

Måleskjema for kunnskapsbasert og pålitelig måling av skjerming i døgnavdelinger i psykisk helsevern

Akuttnettverkets nettverkssamling 8.april 2019

Torleif Ruud, Torfinn Hynnekleiv, Espen W Haugom

Innhold i presentasjonen

- Bakgrunn og formål for prosjektet
- Hovedfaser i arbeidet (Torleif)
 - Identifisering av elementer i skjerming
 - Prosess for å få konsensus om elementer i skjerming
 - Utprøving og testing av måleskjema om skjerming
- Gjennomgang av ferdig måleskjema (Eспен)
 - Innholdet i måleskjemaet
 - Veiledning om utfylling av måleskjemaet
- Bruk av måleskjemaet (Torfinn)
 - Bruk i klinisk arbeid
 - Sammenligning av omfang og innhold i skjerming
 - Forskning på skjerming

Prosjektets bakgrunn og formål

- **Bakgrunnen for prosjektet**
- Ukjent variasjon i forståelse av skjerming kan medføre både ulik praksis og ulik registrering av praksis. Det er derfor vanskelig å vite om data om skjerming fra ulike avdelinger egentlig kan sammenlignes, så lenge en ikke har en pålitelig måte for måling av skjerming.
- **Formålet for prosjektet**
- Utvikle et kunnskapsbasert og pålitelig måleskjema om skjerming som kan bidra til bedre kvalitetssikring av klinisk praksis, sammenlignbare registreringer, og forskning på effekt og opplevelse av skjerming.
- Målet har altså vært å operasjonalisere skjerming som begrep og fenomen ved å gjøre det om til empirisk målbare variabler.

Organiseringen av prosjektet

- Prosjektet har vært gjennomført av Akuttnettverket i samarbeid med døgnavdelinger som har deltatt i prosjektet
- Ahus har stått som juridisk ansvarlig institusjon, og Ahus FOU-avdeling psykisk helsevern har bistått med merkantil og praktisk hjelp
- Prosjektgruppa har vært Torleif Ruud (leder), Torfinn Hynnekleiv (nestleder), Maren Rognaldsen og Espen Woldsengen Haugom.
- Referansegruppa har hatt representanter fra Mental helse, LPP og flere av døgnavdelingene som har deltatt i prosjektet
- Prosjektet har vært finansiert ved midler fra Akuttnettverket, inkludert en ekstra tildeling fra Helse Sør-Øst HF, og bidrag i form av arbeidstid ved Ahus FOU-avdeling psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet og ved de psykiatriske avdelingene som har deltatt i prosjektet.

Første fase: Identifisering av elementer

- Første fase besto i å identifisere elementer i skjerming ved litteraturgjennomgang og en empirisk undersøkelse om skjermingspraksis i døgnavdelinger i psykisk helsevern
- En oversiktsartikkel fra litteraturgjennomgangen er blitt publisert i Tidsskrift for den norske legeforening.
- 57 døgnposter leverte 149 systematiske og detaljerte beskrivelser av konkrete skjermingsforløp med informasjon om grunner til skjerming, tiltak under skjerming og avslutninger av skjerming
- Ved tematiske analyser av materialet ble det identifisert 23 grunner til skjerming, 23 skjermingstiltak og 6 avslutningsmåter ved skjerming

Andre fase: Konsensus om elementer

- Andre fase besto i å oppnå konsensus om hvilke elementer fra første fase som inngår i skjerming
- Gjennom to runder med avstemninger i en Delphi-prosess, skåret først 47 og så 41 døgnpoter i hvilken grad hvert element var en del av skjermingspraksis ved deres døgnpot
- I andre runde fikk de opplysninger om resultatet fra første avstemning, slik at de kunne vurdere om de ville endre sin skåring i lys av hva andre hadde ment
- Ved fullført Delphi-prosess var det konsensus om:
 - 10 grunner til skjerming
 - 20 skjermingstiltak
 - 5 avslutningsmåter

Eksempel fra skjemaet i andre Delphi-runde

1= Helt uenig 5 = verken uenig eller enig 9 = Helt enig

Begrensning

1. Reduksjon av stimuli eller sanseintrykk

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dette kan være et skjermingstiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fordeling av svar i første runde:

0 0 0 0 2 1 4 3 37

Vi ber dere konkretisere hva som faktisk gjøres ved reduksjon av stimuli eller sanseintrykk:

Tredje fase: Utprøving av måleskjema

- Et utkast til måleskjema med elementene fra andre fase ble først prøvd ut i 16 døgnavdelinger ved skåring av 234 skjerminger
- Analyser av svarene med fokus på å redusere antall elementer som dekket det samme, resulterte i et kortere måleskjema med 6 skjermingsgrunner og 10 skjermingstiltak.
- Samsvar mellom skårere av et kortere måleskjema ble så testet i ved at 69 skjerminger ble skåret av to personer i døgnposten. Det var ikke tilfredsstillende samsvar ved gradert skala om tiltak.
- Samsvar mellom 31 skårere om 20 skjermingsbeskrivelser på kort måleskjema med ja/nei som svaralternativer for grunner og tiltak var tilfredsstillende. Skjemaet ble vurdert som ferdig utviklet.
- Ferdig måleskjema om skjerming gjøres tilgjengelig sammen med rapporten om utvikling og testing av måleskjemaet.

