltagerne. Det fremgik, at fasthed og beslutsomhed kan være virkningsfuldt i nogle tilfælde, mens det for andre patienter kan være en trigger, der forværrer samarbejdet. Her vil en dialog om forskellige muligheder for behandling kunne skabe samarbejde om behandlingen. I den forbindelse blev mindre indgribende behandling mod paracetamolforgiftning end NAC-droppet drøftet. Behandlingen skaber i mange tilfælde nogle opkørte situationer, både ved opstart og undervejs, hvor patienten kan finde på at ville tage droppet ud under den langvarige behandling. Behandlingen kan derfor føre til bæltefiksering. Der var forskellige holdninger på auditmødet til mulighederne for at afvige fra retningslinjerne vedrørende behandling af paracetamolforgiftning. Det blev også drøftet, hvorvidt NAC-droppet kan gives i psykiatrisk afdeling, hvis det øger patientens tryghed i forbindelse med behandlingen; om denne mulighed var der også varierende perspektiver (se mere herom i afsnittet om samarbejde). Et panel drøftede desuden muligheden for brug af beroligende medicin. Hvor nogle så det som et muligt alternativ bæltefiksering, forholdt andre sig kritisk til at anvende beroligende medicin som led i tvangsbehandling af legemlig lidelse.

Uenigheder og forskelle til trods blev slået fast, at det handler om, hvad der virker i den enkelte patients tilfælde, og at der bør tages hensyn til, hvad patienten udtrykker eller tidligere har udtrykt ønske om. De konkluderende betragtninger i begge auditpaneler var, at det er yderst individuelt, hvad der kan berolige og skabe mulighed for behandling i forbindelse med selvskade.

---

<sup>3</sup> NAC-drop er den medicinske behandling, som gives intravenøst ved [paracetamolforgiftninger](#). Behandlingen gives de patienter, som indlægges og anfører, at de har indtaget paracetamol. Det anbefales, at NAC-drop gives over mindst 20 timer.

<sup>4</sup> Sundhedslovens § 19: Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

### **Opsummering: Akutafdelingens tilgang til patienter med selvskade**

Viden om patienten og en individuel tilgang har betydning for behandlingssamarbejdet – og for at der kan afsøges andre muligheder end bæltefiksering. Der efterspørges bedre overlevering fra indlæggende læge, bosted, politi eller andre om, hvad der er gået forud for indlæggelsen. Et bedre overblik i patientjournalen vil desuden betyde, at der hurtigt kan etableres viden om patienten.

Det efterspørges, at personale fra en patients bosted deltager under indlæggelsen som tryghed for patienten, ligesom de kan være ressourcepersoner for personalet i akutafdelingen.

En fast vagt vil ofte kunne deeskalere en opkørt situation, og en tidlig inddragelse af erfarent personale fra psykiatrien kan bidrage.

Der efterspørges mere viden om behandling for selvskade med afsæt i sundhedsloven.

### **Samarbejde om patienten**

Som det fremgår af ovenstående, var videndeling og samarbejde et vigtigt tema hos auditdeltagerne i forhold til akutafdelingernes indsats over for patienterne. Begge paneler vurderede, at den tværfaglige koordinerede indsats kan forbedres for denne patientgruppe. Mere videndeling og samarbejde om patienterne på den lange bane vurderedes at kunne bidrage til bedre forløb for patienterne, og dermed være med til at nedbringe bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger.

### **Tværgående samarbejds møder og handleplan med patienten**

Deltagerne vendte flere gange tilbage til behovet for samarbejds møder mellem klinikere, bosted, politi eller andre relevante aktører, herunder gerne med deltagelse af patienten, hvor der kan laves en individuel behandlings- eller handleplan.

Bostedets og psykiatriens samarbejde blev fremhævet som relevant for mange af patienterne med selvskade. Det blev nævnt, at samarbejdet mellem bosted og psykiatri især fungerer godt i de tilfælde, hvor der er afholdt samarbejds møder og udarbejdet en fælles handleplan om og sammen med den enkelte patient. Her blev bemærket, at handleplanen skal skrives i et for patienten forståeligt sprog og skrives i samarbejde med patienten. Det fremgik, at børne- og ungdomspsykiatrien samt voksenpsykiatrien i Horsens har et udbygget samarbejde med deres lokale bosteder om de svært stillede patienter, og herunder patienterne med selvskadeproblematikker.

