

2013

SLUTEVALUERING

Projekt nedbringelse af tvang i
psykiatrien på Augustenborg
Sygehus Psykiatrien i Region
Syddanmark
Marts – august 2013

Anne Kolmos, Ergoterapeut

Charlotte Andersen, Ergoterapeut

Indhold

Resume.....	3
Baggrund	5
Formål.....	11
Succeskriterier.....	12
Målgruppen	12
Metode.....	13
Beskrivelse af SPI.....	13
Beskrivelse af Sensory Profile.....	15
Erfaringer med Sensory Profile.....	16
Hansch & Reisman	19
Erfaringer med Hanschu & Reisman.....	19
Patienternes oplevelse med SPI.....	19
Uddannelse af personalet i SPI.....	20
Personalets erfaringer med SPI.....	21
Målinger af bæltefikseringer.....	23
Det gode forløb - cases.....	24
Perspektivering og kildefortegnelse:	27

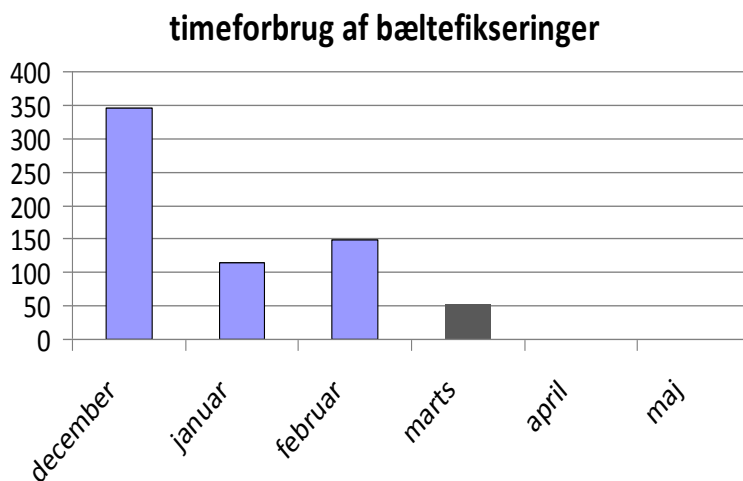
Resume

På baggrund af gode erfaringer med reduktion af tvang på psykiatriske hospitaler ved hjælp af særligt tilrettelagt sanseintegration, delvist nationalt og specielt internationalt, har ergoterapeuterne Anne Kolmos (AK) og Charlotte Andersen (CA) udviklet et program; *Sensory Processing Program and Intervention(SPI)* i samarbejde med Syddansk Sundhedsinnovation i Region Syddanmark, som en del af et brugerdrevet innovationsprojekt: Et Incubator forløb. AK og CA været delvist frikøbt af Syddansk Sundhedsinnovation til at udvikle programmet i perioden august 2012 – august 2013.

SPI er udviklet som et fuldt service program for undervisning af sundhedspersonale og certificering af afdelinger og indeholder blandt andet testredskaber, interventionsmodeller og rekommandation af sansestimulerende hjælpemidler.

Programmet er pilottestet på en 17 sengs åben afdeling med mulighed for skærming på Augustenborg Psykiatriske Hospital i perioden marts – juli 2013.

Længde af fikseringer er målt 3 måneder før projekt: December, januar og februar.



I marts måned blev timeforbruget markant reduceret og i de følgende to måneder af projektet en reduktion på 100 %

I løbet af april og maj blev hele afdelingens personale undervist i teori og metode om sanseintegration sideløbende med at patienterne fik tilbudt SPI metoden.

Pilottesten bestod af:

1. At stille sansestimulerende hjælpemidler til rådighed på afdelingen.
2. Undervisning af personale i udførelse af sanseprofil test og tilrettelæggelse af intervention med fokus på sanserne.
3. Uddannelse af 3 superbrugere i metoden.

Ud af et patient flow på 155 i projektperioden blev 30 patienter undersøgt for hvordan de bearbejder og processer sanseindtryk ved hjælp af en valideret test fra Pearson Assessments; *Sensory Profile Adult*. Enkelte patienter kunne ikke testes ved hjælp af Pearson testen, hvorfor der anvendtes en observationstest. (Hansch & Reisman)

Alle testede patienter scorede uden for *normalområdet*.

80 % af de testede scorede udslag på mere end et område, hvilket indikerer at der er behov for individuel tilrettelagt sanseintegrationsbehandling.

Både patienter og personale gav udtryk for tilfredshed med tiltaget.

Personalet gav dog udtryk for at de gerne ville have mere uddannelse.

Der blev stillet sansestimulerende hjælpemidler til rådighed i projektperioden. Ikke alle hjælpemidler blev anvendt lige meget. Der skulle have været mere undervisning i hjælpemidlernes anvendelse.

Efter pilottestens afslutning, perioden juni – juli kom der atter bæltefikseringer.

Personalet gav udtryk for at man pga. forskellige omstændigheder havde vanskeligt ved at opretholde fokus på SPI i denne periode, årsagerne var:

- Sammenlægning af afdelinger, personale fra andre afdelinger der ikke havde SPI kurset indgik i normeringen.
- Generel travlhed pga. ferieafvikling. Ingen mulighed for sparring af superbrugere, da de afviklede ferie i samme periode.

Det er vores opfattelse at metoden virker, når anvendt. Vi har en indikation på at metoden kan nedbringe bæltefikseringer. Såfremt en varig effekt skal opnås, må der iværksættes tiltag, som kan sikre at standarten opretholdes efter endt projektperiode. Det kunne være følgende:

- Akkrediteringsstandarter ift. forebyggelse af tvang med SPI metoden
- Certificering af afdelinger i SPI metoden
- Værktøjer, der sikrer at patienter tilbydes Sensory Profil test
- Værktøjer, der sikrer at personale løbende opkvalificeres i metoden
- Værktøjer, der sikrer at viden fra tidligere indlæggelse ikke går tabt
- Værktøjer, der hjælper personale med at anvende SPI metoden korrekt
- Værktøjer, der sikrer at nye medarbejdere instrueres og uddannes i metoden

Ovenstående er det springende punkt for at opnå en varig effekt af metoden. Disse punkter kan gennemføres og realiseres dels ved hjælp af certificering og årlige audits og i det daglige ved hjælp af digitaliserede kvalitetssikringsværktøjer. På baggrund af pilottesten har vi søgt om midler til at verificere resultaterne i en større skala.