Måleskjema om skjerming. Vurderinger ved personalet

Pasient

Skårer

Dato

Tidsrommet skåringen gjelder:

Siste 24 timer

Annet:

Grunner til at skjerming er startet eller fortsettes (ett kryss av på hver linje)

Ja

Nei

G1

Pasientens atferd er ukritisk

G2

Pasientens atferd er kaotisk

G3

Pasienten har betydelig økt aktivitet

G4

Pasienten er truende eller voldelig mot personalet

G5

Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter

G6

Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade

Skjermingstiltak som har vært brukt (ett kryss på hver linje)

Ja

Nei

S1 Regulering av å ta kontakt med andre

S2 Begrense tilgangen til gjenstander

S3 Regulering av inntrykk

S4 Roe ned og trygge pasienten

S5 Grensesetting eller korrigerer

S6 Skape struktur for pasienten

S7 Aktiviteter med personalet

S8 Støttesamtaler med pasienten

S9 Følge pasienten tilbake til skjermingen

S10 Gradvis økning av tid i fellesmiljøet

Skjerming etter vedtak eller uformelt

Etter vedtak

Uformelt

Sted der pasienten skjermes

Eget rom

Skjermingsavsnitt

Fase i skjermingsforløp Start

Pågår

Avslutning

Akuttnettverket 08.04.2019 Måleskjema om skjerming versjon 1.0

Veiledning for skjemaet

- Prosjektgruppa har utviklet en veiledning som bør leses før måleskjema om skjerming brukes.
- Hensikten med veiledningen er å beskrive mer utfyllende de grunner og tiltak som angis i skjemaet.
- Beskrivelsene i veiledningen er basert på 149 beskrivelser av skjerminger som tidligere er samlet inn gjennom skjermingsprosjektet.
- De er ikke uttømmende, men gir et bilde av hva de forskjellige grunnene for skjerming og tiltak under skjerming kan innebære i kliniske situasjoner.

Veiledning til utfylling av Måleskjema om skjerming versjon 1. Vurderinger ved personalet

Denne veiledningen bør leses før måleskjema om skjerming blir brukt. Hensikten med veiledningen er å beskrive utfyllende de grunner og tiltak som angis i skjemaet. Beskrivelsene er basert på 149 beskrivelser av skjerminger som er samlet inn gjennom skjermingsprosjektet i et eget prosjekt for utvikling av måleskjemaet. Disse er ikke uttømmende, men gir et bilde av hva sentrale grunner for skjerming og tiltak under skjerming kan være i kliniske situasjoner.

Grunner til at skjerming er startet eller fortsettes

Avgjørelsen om å skjerme vil bygge på en individuell vurdering, og ofte kan skjerming være basert på flere av grunnene nedenfor. Det skal krysses JA for de aktuelle grunnene.

G1. Pasientens atferd er ukritisk

Pasienten kler av seg, forteller private ting (eksempelvis intime bekjentgjøringer og fortellinger om egne vrangforestillinger), er høyløst i fellesmiljø eller kontaktsøkende og atferden påvirker i hovedsak andre pasienter eller personalet på en negativ måte.

G2. Pasientens atferd er kaotisk

Pasientens atferd virker uforståelig eller irrasjonell. Fremstår desorganisert. (Eksempler kan være atferd som dusjing med tøy på, demonterer ting, tukler med elektriske artikler o. l.)

G3. Pasienten har betydelig økt aktivitet

Pasienten er urolig, mer aktiv enn vanlig, kontaktsøkende og stiller svært mange spørsmål. Har vanskeligheter med å slappe av og vandrer mye.

G4. Pasienten er truende eller voldelig mot personalet

Trusler, som å si at personalet eller noen de holder nær skal skades. Direkte trusler om å slå eller sparke ned personalet. Graden av trusler og pasientens mulighet til å realisere disse er faktorer som spiller inn om skjerming skal iverksettes. Voldelig atferd kan være fysisk angrep (slag, spark, skalle, o.l.).

G5. Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter

Se G4 men her rettet mot pasienter.