### **Forskellige vilkår i regionen for samarbejde mellem psykiatri og bosted**

I forbindelse med audit af patientforløbene kom frem, at voksenpsykiatrien AUH Risskov har sværere ved at etablere et udbygget samarbejde mellem psykiatri og bosted i en ofte kaotisk hverdag med mange forskellige behandlingsafsnit, hvor adskillige fagpersoner kan være involveret i en patients behandling. Deltageren fra Regionspsykiatrien Horsens anerkendte problematikken. Hos dem har det tætte samarbejde for eksempel betydet, at

de i enkelte tilfælde har planlagt en indlæggelse, hvis det faste personale har haft fri på grund af en personaledag eller andet. Erfaringen i Horsens er, at en kortvarig indlæggelse kan forebygge en krise hos de mest sårbare patienter - og dermed undgå en længerevarende indlæggelse.

### **Evaluering af bæltefikseringer**

Panelerne fremhævede, at der som med andre bæltefikseringer bør følges op på en bæltefiksering i somatisk akutafdeling. Evalueringen af en bæltefiksering kan bidrage til fælles læring og fremadrettet forebyggelse. Holdningen i panelerne var, at det er vigtigt at have et kritisk blik på sig selv. Alle involverede kan bidrage til evalueringen: akutafdelingen, bostedet, psykiatrien, vagtlæge, politi og eventuelle andre. Hvis det er muligt, skal patienten selv bidrage til evalueringen.

Det blev beskrevet som en fordel, at man i "fredstid" evaluerer et hændelsesforløb sammen med patienten og får lagt en fremadrettet handleplan. Blandt andre repræsentanten fra EN AF OS opfordrede til, at patienten selv er med til at definere, hvordan patienten gerne vil mødes i akutafdelingen en anden gang - og hvad der skal stå herom i patientjournalen. Akutafdelingerne så som tidligere nævnt gerne, at de via journalen kan få indblik i patientens erfaringer og ønsker til behandling i forbindelse med selvskade.

En paneldeltager fortalte, at de i Regionspsykiatrien Viborg har gode erfaringer med at afholde et "review" efter en bæltefiksering.<sup>5</sup> Formålet er at analysere forløbet op til og i forbindelse med bæltefikseringen med henblik på at finde frem til aftaler og handlinger, som kan forebygge ny fiksering eller, hvis det ikke er muligt, så gøre forløbet så mildt og kortvarigt som muligt. De er i gang med at inddrage somatikken i disse reviews af bæltefikseringer.

På begge auditmøder blev den lovpligtige eftersamtale berørt. Det blev konstateret, at patienterne i de gennemgåede eksempler nogle gange ikke ønskede at medvirke og i andre tilfælde havde meget lidt at sige. En af repræsentanterne fra psykiatrien nævnte, at eftersamtalen ikke skal varetages alene af personalet på somatisk akutafdeling, men eventuelt sammen med psykiatrien og det tilstedeværende personale herfra, som kender patienten og ved noget om afholdelse af eftersamtaler. Panelernes drøftelser af eftersamtalerne var korte; der sås i højere grad en efterspørgsel efter samarbejds møder og evaluering af de bæltefikseringer, der måtte finde sted. Forebyggelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger blev således koblet med generelt samarbejde om og med patienten og videndeling i forhold til den enkelte patients individuelle situation. Der blev efterspurgt klarhed over, hvem der sikrer samarbejds møder og evaluering af de hændelsesforløb, der omfatter gentagne indlæggelser og til tider bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger.

### **Behov for en tovholder**

Et tilbagevendende tema var manglende koordinering og behovet for en tovholder. I en af patientcasene havde en paneldeltager talt, at 86 forskellige sundhedsprofessionelle var involveret i patientens forløb i den fire-ugers periode, som journalmaterialet omfattede.

---

<sup>5</sup> Deltagere i dette "review" er personale, der har været involveret i bæltefikseringen, og afsnitsledelsen. Patienten selv og ambulante behandlere kan også deltage. Der er eksempler på, at disse møder kan foregå på patientens bosted efter udskrivelse.