Vi har en hypotese om at mindst 20 % af alle indlagte psykiatriske patienter har vanskeligheder med at integrere og bearbejde sansestimuli i en sådan grad at det kan påvirke adfærden uhensigtsmæssigt med risiko for at blive udsat for fysiske tvangsforanstaltninger til følge. Såfremt man ved hjælp af en test og kortlægning af patientens sanseprofil, tilrettelægger en behandling, der retter sig mod sanserne, vil man kunne nedbringe omfanget af fysiske tvangsforanstaltninger signifikant.

Baggrund

I Danmark står vi i psykiatrien over for en række udfordringer.

Antallet af sengepladser er faldende samtidig med at der bliver flere psykisk syge mennesker.¹

De sidste ca. 15 år er sengepladserne næsten halveret. I dag er der ca. 2500 sengepladser i psykiatrien i hele Danmark.¹

Samtidig er det en fælles ambition at reducere anvendelsen af tvang.

Tvang omhandler alle foranstaltninger, hvortil patienten ikke har givet samtykke

De tvangsforanstaltninger, en patient kan blive udsat for på under indlæggelse på psykiatrisk afdeling omhandler:

1. Frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse)
2. Tvangsbehandling (tvangsmedicinering, elektrostimulering/ECT-behandling under tvang, tvangsernæring eller tvangsbehandling af legemlig lidelse)
3. Fysisk magtanvendelse (fiksering med bælte, hånd- og fodremme, fastholden, aflåsning af afdelingens yderdør, beroligende medicin og personlig skærmning)
4. Beskyttelsesforanstaltninger (stofbælte, aflåsning af yderdør og personlige alarm/pejlesystemer) ³

Regionerne har sat som mål, at de i perioden 2011-2013 vil reducere anvendelsen af fysisk tvang i psykiatrien med 20 procent. ⁴

Den første statusmåling for tvangsanvendelsen i 2011 viser, at anvendelsen af bæltefiksering er nedbragt med 7,3 procent på landsplan sammenholdt med et gennemsnit for 2009 og 2010. Omvendt er antallet af fastholdelser vokset 5,5 procent. Opgørelsen dækker over regionale forskelle, hvor enkelte regioner har nedbragt den ene eller begge former for fysisk tvang. I andre regioner ses en stigning på enten den ene eller anden tvangsform. Samlet set synes det vanskeligt at konkludere alt for entydigt på, hvorvidt regionerne er på rette vej til at indfri målet. ²

Som kontrolvariabel følges udviklingen i anvendelsen af beroligende medicin. Målingen for 2011 viser en stigning på landsplan på 11,4 procent. Igen ses regionale variationer, men samlet set giver stigningen anledning til overvejelse.

Regionerne har gennem flere år arbejdet systematisk og målrettet på at reducere tvang i psykiatrien, bl.a. gennem landsdækkende kvalitetstiltag (gennembrudsprojekter) siden 2004. Erfaringerne herfra viser, at sengeafsnit har kunnet reducere antallet af tvangsepisoder med mindst 20 procent, og antallet af bæltefikseringer med 25 procent, samt halveret den samlede varighed af fikseringerne. Regionerne har efterfølgende

fokuseret på, hvorledes lokale projektsresultater dels kan fastholdes efter projektperiodens udløb, dels kan spredes til andre afdelinger.

Det har imidlertid vist sig vanskeligt at udbrede lokale erfaringer til landsniveau.

Regionernes målsætning

Med afsæt i erfaringerne fra gennembrudsprojekterne formulerede regionerne i oplægget *Mindre tvang i psykiatrien* tre målsætninger for anvendelsen af tvang.

For det første har regionerne sat sig for at reducere anvendelsen af fysisk tvang (fikseringer) i psykiatrien med 20 procent over tre år. Målet gælder både antallet af fikseringer og deres varighed. Målsætningen er formuleret således, at reduktionen både gælder for hver region og på landsplan. For at undgå at udviklingen inden for én specifik tvangsforanstaltning blot afspejler, at den pågældende foranstaltning erstattes med en anden, har regionerne som kontrolvariabel valgt at følge udviklingen i anvendelsen af beroligende medicin (under tvang).

For det andet vil regionerne forbedre patienternes oplevelser i forbindelse med tvang. Målsætningen tager afsæt i konkrete erfaringer med patientinddragelse før, under og efter anvendelse af tvang. Fremadrettet indgår spørgsmål om patientoplevelser i forbindelse med tvang i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) på psykiatriområdet.

For det tredje er det sat som mål at forskningen i tvang skal styrkes med to millioner kroner årligt inden for de eksisterende regionale forskningsmidler. Det er regionernes ansvar at sikre prioriteringen af forskningsmidlerne.

Status for monitorering af anvendelsen af tvang

Danske Regioner har medio 2011 trukket oplysninger vedrørende regionernes anvendelse af tvang i psykiatrien fra Landspatientregistret. De udtrukne data for 2011 sammenholdes med gennemsnittet for 2009 og 2010 (baseline), og udgør på den måde den første måling af udviklingen i fysisk tvang. For at kompensere for udviklingen i antallet af patienter

korrigeres baseline med forskellen i antal udskrivninger årene 2009-2010 og 2011. Antal udskrivninger er valgt, dels fordi kun indlagte patienter kan underlægges tvang, dels fordi antal udskrivninger siger noget om patientflowet i sengeafdelingerne.

Af tabellerne 1-3 ses, om regionerne samlet og hver for sig er på vej til at indfri målsætningen om 20 procent reduktion over tre år. Af tabellerne fremgår en række regionale forskelle. Forskellene siger noget om, hvor langt man i de enkelte regioner er kommet med at indfri målsætningen, om det går den rigtige vej, og om hvorvidt reduktion på et område modsvares af en stigning på et andet område. Det er op til de enkelte regioner at vurdere status og handle herpå.

Det fremgår af tabel 1, at regionerne samlet set har nedbragt anvendelsen af bæltefiksering med 7,3 procent. Set under ét er regionerne således på vej til at indfri målsætningen. Reduktionen dækker imidlertid over, at 2 ud af 5 regioner har haft en stigning i bæltefikseringer.

Tabel 1. Antallet af bæltefikseringer pr. 18. juli 2012

Region	Baseline	2011	Udskrivninger (%-ændring)	Korrigeret baseline	Korrigeret ændring %
Sjælland	492	589	6,3	523,0	12,6
Hovedstaden	1637	1531	5,9	1733,6	-11,7
Midtjylland	1647,5	1366	-12,4	1535,4	-11,0
Syddanmark	1098,5	1185	6,4	1168,8	1,4
Nordjylland	613	554	10,6	678,0	-18,3
I alt	5488	5225	2,7	5636,2	-7,3

Tabel 2 viser, at antallet af fastholdelser er steget med 5,5 procent i 2011 sammenholdt med baseline. Opgørelsen dækker over betydelige forskelle mellem regionerne, som der hverken ud fra data eller på anden vis foreligger nogen forklaring på. Samlet set er regionerne ikke på rette spor i forhold til målsætningen.

