

# Vurdering af metoden Arousal Profile & Guideline

Februar 2020



## **Vurdering af metoden Arousal Profile & Guideline**

Februar 2020

©DEFACTUM, Region Midtjylland

Rapporten er udarbejdet af:

Konsulent Pernille Bjørnholt Nielsen, perbjoe@rm.dk  
DEFACTUM, Koncern Kvalitet

Region Midtjylland  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Aarhus N

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)  
DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, september 2019

Rapporten kan downloades fra [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk).

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	Baggrund og formål .....	4
<b>2</b>	Kort om APG-metoden .....	5
2.1	Indhold .....	5
2.2	Organisering.....	5
<b>3</b>	Resume .....	6
<b>4</b>	Metodetilgang for vurderingen.....	8
<b>5</b>	De deltagende afsnit .....	10
5.1	Sengeafsnit S1 Vordingborg, indgang 29 og 32, Region Sjælland .....	10
5.2	Afsnit 55, 62/64 og 61/63, Aabenraa Sygehus, Region Syddanmark.....	11
<b>6</b>	Datagrundlag .....	12
<b>7</b>	Resultater.....	13
7.1	Arbejdsmiljø .....	13
7.1.1	Trivselsmålinger blandt medarbejderne.....	13
7.1.2	Oplevelse af vold, trusler og konflikter.....	16
7.2	Struktur, ansvarsfordeling og relationscirkler.....	17
7.3	Magtanvendelse og anvendelse af tvang .....	20
7.4	Tryghed og bekymringer.....	21
7.5	Kompetencer hos personalet .....	22
<b>8</b>	Opsamling på resultaterne .....	28
8.1	Positive erfaringer.....	28
8.2	Udfordringer ved APG-metoden.....	28
8.3	Forbedringsforslag til metoden.....	29

# 1 Baggrund og formål

Arbejdsrelateret vold og trusler om vold er et alvorligt arbejdsmiljøproblem. Der er således brug for evidensbaserede metoder til at forebygge vold og trusler. Koncern HR, Center for Kompetenceudvikling i Region Midtjylland har i samarbejde med de Psyko-Fysiske konsulenter udviklet et risikovurderings- og håndteringsredskab, APG, der bygger videre på den evidensbaserede viden, der eksisterer på risikovurderingsområdet. Meget peger på, at anvendelsen af APG kan forebygge og nedbringe antallet af voldsepisoder og voldsrelaterede arbejdsskader jvf. afprøvede APG'er. Der er dog ikke foretaget en systematisk dokumentation af effekterne af de afprøvede APG'er. Derfor har Center for Kompetenceudvikling ønsket

DEFACTUMS hjælp til at indsamle og bearbejde data om effekten af metoden. Vurderingen er finansieret af Helsefonden og Koncern HR, Center for Kompetenceudvikling, Region Midtjylland.

Formålet med vurderingen af APG-metoden er at afdække, om der kan dokumenteres en effekt på følgende områder: Arbejdsmiljø – herunder trivsel og arbejdsskader, sygefravær, nedbringelse af tvang/magtanvendelser, faglige kompetencer og trivsel for borgerne.

Målgruppen for undersøgelsen er arbejdspladser med borgere eller patienter, der udviser særlig udadreagerende eller selvskadende adfærd.

## 2 Kort om APG-metoden

APG er en metode til forbedring af tilgangen til og samarbejdet med mennesker, med meget udadreagerende og/eller selvskadende adfærd. APG er en forkortelse for Arousal Profiel & Guideline. Oprindeligt har metoden heddet AggressionsProfiler og guidelines, undervejs har den skiftet navn, hvorfor nogle deltagere kender den under dette navn.

### 2.1 Indhold

APG-metoden består primært af en udarbejdelse af en "arousalprofil" for den enkelte person. Profilen udarbejdes af personale, der kender den konkrete person med inddragelse af denne. Metoden indeholder en risikovurdering, hvor der arbejdes med at afdække det konkrete menneskes tidlige tegn på stigende arousal (ophidselse). Personalet udarbejder risikovurderingen ved systematisk at identificere adfærd og adfærdsændringer i forskellige arousal tilstande (når personen har det bedst, er lettere opkørt og er meget opkørt). Der arbejdes på at forstå personens reaktioner og bevæggrunde samt personens ressourcer og mestringsstrategier. Med afsæt i dette analysearbejde og dialog mellem fagpersonerne udarbejdes der fælles og i højere grad aftalte handlestrategier til forebyggelse og "håndtering" af situationer med udadreagerende og/eller selvskadende adfærd.