Der blev efterspurgt en tovholder, som kan være bindeled, overordnet ansvarlig for patientens forløb og sikre en individuel tilgang til patienten. Det blev drøftet, hvem der er den rette til at være tovholder for de selvskadende patienter, som er i risiko for at blive bæltefikseret i forbindelse med behandling i en somatisk akutafdeling. Det blev i et panel foreslået, at et BI-udtræk<sup>6</sup> muligvis vil gøre det muligt at finde frem til de patienter, som indlægges gentagne gange i akutafdelingen, såkaldte "Frequent Flyers". Frequent Flyers er endnu kun et udviklingsprojekt, men det blev drøftet, om dette redskab ville kunne benyttes til at finde frem til de patienter, som har brug for en særlig koordineret indsats. Panelet udtrykte endvidere håb om, at indførelse af patientansvarlig læge (PAL)<sup>7</sup> kan blive løsningen på den manglende koordinering og samarbejde mellem aktører.

### **Tovholder i psykiatrien eller i bostedet**

Det blev i et panel således set som en mulighed, at den patientansvarlige læge i psykiatrien er tovholder og er den der indkalder til samarbejds- og evalueringsmøder. Det andet panel fandt, at samarbejds møder og evaluering af bæltefikseringer bør iværksættes af den aktør, hvor patienten har den tætteste kontakt, og at det såvel kan være psykiatrien som bostedet.

I forbindelse med drøftelserne vedrørende en tovholder blev nævnt, at en tovholder kan blive udfordret af problemstillingerne hos en patient. En tovholder kan derfor have brug for sparring og måske en "second opinion" hospitaler imellem.

### **Fleksible indlæggelser i psykiatrien**

Hvor en patients situation bliver ustabil og en krise og selvskade kan være under opsejling, kan det være stærkt forebyggende med en åben adgang til psykiatrien. Som beskrevet ovenfor, har man i Regionspsykiatrien Horsens eksempelvis haft gode erfaringer med korte, forebyggende indlæggelser af patienter med selvskadeproblematikker. Panelerne efterspurgt fleksibel brug af indlæggelser i psykiatrien, også ud fra patientens egne ønsker, á la det, der har været betegnet green card. Der blev desuden henvist til erfaringerne med konceptet KISS<sup>8</sup> i afdeling Q i psykiatrien i Risskov, hvor man har individuelle aftaler med patienten om behandling og indlæggelser.

### **Økonomiske hensyn**

På begge auditmøder blev det fremhævet, at de økonomiske hensyn kan stå i vejen for samarbejdet mellem de aktører, som har med de unge kvinder med selvskadeproblematikker at gøre. Der blev efterspurgt ledelsesmæssig bevågenhed på samarbejde mellem myndighederne, så aktørerne ikke modarbejder hinanden for at få patienten sendt videre.

---

<sup>6</sup> BI-portalen er Region Midtjyllands datavarehus. [I BI-portalen kan man finde information om alt fra sygefravær til behandlingskvalitet.](#)

<sup>7</sup> Patientansvarlige læge (PAL) defineres som: Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på sygehuset. [Læs mere i Hvidbog for den patientansvarlige læge.](#)

<sup>8</sup> KISS (Koordineret Intensiv teambaseret behandling af Selvskadende og Suicidale patienter) er et team for selvskadende og suicidale patienter, som er et specialiseret behandlingskoncept i sengeafsnit Q1 i Afdeling Q på Aarhus Universitetshospital Risskov.



I forhold til samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken blev finansieringen af den faste vagt i den somatiske akutafdeling også drøftet. Deltagere fra akutafdelingerne pegede på behovet for en fælles løsning, hvor økonomien følger patienten, så man undgår de til tider "tåbelige" diskussioner om, hvem der skal betale for den faste vagt.

### **Samarbejde om den somatiske behandling**

I enkelte tilfælde har man i Horsens haft mulighed for at behandle en patient med NAC-drop på den psykiatriske afdeling, fremgik det. En ambassadør fra EN AF OS vurderede, at det ofte kan være en hjælp at få behandlingen hos medarbejdere, som man kender. Denne ambassadør fortalte, at hun engang havde fremsat ønske om at få den somatiske behandling på psykiatrisk afdeling, men at dette ikke var blevet imødekommet. Det kræver et særligt set-up at kunne tilbyde patienterne NAC-drop i psykiatrien. I Aarhus vil det ikke være muligt, sagde repræsentanten fra psykiatrien AUH Risskov, men efter flytning til Skejby og somatisk assistance kan det potentielt være en overvejelse. Denne form for samarbejde fandt andre deltagere dog ikke ønskværdig ud fra den betragtning, at psykiatrien ikke er gearet til at håndtere eventuelle somatiske komplikationer, og at en sådan opgaveglidning fra somatik til psykiatri, vil forringe den somatiske behandling af patienten.