Tabel 2. Antallet af fastholdelser pr. 18. juli 2012

Region	Baseline	2011	Udskrivninger (%-ændring)	Korrigeret baseline	Korrigeret ændring %
Sjælland	379	342	6,3	402,9	-15,1
Hovedstaden	831	793	5,9	880,0	-9,9
Midtjylland	594,5	638	-12,4	520,8	22,5
Syddanmark	237,5	268	6,4	252,7	6,1
Nordjylland	306	503	10,6	338,4	48,6
I alt	2348	2544	2,7	2411,4	5,5

Tabel 3. Brug af beroligende medicin pr. 18. juli 2012

Region	Baseline	2011	Udskrivninger (%-ændring)	Korrigeret baseline	Korrigeret ændring %
Sjælland	534	568	6,3	567,6	0,1
Hovedstaden	2674	3003	5,9	2831,8	6,0
Midtjylland	1314,5	1455	-12,4	1151,5	26,4
Syddanmark	1073,5	1287	6,4	1142,2	12,7
Nordjylland	377,5	522	10,6	417,5	25,0
I alt	5973,5	6835	2,7	6134,8	11,4

I tabel 3 foreligger en opgørelse på tvangsmæssig brug af beroligende medicin. Beroligende medicin indgår som kontrolvariabel, idet medicin ofte vil kunne erstatte fysisk tvang i form af bælte eller fastholdelse. Det ses af tabel 3, at der har været en stigning i beroligende medicin på godt 11,4 procent. Stigningen giver anledning til at spørge sig selv i regionerne om, hvorvidt der er sket eller i færd med at ske et skifte fra fysisk tvang hen imod medicinsk tvang. De foreliggende data giver ikke grundlag for at konkludere herpå.

Ser man på varigheden af bæltefikseringerne tegner der sig dels et ret så ensartet billede i de enkelte regioner, dels et ensartet billede i forhold til baseline. Generelt gælder, at

- Cirka. 5 procent af fikseringerne varer under én time,
- Mellem 50 og 60 procent af fikseringerne varer under 12 timer, og
- Op mod 90 procent af fikseringerne varer under 1 døgn.
- Mellem 98 og 99 procent af fikseringerne varer under én uge.

Status for patientoplevelser i forbindelse med tvang

For at følge op på målsætningen om at forbedre patientoplevelserne i forbindelse med tvang er der indarbejdet spørgsmål herom i patienttilfredshedsundersøgelserne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Patientoplevelser vedrørende tvang indgår i de patienttilfredshedsundersøgelserne, der gennemføres i efteråret 2012. Resultaterne herfra er publiceret i foråret 2013 af CFK, Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Status for regionernes forskning i relation til tvang

Nedenstående tabel viser en oversigt over igangværende forskningsprojekter om tvang i regionerne med dertil knyttede bevillinger i 2011. Oversigten viser, at regionerne har bevilget knap 2½ million kroner til forskning i tvang i 2011. Det er cirka ½ million mere en forudsat i målsætningen.

Tabel 4. Regionale forskningsprojekter om tvang 2011.

Region	Forskningsprojekt	Regional bevilling 2011
Hovedstaden	Ph.d.-projekt om hvilke forhold og interventioner, der modvirker tvangsfikseringer.	610.000 kr.
	Ph.d.-projekt om indsats mod vold og aggressioner på psykiatriske afdelinger.	40.000 kr.
Sjælland	Ph.d.-projekt om interventioner i akutte situationer, som ofte udløser tvang (bælte/rem fastholdelse eller medicin).	770.770 kr.
Syddanmark	Forskningsprojekt, der sigter mod at nedbringe tvang og konflikter i retspsykiatrisk praksis. Projektet indgår i et større cluster randomiseret multicenter interventionsstudie.	378.333 kr.
	Randomiseret kontrolleret forløbsstudie om uddannelse af psykiatrisk plejepersonale i motivationsskabende samtaleteknik - herunder deltagelse i 1-årigt supervisionsforløb.	136.420 kr.
	Forskningsprojekt <i>Den Integrative Psykiatriske Afdeling (DIPA)</i> arbejder afdelingen med projekter og aktiviteter, der skal reducere anvendelsen af tvang.	333.333 kr.
Midtjylland	Ph.d.-projekt: "Reduktion af vold ved brug af strukturerede	200.000 kr.

	risikovurderinger blandt retspsykiatriske patienter”	
Nordjylland	Forskningsprojekt baseret på systematisk afholdelse af audits ved tvangsfikseringer og fastholdelser.	9.100 kr.
Regioner i alt		2.477.956 kr.

I tråd med Regionernes målsætninger samt at der fortsat er en stor udfordring i at nedbringe omfanget af de fysiske tvangsforanstaltninger, har vi under udviklingen af SPI kigget lidt på, hvilke erfaringer der er med at nedbringe tvang andre steder med fokus på en specifik indfaldsvinkel; integrering af sanserne.

Ergoterapeut Tina Champagne har ved hjælp af etablering af *Sensory Rooms* kunnet dokumentere en effekt på anvendelse af tvang.⁹

Erfaringerne fra USA viste, at man ved at gøre en målrettet indsats for indlagte, svært psykisk syge mennesker, kan nedbringe tvangsforanstaltninger signifikant ved at anvende sanseintegration og sansestimulering i behandlingen og miljøet på afdelingen. Et 1-årigt projekt opnåede en reduktion på 54%.⁹ Sidenhen er flere store statshospitaler blevet akkrediteret i metoden. Se nedenstående uddrag fra OT-innovations.com.

*‘The skilled and responsible use of **sensory rooms** has become readily endorsed by the MA State Department of Mental Health (DMH) and the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), and has become a focal point in hospital surveys and re-licensing visits. It is also being promoted by the National Technical Assistance Center, a division of the National Association for State Mental Health Program Directors (NASMHPD), as **one of the instrumental interventions influencing the reduction of restraint and seclusion in mental health care settings.**’*

Med inspiration fra USA, har vi udviklet en metode med udgangspunkt i danske forhold og foreløbig testet i Region Syddanmark.