G6. Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade

Det kan være at risikoen for selvmord (eller alvorlig selvskade) er slik at det er vanskelig å følge opp i vanlig post og det kan bli nødvendig med skjerming for å sikre pasienten.

Vurdering av skjermingstiltak

Det skåres i hvilken grad tiltakene brukes i skjermingsforløpet. (Noen av tiltakene er naturlige elementer i miljøterapien ved psykiatriske poster og praktiseres derfor også «utenfor skjerming».)

S1. Regulering av å ta kontakt med andre

Det kan gjelde pårørende, pasienter eller personale.

Regulering av forbindelse til omverdenen (motta besøk, benytte telefon, sende/motta brev, bruk av internett, o.l.).

Dette krever eget vedtak i henhold til psykisk helsevernloven (2017). Uavhengig av om det er fattet vedtak, skal det skåres i hvilken grad regulering av kontakt med omverden er gjort.

S2. Begrense tilgangen til gjenstander

Dette kan omfatte forhold som at personalet låser inn personlige eiendeler eller at man fjerner gjenstander fra rommet som kan brukes til å skade seg selv eller andre.

S3. Regulering av inntrykk

Regulering av tilgang til TV, radio, lesestoff, PC eller internett. Regulering av antall personale som tar kontakt med pasienten, at man har få og faste personer fra personalgruppen å forholde seg til. Alenetid, hviletid og nøytrale rom er ytterligere eksempler.

S4. Roe ned og trygge pasienten

Trygging gjennom tilstedeværelse eller å trekke seg litt vekk for å gi "rom" hvis pasienten ønsker det. Hvis mulig gjøres det av kjent personale og hvis nødvendig med flere fra personalet til stede. Kan omfatte avslappingsteknikker/avledninger som pasienten har gitt uttrykk for roer ned. Støttesamtale kan også bidra men skal skåres i S8.

S5. Grensesetting eller korrigerer

Sette en ramme for hva som er tillatt. Dette kan gjøres ved å veilede, lage avtaler, øve på å sette egne grenser. Husregler er også et eksempel på forventet eller akseptert atferd i fellesmiljø.

S6. Skape struktur for pasienten

Hjelp pasienten med å strukturere hverdagen. Dette kan være vekking på morgenen, planlegging av dagen og tiden fremover, sette mål for oppholdet, o.l. Dagsplan er et eksempel og den kan inneholde dagens gjøremål slik som måltider, samtaler, medisintider og aktiviteter.

S7. Aktiviteter med personalet

Dette kan foregå inne på skjermingsrom/skjermingsenhet, som spill, musikk, kortspill, lese eller annen aktivitet. Eller det kan foregå utenfor, som å gå tur, trene på treningsrom, ballspill e.l.

S8. Støttesamtaler med pasienten

Støttesamtalen er planlagt og strukturert. Dette er gjerne en samtale om det pasienten finner vanskelig i her og nå situasjonen. Pasienten kan ha mye på hjertet, kan uttrykke behov for å lette seg, og personalet stiller seg til rådighet.

S9. Følge pasienten tilbake til rommet

Gjøres dersom pasienten ikke greier å forholde seg til de andre personene i fellesmiljø eller skjermingsmiljø. Kan gjøres frivillig ved samarbeid, hvis ikke vurderes nødvendigheten av at vedkommende blir fulgt tilbake på rom mot sin egen vilje.

S10. Gradvis økning av tid i fellesmiljøet

Prøve ut pasienten i fellesmiljøet før skjermingen oppheves helt. Dersom skjermingen oppheves uten gradvis økning i forkant, scores «ingen grad».

HVORDAN KAN ET STRUKTURERT SKJERMINGS-MÅLEVERKTØY BRUKES?

BRUK AV SKJERMINGS- MÅLESKJEMAET

- **Hovedområde 1: Klinisk drift** - der man arbeider med skjerming inkludert daglig erfaringsbasert forbedringsarbeid
- **Hovedområde 2: Fagutvikling og kvalitetsarbeid** – systematisert forbedringsarbeid – inkludert prosjekter - knyttet opp mot det kliniske arbeidet og opp mot interne og eksterne rapporteringer
- **Hovedområde 3: Forskning:** - jfr. vår oversiktsartikkel om skjerming der vi fant pinlig lite om effekter – så begrunnelse sier seg selv.