### **Opsummering: Samarbejde om patienten**

Den tværfaglige koordinerede indsats kan blive bedre for denne patientgruppe. De selvskadende patienters forløb kan forbedres gennem samarbejds møder og evalueringer af bæltefikseringer med deltagelse af somatisk akutafdeling, psykiatri, bosted, politi eller andre relevante aktører, herunder gerne patienten selv, hvor der kan laves en individuel behandlings- eller handleplan. Der bør være en tovholder i psykiatrien (gerne den patientansvarlige læge) eller i bostedet, som sikrer videndelingen og indkalder til samarbejds møder.

Samarbejde mellem psykiatri og bosteder kan skabe bedre forløb for patienterne, gerne med brug af fleksible indlæggelser i kritiske situationer.

### **Kompetencer hos fagpersoner**

Afsnittet om kompetencer hos fagpersoner er medtaget, da flere drøftelser handlede om behovet for viden og forståelse for de behandlingsmæssige vilkår i forhold til de selvskadende piger og unge kvinder.

### **Fælles forståelse**

Panelerne var inde på, at videndeling kan bibringe en vigtig gensidig forståelse af patientgruppen, så andre aktører ikke i bedste mening kommer til at handle mod de strategier, der arbejdes med andre steder. Det blev i den forbindelse understreget, at det

er vigtigt at holde sig for øje, at selvskade for disse patienter er et symptom og en del af deres psykopatologi. Selvskaden er et nødvendigt middel for patienten for at lindre dennes psykiske smerte.

### **Selvskade på vejen mod bedring**

Auditdeltagerne fra bosteder og psykiatrien var inde på, at der vil være patienter med selvskadeproblematikker, hvis forløb umiddelbart kan fremstå fragmenteret. I nogle af disse tilfælde er den hyppige selvskade med behandling og måske bæltefiksering i den forbindelse et alternativ til langvarige indlæggelser i psykiatrien. Det blev forklaret, at den overordnede behandlingsstrategi på bostederne typisk er at støtte beboernes psykiske udvikling og evne til at kunne fungere i det omkringliggende samfund. Beboerne skal skærmes og indlægges, når der er indikation og grundlag for det, men de må nødvendigvis støttes i at kunne fungere i samfundet, herunder at kunne udholde svære tanker og følelser uden at gribe til selvskade og overdosis, også selvom piller eller remedier til cutting er tilgængelige. Et fragmenteret og umiddelbart pinefuldt forløb kan være et bedre alternativ, da patienten selv mestrer dele af sit liv, lød det endvidere. Der blev således peget på, at det i forhold til patientgruppen med svær selvskade og suicidalforsøg, skal forstås, at der er tale om kompliceret psykopatologi, herunder hyppige svingninger i tilstand, og at det selv med tæt kontakt og opfølgning kan være umuligt at forebygge alle svære episoder.

I forhold til forståelsen af disse patienters problemstillinger blev "kontrolleret selvskade" drøftet på begge auditmøder. Det vil sige, at der indgås aftaler med patienten om, hvilke redskaber patienten kan skære sig med, ugedage hvor patienten kan selvskade, at patienten kun skærer sig i lårene eller andet – med det formål at undgå at selvskaden går for vidt og bliver livstruende. Repræsentanterne fra bostederne påpegede, at kontrolleret og planlagt selvskade er en del af deres hverdag. Fra psykiatrien blev også beskrevet, at kontrolleret selvskade kan finde sted i psykiatrien som et led i behandlingen af en indlagt patient, dog altid med det fokus at støtte patienten i at finde og anvende andre mere hensigtsmæssige mestringsstrategier end selvskade. At lade patienter selvskade under kontrollerede forhold blev af nogle auditdeltagere anset for kontroversielt. Repræsentanter fra de somatiske akutafdelinger efterspurgte imidlertid mere viden om sådanne tilgange til at samarbejde med patienten.<sup>9</sup> En repræsentant fra en akutafdeling sagde, "vi har en kulturbegrænset værktøjskasse" om akutafdelingens kompetencer til håndtering af patientgruppen.