Formål

Projektets formål er at:

1. Nedbringe omfang af fysiske tvangsforanstaltninger
2. Forebygge tvangsforanstaltninger ved hjælp af sanseintegration og sansestimulering.
3. Teste SPI undervisningsmodul

4. Anvende Sensory Profile testredskabet og Sensory Indicator Tool (SIT).
5. Pilotteste digital prototype SPP-yoke.

Succeskriterier

Vi har valgt at fokusere på følgende:

- at kunne måle reduktion af tvangsforanstaltninger med mindst 50 %, svarende til længde af fikseringer.
- at udføre Sensory Profile på alle inkluderede patienter.
- at personalet skal lære at planlægge og udføre intervention på baggrund af de udførte Sensory Profiles i samarbejde med superbrugerne og under supervision af AK og CA.
- at personalet skal anvende Sensory Indicator Tool, både i papirform, men også i digital form
- at personalet modtager undervisning af AK og CA i metoden Sensory Processing program and Intervention.
- at opnå patienttilfredshed med metoden
- At personalet oplever udbytte af undervisningen.

Målgruppen

Pilottestens målgruppe er alle voksne psykiatriske patienter som er indlagt på afsnittet i perioden marts – august 2013, uanset diagnose. Patient flow i perioden var 155.

Præsentation af afsnit:

Afsnittet er et åbent alment psykiatrisk afsnit med mulighed for skærmning. Der er 17 pladser. Alle psykiatriske patienter uanset diagnose modtages til behandling. Der er åbent 24 timer i døgnet alle ugens 7 dage. Der arbejdes i vagter på 8 timer ad gangen: kl 7-15, 15-23 og 23-07.

Personalet er tværfagligt sammensat, bestående af ergoterapeuter, plejere, social- og sundhedsassistenter (sosu), sygeplejersker, afdelingssygeplejerske og overlæge.

Metode

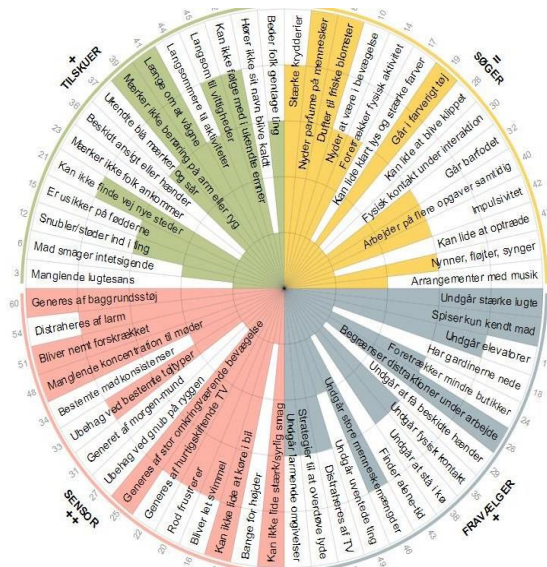
Vi har valgt følgende:

- Metoden som anvendes er taludtræk fra regionens elektroniske database med opgørelser om tvangsforanstaltninger.
- Metoden til at personalet skal udføre sensory profile på alle patienter og lære at intervenere anvendes den digitale prototype, der visualiserer sanseprofilen (Spp-yoke). Og der anvendes et afkrydsningsskema, hvor personalerne skriver når de har udført en test på en patient og udført en intervention. Der indhentes tal fra sekretariatet fra testperioden april – august 2013 for at se hvilket patientflow der har været i perioden målt op imod antal testede indlagte patienter.
- Hvorvidt personalet har anvendt arbejdsredskabet SIT, har vi anvendt det kvalitative interview, hvor det bliver spurgt ind til.
- Metoden der er anvendt, er et tilrettelagt undervisningsforløb fra start april til slut maj, hvor personalet modtog undervisning 2 – 3 gange om ugen om formiddagen og eftermiddagen, så både dagvagter og aftenvagter havde mulighed for at deltage og ved hjælp af en personaleliste kunne vi se om alle havde deltaget i undervisningsforløbet.
- Der er anvendt metoden CSQ – skema ift. Patienttilfredshed.
- Metoden til evaluering af undervisningsforløbet er spørgeskemaundersøgelse.

Beskrivelse af SPI

SPI metoden er et undervisnings, analyse og interventionsprogram i sanseintegrationsbehandling. I SPI indgår der udvalgte validerede testredskaber, interventionsskemaer, undervisningsmoduler, effektmåling og sansestimulerende hjælpemidler, samt erfaringsbaseret viden. SPI er for nuværende specielt udviklet til voksne mennesker med psykiske lidelser. Metoden generelt er dog anvendelig til mange andre grupper; børn, unge, udviklingshæmmede mm. Har et menneske problemer med sanseapparatet kan det resultere i uhensigtsmæssig adfærd som aggressivitet, øge stress, angst og dermed resultere i psykosegennembrud ift. psykiatriske patienter.⁸

Det at arbejde med sanserne er ikke diagnose bestemt, og det er oprindeligt udviklet til raske mennesker. Vi mennesker bruger ubevidst vores sanser i dagligdagen, vi tænker ikke nærmere over det, men gør automatisk de ting som gør og glade og får os til at føle os godt tilpas. ⁶



Figur 1 Sanseprofil fra den digitale prototype SPP-Yoke

Vi har udarbejdet et indikator værktøj, vi har kaldt Sensory Indicator Tool (SIT) Dette indikatorværktøj visualiserer resultatet af testen, dvs. patientens sanseprofil, på 2 forskellige måder: Den ene er udslag på de 4 sansetyper, Bystander, Seeker, Sensor, Avider. Den anden illustrerer sanseprofilens udsagn fordelt på de 7 sanser, samt aktivitetsniveau. For bedre at kunne anvende denne indikator, har vi udviklet en digitaliseret prototype, der hurtigt og nemt kan anvendes af afdelingens personale. Den digitale prototype, kalder vi SPP-Yoke.

Hjælpemidlerne, der anvendes, produceres af forskellige underleverandører til SPI og samles i 3 sæt i 3 forskellige størrelser: S-M-L.

Disse 3 sæt har vi kaldt SenSit-Kits og indbefatter også indretning af sanse rum, specielt målrettet psykisk syge patienter der har behov for sanseintegration og som opholder sig på en skærmet enhed.

Nedenstående er eksempler på 3 SenSit-Kits. Ikke alle nævnte er anvendt i projektet.

SenSit-Kit small:

Ball-stick, ørepropper, bomuldslagen, flonelslagen. dufte: kanel, rose, lavendel, appelsinduft og vanillie, solbriller, musiccure, massageruller, blød lille bold, bold med dupper, bold med tråde. Modelervoks/gelè, færdigbl. Brødpakke, så der kan æltes dej, led – approksimation, kuglevest, aerobichåndvægte, Kaffe. Færdigbandet kagedej. Svamp med ru og blød overflade. Ringspil i træ og hvor ringene er lavet i groft reb. Forskellige slags cremer, badesalte og sæber med dufte. Grov massage svamp. Tyggegummi.(beroligende, specielt godt formål til fobi træning). Sodavandsis.