1) Klinikken - der man arbeider med skjerming inkludert daglig erfaringsbasert forbedringsarbeid

- **Skåringssituasjoner:**
 - Sammenlikne over tid: samme pasient ved samme post fra oppstart og ukentlig (jfr. eksempelvis MADRS)
 - Skåring av samme pasient ved overføring til annen post: samme dag ut og inn - og videre
- Aktivt bruk av skåringene under **klinikk-møter, inkl. flere skårere (reliabilitet!). Behandlere (besluttere) og miljøpersonalet (observatører)** sammen, inkl. **tverrfaglig refleksjon**
- **Sammen med pasienten:** Refleksjon og bevisstgjøring av pasientenes perspektiver og etiske dimensjoner
- Dokumentasjon overfor **Kontrollkommisjonen**
- Klinisk dokumentasjon og f.eks. **avviksaker**

2) Fagutvikling/Kvalitetsarbeid: Dokumentasjon på gruppenivå: omfang og innhold i skjerming

- Faglig: Pålitelige data kan sammenligne praksis over tid og sted:
 - Sammenlikne over tid: Utviklingen samme sted,
 - Ulike steder: Praksis og innhold i skjerming mellom ulike døgnposter eller helseforetak
- Mer pålitelige rapporteringer over tid og sted: Alle interessert i om det er samme kliniske fenomen som rapporteres.
 - Forutsetter systematisk bruk!

3) Forskning på skjerming

- Bruk av måleskjemaet i evaluering og forskning kan gi ny kunnskap som kan ha betydning for flere sider ved klinisk praksis.
 - Studier om effekt av skjerming i forhold til indikasjoner og målsetninger
 - Hvordan oppleves skjerming av pasienter og pårørende? Opplevelse av skjerming ved kombinasjon med f.eks. tvangs- og tilsynsdata (KO)
 - Studier av dynamikk i skjermingsforløp ut fra hva som gjøres og skjer
 - Hvordan er skjerming innvevd i miljøterapi og andre deler av behandlingen?
 - Hva med dynamisk skjerming, i samarbeid om og med den enkelte pasient? («Reinsvoll-skjerming»: Fleksibel skjerming, - gjerne ute!)
 - Hva er effekten av ulike elementer i skjerming? NB: inkluderer uformelle skjermingstiltak
 - Hvordan utvikle skjermingspraksis ved ulike døgnavdelinger og overfor forskjellige pasientgrupper?
 - Inkl. utnytte de positive kliniske muligheter ved skjermings-ressursbruken!

Dette var litt om mulighetene innenfor de nevnte 3 hovedområder

Innenfor hvert av de nevnte hovedområder kan mye fylles på av dere, - og som er planen for Parallellsesjonen:

Vil bli presentert case som dere skal skåre, og dialog om videre bruk av dette instrumentet – som nå etter hvert i stor grad vil leve sitt eget liv.

Revisjonsforslag mottas gjerne allerede under parallellsesjonen!

PS: Finnes det forresten et hovedområde 4 som dette instrumentet også kan tenkes brukt til?

Fortsettelse: Bruk av måleskjemaet

Hovedområde 4:

Politiske innspill også FRA klinikere til byråkrater og politikere: Vi har rett og plikt til å bli hørt og formidle erfaringer og klinisk kunnskap, og fungere proaktivt, dvs. også formende på anbefalinger, forskrifter og lovverk – i dette tilfelle om skjerming.

Rapport fra prosjektet om utvikling og testing av måleskjemaet

Rapporten er publisert
online som pdf-fil på
akuttnettverket.no
8 april 2019

Hva er skjerming? Utvikling av kunnskapsbasert og pålitelig måling av skjerming i døgnavdelinger i psykisk helsevern

Måleskjema om skjerming, Vurderinger ved personalet

Pasient

Skærer Dato

Tidrommet skjermes gjelder: Side 24 timer Annet

Grunner til at skjerming er startet eller fortsettes (ett kryss av på hver linje) Ja Nei

G1	Pasientens oppførsel er uforutsiktslig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Pasientens oppførsel er kaotisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Pasienten har betydelig økt aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4	Pasienten er truende eller voldelig mot personalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5	Pasienten er truende eller voldelig mot andre pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6	Det er høy risiko for selvmord eller alvorlig selvskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skjermingsiltak som har vært brukt (ett kryss på hver linje) Ja Nei

S1	Regulering av å ta kontakt med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2	Begrensning til gjenstander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S3	Regulering av inntrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S4	Rise med og trykke pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S5	Sjonesetting eller korrigerende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S6	Sjonestruktur for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S7	Aktiviteter med personalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S8	Stillesamtaler med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S9	Følge pasienten tilbake til skjermingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S10	Erstatning av tid i lekesjakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skjerming etter vedtak eller uformelt Etter vedtak Uformelt

Sted der pasienten skjermes Eget rom Skjermingsavsnitt

Fase i skjermingsforløp Start Pågår Avsluttning

Torleif Ruud, Maren Rognaldsen,

Espen Woldsengen Haugom, Torfinn Hynnekleiv

Akuttnettverket i samarbeid med Akershus universitetssykehus

2019

akuttnettverket.no