### **Politiets efterspørgsel efter tættere opfølgning af patienterne**

Repræsentanten fra politiet beskrev, hvordan det kræver mange ressourcer hos dem at skulle lede efter og over mange timer følge en patient til akutafdeling og psykiatrisk afdeling. Nogle gange er de adskillige betjente om at håndtere patienten under indlæggelsesforløbet. At det for nogle af disse piger og kvinder gentager sig med få dages eller timers mellemrum afføder undren hos politiet. Politiet og andre paneldeltagere efterspurgte, at bostederne spiller en større forebyggende rolle op til, at selvskaden sker – og skærmer beboerne fra risikoen for selvskade. En deltager fra et bosted forklarede, at de

---

<sup>9</sup> Flere paneldeltagere nævnte, at KISS-teamet i afdeling Q i Regionspsykiatrien i Risskov har en viden på området, som er relevant at få udbredt. Det skal nævnes, at det desværre ikke var muligt at få en repræsentant fra afdelingen med på auditmødet.

fleste bosteder er åbne og beboerne kan frit komme og gå, selvfølgelig oftest med aftaler med personalet. Det betyder samtidig, at beboerne har mulighed for at købe for eksempel paracetamol eller andre remedier til selvskade. Ransagning og visitation, som det for eksempel kan foregå på en psykiatrisk sengeafdeling, giver sjældent mening på et socialpsykiatrisk bosted, hvor beboeren har adgang til genindkøbe den håndkøbsmedicin eller de genstande, som i givet fald er blevet inddraget. Bostedsrepræsentanten forklarede endvidere, at de som personale indgår i dialog omkring det hensigtsmæssige i for eksempel at have indkøbt paracetamol, men at behandlingen må tage udgangspunkt i, at håndkøbsmedicin og remedier til selvskade altid vil være tilgængelige for beboeren. At tilbageholde en beboer, som for eksempel i opkørt tilstand ønsker at forlade afdelingen, er af forskellige årsager vanskeligt og ikke ønskeligt, fremførte bostedsrepræsentanten. Politiet har derfor en væsentlig betydning i arbejdet med de svært selvskadende og suicidaltruede beboere, og repræsentanten fra bostedet forklarede, at bostederne er bevidste om, at det er en ressourcekrævende og vanskelig opgave for politiet.

Deltageren fra politiet slog fast, at eftersom politiet ofte spiller en rolle i forløbet op til og ved indlæggelse af patienterne, er det vigtigt at politiet inddrages i de forskellige videndelingsinitiativer om disse patienter.

### **Fælles temadage**

For at forbedre tilgangen hos de involverede aktører, øge forståelsen og modvirke eventuel berøringsangst over for målgruppen blev foreslået fælles temadage om selvskade. Bosted, politi, psykiatri og somatik kan her sammen lære om særlige problemstillinger ved patientgruppen og drøfte deres forskellige handlemuligheder og tilgange til patienterne. Der blev fremsat forslag om, at patienter med egne erfaringer med selvskade og behandling bidrager til sådanne temadage.

Hvad angår politiets rolle i patienternes forløb blev fremhævet et eksempel, hvor psykiatrien og et bosted sammen underviste det lokale politi i forståelse af og tilgange til patientgruppen. Auditdeltagerne så positivt på i højere grad at bruge og lære af hinanden for at sikre høj faglighed om tilgange og strategier for denne patientgruppe.

### **Opsummering: Kompetencer hos fagpersoner**

Videndeling og forståelse af patientgruppen skal sikre, at nogle aktører i bedste mening ikke kommer til at handle mod de strategier, der arbejdes med andre steder. Der efterspørges fælles temadage med inddragelse af patienters egne fortællinger for at øge viden om patienterne og de forskellige aktørers perspektiver.

### **Panelernes supplerende bemærkninger om forebyggelse**

De to auditpaneler havde forskellige supplerende kommentarer til formålet med audit, som var at bidrage med anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger.

### **Bæltefikseringer der ikke kan undgås**

Auditdeltagerne påpegede at det er vigtigt at forstå, at ikke alle bæltefikseringer i de somatiske akutafdelinger kan undgås.

Det blev vurderet, at patientgruppen med svær selvskade kalder på en meget tidlig indsats. De unge kvinder/piger starter deres selvskadende adfærd i en tidlig alder. Der bør derfor fokuseres på forebyggelse i eksempelvis PPR, så man har mulighed for at opdage og tage hånd om problemerne tidligere.

Panelerne forholdt sig kritisk til det store fokus på bæltefikseringstal, og pegede blandt andet på, at Region Midtjylland i kraft af de specialiserede behandlingstilbud og sociale tilbud formentlig har mange svært stillede psykiatriske patienter. Tallene for bæltefikseringer bør ses i dette lys.