SenSit-Kit medium:

Kugledyne/kædedyne, lava lamper m. forskellige farver lys samt bobler, hulahop –ring (vejer 2,3 kg), terapi – bolde, måtter, sjippetorv, petanque(metalbolde, udendørs brug), Musiccure, moviepoems, bowlingsæt med en blød bold og nintendo wii med sport spil.

SenSit-Kit large:

Sensit – stol m. skammel, Kugle vest, terapi bolde, forskellige slags spil som petanque, ring spil, bowlingsæt. Akvarium med forskellige slags fisk, store-små i forskellige farver. Movie poems og indretning af sanserum.

Beskrivelse af Sensory Profile

Sensory Profile, er et valideret testredskab og som oprindeligt er udarbejdet af *Winnie Dunn*, der har skrevet bogen 'Lev Sanseligt' ⁷

Testen udgives af Pearson Assessment.

Testen består af 60 spørgsmål, der belyser alle 7 sanser;

muskel –ledsansen, balancesansen, følesansen, smagssansen, lugtesansen, høresansen og synssansen og belyser patientens aktivitetsniveau.

Testen synliggør helt konkret hvordan patienten mestrer sine sanser.

Kan man ikke integrere og mestre sine sanseinput kan der opstå problemstillinger på det kognitive funktionsniveau som hukommelse, koncentration, indlæring, adfærd mm., hvilket testen kan være med til at belyse.

Har man besvaret de 60 spørgsmål sker der en sammentælling som viser hvordan man processer sine sanseindtryk. Dette sker ved hjælp af en scoringsnøgle:

Scoringsnøgle for de fire sansetyper ser således ud:

- ++ Betyder: Meget mere end de fleste
- + Betyder: Mere end de fleste
- = Betyder: Lig med de fleste andre
- ÷ Betyder: Mindre end de fleste andre
- ÷÷ Betyder: Meget mindre end de fleste andre

Sanseprofilen består af 4 sansetyper/kvadranter:

Bystander, Seeker, Sensor og Avider. Hvor man enten er *meget mere end de fleste*, *mere end de fleste*, *lig med de fleste*, *mindre end de fleste* eller *meget mindre end de fleste*.

Erfaringer med Sensory Profile

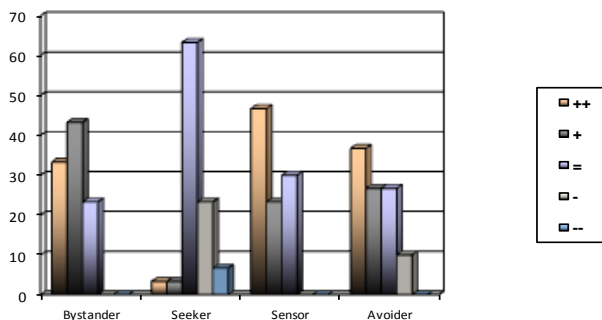
I projekt perioden marts – august 2013 har der været et patientflow på 155 patienter, hvor genindlagte patienter også er talt med. I den periode er der lavet 30 *sensory profile* test.

Dvs. ca. 20 % af de indlagte.

Profilerne ser således ud:

Der er ingen patienter som scorer *lig med de fleste andre* i alle fire sanseprofiler/kvadranter samtidig. Dvs. at alle testede patienter har vanskeligheder med at bearbejde sanseindtryk og har behov for sanseintegration.

Nedenstående diagram viser hvordan de 4 sansetyper fordeles blandt 30 sanseprofiler.



Figur 2 Sanseprofiler

På 80 % af alle indlagte patienter viser deres personprofil at de har udslag på flere sansetyper/kvadranter, hvilket der skal tages højde for under tilrettelægningsen af deres individuelle intervention idet persontyperne kan være kontraindikerende for hinanden og stresse patienten og skabe kaos for denne.

På sansetypen *bystander* scorer 76,7 % af alle testede patienter *mere end de fleste* eller *meget mere end de fleste*. Det viser at billede af at ¾ af patienterne ikke formår at mærke sig selv og mærke sig selv i forhold til sine omgivelser. De har svært ved at følge med i ukendte emner og er generelt langsom til aktiviteter /gøremål i hverdagen. De skal gerne have beskeder på skrift i stedet for en verbal besked ellers glemmer de hvad de skal. De har svært ved at orientere sig i nye omgivelser og skal have støtte til at finde rundt når de eksempelvis lige er blevet indlagt.

På sansetypen *seeker* scorer 30 % af de testede patienter *mindre end de fleste andre* og *meget mindre end de fleste andre*. Dvs. de undgår aktivt stimuli og skal have støtte i form af mestringsstrategier for at skabe balance i hverdagen. De bryder sig ikke om at hverdagen ændrer sig hele tiden, de kan bedst lide at gå til de samme ugentlige aktiviteter som giver genkendelighed og overskuelighed. De er ikke impulsive og gør helst ikke noget de plejer. De går ikke med parfume og tilsætter ikke krydderier til deres mad.

På sansetypen *sensor* scorer 70 % *mere end de fleste* og *meget mere end de fleste*. Det viser et billede af at en stor procentdel af de testede patienter i overvejende grad er følsomme mennesker, der nemt bliver forskrækket, har svært ved at tåle støj og magter ikke at koncentrere sig i længere tid af gangen idet de hurtigt distraheres af lyde fra omgivelserne. De har behov for at gå med bestemte typer af tøj og gerne med lag på lag for at tøjet giver tyngde og som virker beroligende på dem. De har gerne store problemer fysisk kropskontakt og berøring og nogle har svært ved at give et håndtryk som ellers virker helt almindeligt for os andre.

På sansetypen *avoider* scorer 63,4 % *mere end de fleste* eller *meget mere end de fleste*. Det viser et billede af at over halvdelen af de testede patienter *aktivt* fravælger stimuli, de har behov for alenetid, har svært ved at færdes i et butikscenter og foretrækker mindre butikker. De fravælger larmende omgivelser og undgår myldretiden. De kan være sensible overfor lys eller lyde, hvor de trækker gardinerne for hele dagen eller bruger ørepropper.

På 80 % af de testede patienters sanseprofiler scorer de på flere modaliteter, hvilket indikerer at der er behov for individuel tilrettelagt sanseintegrationsbehandling.