### **Magtanvendelser i bosteder**

Et panel gjorde opmærksom på de sammenhænge, der er mellem tvang i somatikken og brugen af magtanvendelse på bostederne. Hvis der anvendes magt på bosted, kan tvang nogle gange undgås i somatikken, men det ene er ikke nødvendigvis bedre end det andet. Det viser, mente panelet, at somatiske tvangstal bør ses i en sammenhæng med indrapporterede magtanvendelser.

### **Bedre forløb for de sværest stillede patienter med selvskade**

Vurderingen var, at der kan skabes generel forebyggelse på selvskadeområdet ved at forbedre forløbene for de patienter, som har det sværest, og ofte ses i de somatiske akutafdelinger på grund af selvskade.

### **Forebyggelse gennem den regionale retningslinje "somatisk behandling uden samtykke" (maj 2018)**

Den regionale retningslinjes betydning for forebyggelse af bæltefikseringer i de somatiske akutafdelinger blev betragtet som minimal. Kun få af paneldeltagerne kunne forholde sig til den nye retningslinjes betydning. I stedet pegede panelerne som beskrevet i det ovenstående på, at forebyggelse hænger sammen med viden og samarbejde blandt de involverede aktører, en individuel tilgang og aftaler med patienten.

## Metode

Designet af den casebaserede audit er blevet til i et samarbejde mellem DEFACTUM og en række kontaktpersoner fra psykiatrien og somatiske akutafdelinger.<sup>10</sup>

## Panelsammensætning

For at se årsager og muligheder for nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger i et bredere perspektiv var flere parter inviteret med på de to auditmøder. I alt 18 personer deltog i auditpanelerne. To personer var med i begge auditpaneler. S sammensætningen af panelerne præsenteres nedenfor.

Auditpanelet den 7. juni 2018 bestod af følgende ni personer:

- Udviklingssygeplejerske Tina Grodt Messerschmidt, Akutafdelingen, Regionshospitalet Randers
- Overlæge Dilek Cakar, Akutafdelingen, Aarhus Universitetshospital
- Koordinerende overlæge Poul Petersen, Akutafdelingen, Hospitalsenheden Vest
- Sygeplejerske Louise Sølvsten Mikkelsen, Akutafdelingen, Regionshospitalet Horsens
- Overlæge Jonas Gildebrog, Afd. P, Aarhus Universitetshospital, Risskov
- Social- og sundhedsassistent Trine Nedergaard Frandsen, Regionspsykiatrien Horsens
- Afdelingspsykolog Anne Tolborg, Døgntilbuddet Fyrretoppen, Holmstruggård
- Ambassadør for EN AF OS<sup>11</sup> Sofie Bøgeskov
- Politikommissær Lars Grønlund, Sydøstjyllands politi

På mødet deltog to observatører: Sara Munk Nielsen, regional projektleder for EN AF OS-indsatsen samt Henriette Qvist, kontorchef i DEFACTUM. Stina Juel Lanken og Marianne S. Balleby fra DEFACTUM var mødeledere. Praktikant ved DEFACTUM Josefine Kirstine Schou Jakobsen var referent.

Auditpanelet den 19. juni 2018 bestod af følgende 11 personer:

- Udviklingssygeplejerske Inge Trelborg Møller, Akutafdelingen, Hospitalsenhed Midt
- Overlæge Dilek Cakar, Akutafdelingen, Aarhus Universitetshospital
- Overlæge Ulf Grue Hørlyk, Akutafdelingen, Regionshospitalet Horsens
- Overlæge Linda Hardisty Bramsen, BUC, Aarhus Universitetshospital, Risskov
- Praksiskonsulent og alment praktiserende læge Jesper Bernt Madsen
- Projektleder, sygeplejerske Sune Hjertmann Frederiksen, Regionspsykiatrien Viborg
- Teamleder, sygeplejerske Hanne-Lone Gerdes, Regionspsykiatrien Randers
- Overlæge Vecheslav Bedulin, Lokalpsykiatrisk Center, Regionspsykiatrien Randers

---

<sup>10</sup> Designet af casebaseret audit blev blandt andet drøftet med kontaktpersoner fra psykiatrien og somatikken på et indledende auditmøde den 20. marts 2018 om resultaterne af journalopslag af bæltefikseringerne i de somatiske akutafdelinger i 2017.

<sup>11</sup> [Landskampagnen 'EN AF OS' har til formål at afstigmatisere psykisk sygdom i Danmark, blandt andet gennem uddannelse af en række ambassadører, som skal fungere som lokale repræsentanter for kampagnen, således også i Region Midtjylland.](#)

- Souschef Christina Rosby Løwenstein, bo- og behandlingstilbud OK-Centret Enghaven
- Ambassadør for EN AF OS Regitze Futterup
- Politikommissær Lars Grønlund, Sydøstjyllands politi

Sara Munk Nielsen, regional projektleder for EN AF OS-indsatsen, deltog igen som observatør på mødet. Mødeledere og referenter var de samme som på mødet den 7. juni 2018.

## **Patientcases til casebaseret audit**

Patientforløbene til casebaseret audit blev i første omgang udvalgt af kontaktpersonerne i akutafdelingerne blandt de patientforløb, der var udpeget i forbindelse med journalopslagene i første del af auditundersøgelsen. Journalopslag og casebaseret audit har omfattet patientforløb i 2017 fra fire af regionens fem akutafdelinger: Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital (AUH). Hospitalsenheden Vest bidrog ikke med patientforløb til auditundersøgelsen, men havde en repræsentant med i det ene auditpanel.

Der blev udvalgt 12 patientforløb ud fra, at de illustrerede gængse processer og problemer i forbindelse med bæltefiksering. Der blev udpeget forløb, der omhandlede NAC-drop såvel som andre typer af behandling på grund af selvskade. DEFACTUM forestod den endelige udvælgelse strategisk ud fra, at sagerne repræsenterede de forskellige hospitaler; det vil sige, at der blev udvalgt tre sager fra akutafdelingen på AUH og en sag fra hver af de tre øvrige akutafdelinger (Regionshospitalet Horsens, Hospitalsenhed Midt og Regionshospitalet Randers).

De seks sager blev tilfældigt fordelt på de to auditmøder, der blev afholdt. Der blev anvendt en kombination af intern og ekstern audit, forstået således, at nogle af pandedeltagerne havde været involveret i eller kendte til patienternes forløb, mens andre ikke kendte til patienternes forløb.

Om de tre patientsager på auditmødet den 7. juni 2018:

- Af de tre unge piger og kvinder var en under 18 år, en var i 20'erne og en i 30'erne
- Alle tre patienter havde kontakt til psykiatrien, to havde et ambulante forløb, en af patienterne var tilknyttet det specialiserede behandlingstilbud KISS<sup>12</sup>
- En patient havde kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien, de to andre voksenspsykiatrien
- To patienter boede på et bosted, en boede i eget hjem og havde kontakt til bostøtte og hjemmesygepleje
- Hos en patient blev nævnt en skizofrenidiagnose og andre diagnoser var under overvejelse, to patienter var beskrevet med personlighedsforstyrrelse
- En patient blev bæltefikseret én gang i den periode på fire uger, som var beskrevet i sagsmaterialet, de to andre var bæltefikseret flere gange i perioden

---

<sup>12</sup> KISS (Koordineret Intensiv teambaseret behandling af Selvskadende og Suicidale patienter) er et team for selvskadende og suicidale patienter, som er et specialiseret behandlingskoncept i sengeafsnit Q1 i Afdeling Q på Aarhus Universitetshospital Risskov.

- Selvskaden, som patienterne blev behandlet for, var i to tilfælde paracetamolforgiftning, og i det sidste tilfælde anden livstruende selvskade. Det fremgik, at de tre patienter foretog flere former for selvskade i perioden, blandt andet tog de overdosis af medicinske præparater, skar sig eller sultede sig

Om de tre patientsager, som indgik i auditmødet den 19. juni 2018:

- En kvinde under 18 år samt to kvinder i 20'erne
- Alle tre patienter var tidligere kendt i psykiatrien, hvoraf den ene patient var tilknyttet børne- ungdomspsykiatrien
- Alle tre patienter var i ambulans psykiatrisk behandling
- To patienter var diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse
- Selvskaden, patienterne var blevet behandlet for, var for to patienters vedkommende paracetamolforgiftning og i den tredje sag anden livstruende selvskade
- Alle tre patienter var beskrevet med flere typer af selvskadende adfærd, herunder at sulte sig, skære sig eller tage overdosis af medicin
- To patienter havde en historik med spiseforstyrrelse
- En af de tre patienter blev bæltefikseret for første gang i sit liv
- En patient blev beskrevet som havende lav IQ

## Sagsmateriale

Journalmaterialet var indhentet og anonymiseret af kontaktpersoner fra de fire akutafdelinger, som også forestod de indledende journalopslag. Der blev igen taget afsæt i den første bæltefiksering, patienten var berørt af i en somatisk akutafdeling i 2017. Journalmaterialet bestod af:

- 1) Sygdomshistorik
- 2) Behandlingsplaner
- 3) Journalnotater to uger før og to uger efter bæltefikseringen
- 4) Kontaktoversigt et år forud for bæltefikseringen
- 5) Medicinliste på dagen for bæltefikseringen
- 6) Henvisninger på dagen og i ugen op til bæltefikseringen

Således bestod materialet udelukkende af det journalmateriale, som de autoriserede sundhedspersoner i akutafdelingerne havde adgang til. Der indgik ikke notater fra almen praksis, kommune, politi eller andre.

## Vurderingsspørgsmål

Der blev stillet fire vurderingsspørgsmål til hver sag:

1. *Vurder hjælpen til patienten forud for indlæggelsen i den somatiske akutafdeling*
2. *Vurder den faglige indsats fra patienten ankommer til den somatiske akutafdeling til bæltefikseringen finder sted*
3. *Vurder samarbejdet og videndelingen om patienten*
4. *Kunne bæltefikseringen være undgået?*

Herudover blev der stillet et udviklingsspørgsmål for alle de gennemgåede sager:

5. *Med dette åbne spørgsmål bedes du forholde dig til, hvorvidt målgruppen, som disse patienter tilhører, stiller krav om udvikling af behandlingsmetoder og organisering af de faglige indsatser. Beskriv eventuelle forslag til forbedringer. Spørgsmålet omhandler også de lovgivningsmæssige rammer og retningslinjer, herunder om den nye retningslinje "Somatisk tvang uden samtykke" vil kunne gøre en positiv forskel*

For at skabe tydelighed omkring de forskellige perspektiver og skærpe drøftelserne på auditmøderne blev paneldeltagerne bedt om at foretage deres vurderinger på forhånd og fremlægge dem på mødet.

## **Mødeform**

Auditmøderne blev afholdt efter en tydelig struktur, hvor alle kom til orde:

1. En runde, hvor hver deltager kort præsenterede sin vurdering på vurderingsspørgsmålet og gav en kort begrundelse herfor.
2. Uddybning af deltagernes vurderinger og argumentationer og en fælles faglig drøftelse. Her blev udforsket og afklaret begreber og perspektiver på spørgsmålet.
3. Til sidst blev der konkluderet på den faglige drøftelse i gruppen. Det var ikke et krav, at gruppen nåede til konsensus.

Strukturen gik igen sag for sag, spørgsmål for spørgsmål.

## **Styrker og forbehold ved den anvendte auditmetode**

Repræsentativiteten af de udvalgte patientforløb vil altid kunne diskuteres ved casebaseret audit af få patientforløb. De involverede fagpersoner og patientrepræsentanter vurderede imidlertid, at forløbene illustrerede genkendelige problemstillinger og gav et godt afsæt for drøftelserne i panelerne.

Der er i nærværende afrapportering ikke medtaget konkrete eksempler fra patientforløbene, hvilket kan få rapportens konklusioner til at fremstå løsrevede fra de konkrete forløb. Anonymiseringen af casene er sket af fortrolighedshensyn, samt fordi opdraget om at anbefale forebyggelsesmuligheder på baggrund af caseanalyserne skabte drøftelser på auditmødet, som var af generel karakter og baseret på auditdeltagernes omfattende viden og erfaringer med lignende forløb.

Nogle områder har ikke eller i mindre grad været genstand for drøftelser på auditmøderne. Drøftelserne formes dels af de temaer, der optræder i patientforløbene, dels af den viden og de interesser, der har været til stede i auditpanelerne. For eksempel blev patientansvarlig læge (PAL) drøftet indgående i et panel, men ikke i det andet.

Det var et vilkår for denne audit, at sagsmaterialet var afgrænset til journalmateriale fra akutafdelingen. Den casebaserede audit har således ikke omfattet materiale fra øvrige aktører, for eksempel kommunal myndighed, bosted eller politi. Et udvidet materiale kan have relevans for vurderingen af den samlede indsats over for en patient. Helhedsorienteringen på mødet blev søgt opvejet gennem den brede repræsentation af aktører i auditpanelerne. I tråd med anbefalingerne om vidensudveksling og fælles temadage, fandt deltagerne det givende at gennemgå patientcasene sammen på auditmøderne og derigennem få indblik i hinandens perspektiver.