Bystander	43,3%	Mere end de fleste andre
	33,3%	Meget mere end de fleste andre
	23,3%	Lig med de fleste andre
	0 %	Mindre end de fleste
	0 %	Meget mindre end de fleste
Seeker	3,3%	Mere end de fleste andre
	3,3%	Meget mere end de fleste andre
	63,3%	Lig med de fleste andre
	23,3%	Mindre end de fleste andre
	6,7%	Meget mindre end de fleste andre
Sensor	23,3%	Mere end de fleste andre
	46,7%	Meget mere end de fleste andre
	30%	Lig med de fleste andre
	0 %	Mindre end de fleste andre
	0 %	Meget mindre end de fleste andre
Avoider	26,7%	Mere end de fleste andre
	36,7%	Meget mere end de fleste andre
	26,7%	Lig med de fleste andre
	10%	Mindre end de fleste andre
	0 %	Meget mindre end de fleste andre

Hanschu & Reisman

Observationstest:

Er patienten i den akutte fase, psykotisk og ikke magter at besvare spørgsmål, laves der en observationstest fra *Hanschue og Reissmann*. Det er en valideret test til

udviklingshæmmede, men den viser sig at være god praksis til psykisk syge patienter. Testen er et afkrydsningsskema, hvor der observeres på de tre sanser: Berøringssansen, balancesansen og muskel-ledsansen.

Erfaringer med Hanschu & Reisman

Der er udført 3 stk. observationstest. Fælles for testene er at patienterne scorer højt ved berøringssansen samt muskel –ledsansen. Testene blev alle udført på patienter som senere hen blev lagt i bælte. 2/3 af patienterne scorer tre eller mere end tre deficit under *generelle reaktioner* er deres kognition så dårlig at intervention er dufte som har en hurtig men kortvarig effekt. 2/3 af patienterne lagde med kugledyne under fikseringen for at give stimuli og det er vigtigt at holde sig for øje at er patienter fikseret i mere end 2 døgn uden nogen form for stimuli kan der fremkomme psykoseudbrud.

Patienternes oplevelse med SPI

Der er udleveret patienttilfredsskemaer til de patienter der har modtaget sanseintegrationsbehandling. 7 patienter besvarede tilfredshedsskemaet. Svarene fordeler sig således:

Tilfreds: 14,3 %

Meget tilfreds 42,9 %

Særdeles tilfreds 42,9 %

”Jeg er overbevidst om at sanseintegrationsbehandlingen har været med til at forkorte min indlæggelse her på afdelingen”

”Helene” 28 år

”Jeg har aldrig tænkt i den retning, jeg er blevet mere opmærksom på mig selv og mine ressourcer”

”Jens” 31 år

Uddannelse af personalet i SPI

Al personale, 25 medarbejdere, på afdelingen blev undervist i 2 moduler i en periode der strakte sig over ca. 2 måneder. Der blev lavet en undervisningsplan til personalet således at de blev undervist når de havde dagvagt eller aftenvagt. Det var en tidskrævende løsning, men det var rammerne på det givne tidspunkt. De to faste nattevagter modtog ikke undervisning, idet det ville være for ressourcekrævende at undervise nattevagterne og vi vurderede at undervisningen om natten ikke ville blive så udbytterig som hvis undervisningen lå i dagtimerne eller aftentimerne.

Kursusevalueringer fra personalet:

Vi modtog 10 tilbagemeldinger på vores kursusmoduler.

Punkt 1. Er formålet opfyldt?

Her svarede 67 % tilfreds og 33,3 % svarede meget tilfreds.

Punkt 2. I hvor høj grad er du tilfreds med kursusmaterialet?

Her svarede 70 % tilfreds og 30 % meget tilfreds.

Punkt 3. I hvor høj grad er du tilfreds med oplægsholdere/undervisere?

Her svarede 70 % tilfreds og 30 % meget tilfreds.

Punkt 4. I hvor høj grad er du tilfreds med din egen indsats?

Her svarede 88,9 % tilfreds og 11,1 % meget tilfreds.

Punkt 5. I hvor høj grad er du tilfreds med kurset som helhed?

Her svarede 10 % delvis tilfreds, 50 % tilfreds og 40 % meget tilfreds.

”sanseintegration kan bruges i dagligdagen, og det er nemt at anvende”

”Helle”, sygeplejerske

”At det både gør personalet og patienten opmærksom på mestringsstrategier til gavn for patienten”

”Lasse”, plejer

”Vi kunne godt ønske os mere tid til undervisning”

”Mona”, Social og Sundhedsassistent

Det sidste udsagn fra personalet er et statement som 50 % af personalet giver udtryk for.

Personalets erfaringer med SPI

Under projektperioden har 1/3 af personalet udført en sensory profile test på en eller flere patienter. Personalet har gerne testet de patienter som de er kontaktperson for eller har en god relation til.

Som en del af evalueringen er personalet blevet interviewet om deres oplevelser med projektet. Her er et par uddrag fra interviewene:

”God test, gode spørgsmål, tvinger patienten til at blive mere bevidst omkring sit sansemønster”.

Et andet statement: *”Godt redskab, godt supplement til den psykiatriske behandling”.*

Under projektet er der ligeledes anvendt indikatorredskabet SIT

Statements fra personalet: *”Godt redskab, må endelig ikke falde på gulvet, vigtigt at vi bruger det fremover”.*

Et andet statement: *”Redskabet SIT er umiddelbart lidt forvirrende, det gav god mening da I underviste, men nu begynder jeg at glemme det, rigtig irriterende”*

Under projektet har vi igennem Protac fået udlånt sansehjælpemidler i form af kuglestole, kugledyner og kugleveste til afdelingens sanserum. Disse redskaber tog personalet hurtigt til sig:

Statement: *”Jeg har brugt kuglestolen til patienterne i stedet for PN medicin”.* *” Træls når projektet slutter og stolene skal væk igen”.*

Statement: *”Kuglestolen er god til at afstresse og virker beroligende på patienterne og har forhindret i tvangssituationer”.*

Direkte adspurgt hvordan det har været at deltage i pilotprojektet? Statements fra personalet:

Statement: ” *Det har været et godt projekt, men al for kort tid. Det er endnu ikke blevet en vane for os at bruge sanseintegration, og i de sidste 6 uger har vi ikke lavet nogen test på patienterne. Vi har over sommeren haft rigtig travlt og det har været et fravalg, ikke fordi vi ikke har villet, men af nød*”.

Statement: ”*Det har været et spændende projekt, men introduktionen til sanseintegration har været lidt for hurtig, gerne mere undervisning*”.

Statement fra afdelingssygeplejersken: ” *Det har været et spændende at der har været fokus på at tilbyde patienterne andre muligheder end tvang. Det er vigtigt for en afdeling at have den fornødne tid og være fokuseret*”.

Statement fra afdelingssygeplejersken: ”*Hen over sommeren kan vi se at vi ikke har kunnet forbygge med sanseintegration og lave tests på patienterne og det halve af personalet har været fra andre afdelinger og har ikke fået undervisningen. Alt dette pga. sammenlægninger af afdelinger i sommerferieperioden og vi har manglet vores tovholdere*” (red. Superbrugere)

Statement fra superbruger ift. hvordan hun oplever sin rolle har været på afdelingen under pilotprojektet: *Jeg synes jeg kørte meget træt i starten fordi det tog tid før resten af personalet begyndte at lave test og så har tiden været afgørende, har ikke følt jeg har haft den fornødne tid idet vi er med i normeringen.*

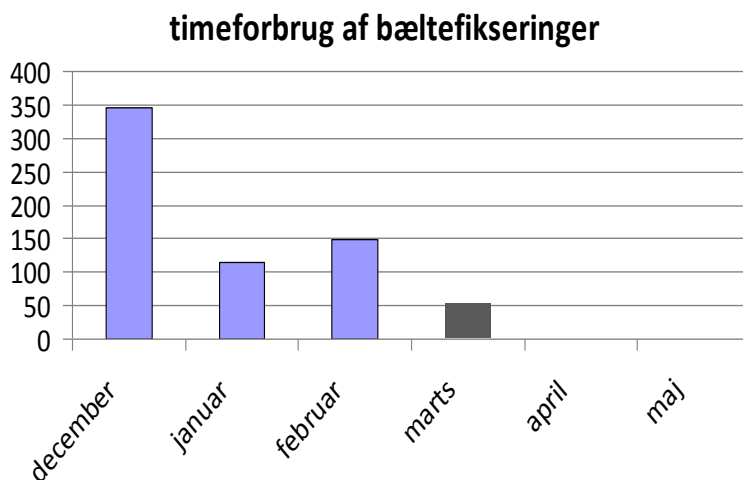
Målinger af bæltefikseringer

Vi målte den samlede længde af bæltefikseringer 3 måneder før projektet og 3 måneder efter opstart af projekt. Målingerne er stillet til rådighed af Sygehus Sønderjyllands administration i Middelfart. Før-målingerne er foretaget på projektafdelingen i december 2012, januar og februar 2013.

Efter-målingerne er foretaget i perioden marts, april og maj 2013. Herefter var vores målinger ikke længere sammenlignelige, da afdelingen blev lukket sammen med en anden afdeling, hvor personalet ikke havde fået undervisning i SPI og derfor ikke kunne

give patienterne det ønskede tilbud. Vi valgte derfor at sætte projektet i bero, selvom vi gerne ville have fortsat i en længere periode end 3 måneder. Oplyst af afdelingssygeplejersken var cirka halvdelen af personalet i sommerferie perioden, personale fra andre afdelinger pga. sammenlukning. Det vurderede vi, var for stor en procentdel af personalet der ikke var uddannet i SPI til at vi kunne måle en effekt på bæltefikseringerne og de øvrige parametre, der var stillet op som vores succeskriterier. Vi fulgte dog stadig udviklingen i bæltefikseringerne i juni, juli og august måned 2013 og kunne se, som forventet, at de var stigende.

Som det kan ses af nedenstående figur, har der i perioden før projektet ikke været en måned med under 100 timers bæltefikseringer. Det gennemsnitlige forbrug af bæltefikserings timer er ca. 200 i december, januar og februar. I marts måned 2013, falder bæltefikserings timeforbruget til ca. 50 timer. Og de næste 2 måneder til 0.



Afdelingssygeplejersken og den ansvarlige læge på afdelingen gav klart udtryk for at dette fald skyldes SPI indsatsen. Ligeledes gav afdelingssygeplejersken udtryk for at SPI ikke blev anvendt i sommerferieperioden pga. øget travlhed, afvikling af ferie, tilstedeværelse af personale der ikke var uddannet i SPI metoden, øget antal af patienter der blev overflyttet fra andre afdelinger pga. sammenlukningen.

Vi kan på baggrund af ovenstående konkludere, at hvis man skal arbejde målrettet og struktureret med at nedbringe bæltefikseringerne, kræves det, at der er de fornødne ressourcer og forudsætninger på afdelingen. Og det ser ud som om at uddannelse og opfølgning er et nøglebegreb i indsatsen. Det har flere steder været diskuteret om de

sansestimulerende hjælpemidler alene var med til at nedbringe tvangsforanstaltningerne. Vi mener på baggrund af vores erfaringer at man netop kan se, at det er de personalemæssige ressourcer og viden på området, der gør en forskel. De 30 sanse profiler, der blev udført i perioden april – maj, lå til grund for den individuelle tilrettelagte intervention, som indebærer både et direkte behandlingstilbud under indlæggelsen, men også et psykoedukativt element, hvor patienten undervises ud fra sin helt egen sanseprofil i, hvad der fremover vil være hensigtsmæssigt at tage hensyn til. Endvidere medgives patienten sin sanseprofil og forskellige interventionsstrategier i en lille folder, som kan arbejdes videre med derhjemme eller i samarbejde med bo støtte og ambulante tilbud. Netop denne klient centrerede tilgang er yderst vigtig for at der bliver en sammenhæng imellem analyse, indikation og intervention. I sommerferieperioden blev der kun udført en enkelt sanseprofil, men der blev stadig anvendt de sansestimulerende hjælpemidler, men nu uden en individuel analyse og intervention. Det vil i praksis sige, at man skød lidt i blinde, når man anvendte hjælpemidler uden forudgående analyse og særlig indsigt i SPI metoden.

Det gode forløb – cases

Case 1:

En ung pige på 25 år bliver indlagt med selvmordstanker. Hun har op til indlæggelsen været misbrugende af forskellig medicin og hash. Hun er fra tidligere indlæggelser kendt med en meget selvskadende adfærd og angstproblematik.

De første timer under indlæggelsen har hun abstinenser er fysisk urolig, dørsøgende og derfor bliver der foranstaltet ”døraflåsning” på hende. Hun beder om at få en fast vagt, idet hun er angst for at være alene. Har gjort brug gjort brug af dette ved tidligere indlæggelser, samt af bæltfiksering, og det er det, hun har oplevet giver hende tryghed. Patienten bliver testet og hun får en kuglestol ind på værelset på skærmet afsnit. Hun får først tilbudt noget beroligende medicin og derefter anvises hun kuglestolen. Sover i stolen i 4 timer og er stille og rolig bagefter – der er undgået en tvangsforanstaltning med fast vagt. Patienten og personalet kan gå en rolig weekend i møde. Patienten har brudt sit normale handlemønster og fået andre mestringsstrategier. Ved indlæggelse fik patienten lavet en sensorisk profil og der blev i samarbejde med patienten lavet en mestringsplan til

hende. Efter et par måneder blev hun genindlagt og hun fik lavet en ny sensorisk profil som viste nøjagtig den samme sanseprofil som ved den første indlæggelse. Ens sanseprofil ændrer sig ikke og derfor kan patienten bruge sin mestringsplan som hun/han har fået udleveret når vedkommende bliver udskrevet og ved en eventuel genindlæggelse.

Case 2:

Ung bosnisk mand på 30 år bliver indlagt pga. psykotisk tilstand, hvor han ikke spiser særlig meget, isolerer sig i hjemmet og har kun sparsom kontakt til forældrene.

Han ernæringsscreenes på afdelingen og han BMI ligger på 16, er i kategorien undervægtig. Spiser ikke meget på afdelingen og personalet er bekymrede for ham.

Forældrene kommer med den mad han spiser, lidt brød og ellers chips og vand på flaske.

Patienten får lavet en Sensory Profile, profilen fortæller at patientens sanseapparat ikke kan klare mange stimuli før han bliver stresset, og at han ikke aktivt selv søger stimuli.

Faktisk slet intet. Derfor er der også en chance for at patienten bliver understimuleret og ikke aktivt kan søge den. Profilen fortæller ligeledes at patienten har stort behov for at spise de samme madvarer ellers bliver han stresset. At han har svært ved mange mennesker og er taktil sky, dvs. reagerer afvigende, negativt og med tydelig tegn på ubehag ved berøring af forskellig art.

Der har været stor uenighed blandt personalet hvorvidt patienten skulle blive ved med at få maden bragt af forældrene, og om han skulle blive ved med at spise på egen stue?

Testen viste at for ikke at stresser patienten unødigt og forlænge indlæggelsen unødigt, var det vigtigt at patienten fik lov til, at få den kendte mad han kunne lide og spise for sig selv på egen stue. Under indlæggelsen som varede i 3 uger, tog han 7 kg på, og op til udskrivelsen formåede patienten at spise af afdelingens mad blandt medpatienterne.

Case 3:

En ung mand 22 år er blevet indlagt på afdelingen, han har stoftrang, er motorisk urolig, verbal aggressiv og let afledelig. Han er dagen forinden taget ud af bælte, men har stadig ordineret fast vagt på skærmet afdeling. Jeg kommer over på afdelingen og ind på kontoret som ligger op til skærmet afdeling med en glasrude imellem. Patienten hilser med det samme på u.t., han virker opkørt og får alt med hvad der sker inde på kontoret og hver gang der kommer personale ind på kontoret hilser han på vedkommende. Jeg starter

med at trække gardinet for ind på kontoret så han ikke får så mange stimuli, hans ageren og kropssprog viser at, det er det han kører op over.

Inde på skærmet enhed sidder der en fast vagt på en stol med siden vendt fra patienten, således at der ikke opfordres til samtale, hvilket går rigtig fint, men da der kommer et andet personale ind på skærmet enhed for at tale med den faste vagt, begynder patienten at blive urolig, han går frem imod dem, kommenteret på alt hvad de samtaler om. Han bliver bedt om at gå ind på egen stue, men patienten kan ikke afledes og bliver mere opkørt. Dette er en akut situation hvor der ikke er tid til at lave hverken en *sensory profile* test eller *observationstest* på patienten, men tage udgangspunkt i de observationer man gør sig som sundhedsfagligt personale og gøre brug af teorien der ligger til grund for sanseintegrationsbehandlingen.

Patienten bliver tilbudt en is som er med til at aflede ham og ændre modus, en hæmmende intervention som patienten i dette tilfælde har behov for. Patienten falder til ro og går ud i gårdhaven og hen over weekenden tager afdelingens personale interventionen i brug med god effekt og vigtigst af alt er der forbygget en tvangssituation med bæltefiksering.

Case 4:

En ung pige på 20 år bliver akut indlagt med selvmordstanker, tankemylder og uro. Der bliver lavet en sensory profile på hende og hun præsenteres for en kuglestol pga. uro og angst. Pt. Isolerer sig meget på stuen men personalet vurderer at hun selvstændigt kan benytte sig af kuglestolen i opholdsstuen. Pt. Giver udtryk for at være meget glad for kuglestolen, siger den giver hende ro og hun er overbevidst om at den er grunden til at hun bliver udskrevet tidligere end hun ellers ville have været. Det har tvunget hende til at være mere social blandt med patienter, så hun er kommet hurtigere ud af sin isolation. Pt. Fortæller at behandlingen har været en god oplevelse for hende.

Perspektivering

Vi har en indikation på at SPI metoden kan reducere og forebygge tvang – det mener vi er værd at bygge videre på. Vi mener at der er indikation nok til at anbefale yderligere testning af metoden over en længere periode, for at høste flere erfaringer.

Vi har en formodning om at det er nødvendigt med mere uddannelse af personalet, samt indførelse af en række ledelsesværktøjer såsom certificering, årlige audits, akkreditering og digitaliseret kvalitetssikringsværktøjer for at opnå en varig effekt efter endt projektperiode. Dette vil også være nødvendigt for at kunne udbrede metoden nationalt. Metoden opleves positivt blandt patienter såvel som personale. Vi anbefaler at metoden i tænkes som en fælles psykiatrisk indsats, kommunalt og regionalt. På baggrund af pilottesten ønsker vi metoden yderligere klinisk testet på 4 – 6 afdelinger fordelt på flere hospitaler, nationalt. Vi har søgt TrygFonden om midler til et 2-årigt multicenter studie i samarbejde med 3 Regioner, støttet af sygehusledelsen ved Augustenborg/Haderslev.

Kilder

1. Dansk sundhedsinstituts rapport januar 2011
2. Danske regioners nøgledatabase
3. Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010, Sundhedsstyrelsens rapport
4. Danske Regioner juni 2010 – mindre tvang i psykiatrien
5. Anvendelse af tvang – status september 2012, Region Syddanmark
6. Jean Ayers, *Sanseintegration hos børn*
7. Winnie Dunn, *Lev sanseligt*
8. Description and appraisal of Treatment of Sensory Defensiveness in Adults by Pfeiffer & Kinnealey, 2003
9. A Sensory Approach in inpatient psychiatric Settings by Champagne & Sayer 2003