Erfaringerne viser, at det er væsentligt, at de konkrete handlestrategier respekterer personens forskellige relationer til personalet. Derfor arbejdes der med afsæt i de enkelte medarbejders relationer til den konkrete person. I denne sammenhæng tales der om, at medarbejderen kan være i inder, midter- eller ydercirkel hos personen. Derudover inddrages såvel personens som medarbejdernes erfaringer med, hvad der konkret kan gøres for at forebygge at personens arousal stiger. Endelig arbejdes der med at støtte personen i mestring af en situation med høj arousal.

### 2.2 Organisering

Profilen udarbejdes af en gruppe medarbejdere der kender patienten godt, og processen ledes af en facilitator. Afdelingssygeplejersken eller -lægen deltager den sidste halve time. Hvis personen er på et bosted, har der været deltagelse fra disse i udarbejdelsen af profilen. Profilen udarbejdes typisk over to dage med en mellemliggende observation/afprøvningsfase. Profilen kan også udarbejdes på 1 eller 1½ dag, hvis personalet er kendt med metoden, og personens handlemønstre ikke er alt for komplekse.

### 3 Resume

Denne vurdering af APG-metoden skulle bl.a. have bygget på data fra registrene og tavleregistreringerne. Begge dele har dog vist sig at være mangelfulde, hvilket har betydet at det via de kvantitative målinger ikke har været muligt hverken at af- eller bekræfte effekten af metoden. Der er indsamlet data fra spørgeskemaer som angår de specifikke patienter, der er udarbejdet APG profiler på. Resultaterne fra disse viser, at en større andel medarbejdere mener, at metoden har opnået de tiltænkte effekter i meget høj, høj eller nogen grad.

Der er yderligere foretaget en række fokusgruppeinterview, og de kvalitative data viser, at medarbejderne ikke er i tvivl om, at APG-metoden har positiv effekt på arbejdsmiljø, personalets kompetencer, magtanvendelser og forebyggelse af optrapning og patientens trivsel.

De deltagende afsnit giver udtryk for at brugen af APG-metoden virker i forhold til at personalet har en oplevelse af, at APG-metoden udvikler deres faglighed. Personalet opnår med APG-metoden en bedre, mere struktureret og samlet tilgang til patienten, samtidig med at de får en bedre forståelse for patienten og dennes handlemønstre.

Arbejdet med APG-profilerne giver medarbejderne et fælles sprog, ens tilgang til patienten, flere nuancer og større kendskab på tværs af medarbejdere på afsnittet og i botilbuddet. APG-metoden foranlediger også en gennemgang af patientens historik og triggerpunkter. Dette betyder, at de er i stand til at forebygge konflikter, før patienten når i high arousal.

Et resultat er, at udarbejdelse af profilerne på et afsnit har givet anledning til at sætte et fast team omkring patienten, som agerer efter de fastlagte aftaler. I notatet fra APG'en står beskrevet, hvad der er patientens udfordringer, og hvordan personalet skal agere. Dette anvendes flere steder som gennemlæsning før ankomst af patienter og sætter personalet i stand til at agere på en mere hensigtsmæssig måde.

Et andet centralt resultat af metoden er, at medarbejderne er i stand til at aflæse patienten langt hurtigere end tidligere. Ved at kunne aflæse patientens signaler bliver det derved muligt at agere mere hensigtsmæssigt. Det betyder fx at personalet nogle gange skal tage bestemte forholdsregler eller trække sig, andre gange skal de blive og være i patientens vrede, hvilket beroliger patienten da de får oplevelsen af, at personalet kan være i situationen. For nogle af afsnittene har APG'en givet anledning til at tale om, hvorvidt de er i inder-, midter- eller ydercirkel for patienten. Dette har betydning i forhold til, hvad der kan siges og gøres overfor patienten. Andre resultater har været en oplevelse af større forståelse og empati for patienten, samt accept af patienten. Nogle har haft en oplevelse af at gå fra en opfattelse af, at det er en irriterende patient til "jeg forstår, hvorfor patienten reagerer som vedkommende gør" og medarbejderen oplever at kunne påvirke håndteringen af patienten.

Større enighed blandt medarbejderne som har deltaget i APG-udarbejdelsen er samtidig et resultat, der ses i afsnittene. Det betyder, at medarbejderne agerer ens overfor patienten, hvilket giver ro og tryghed. Patienten møder derved en fælles holdning uanset, hvem der er på vagt. Bedre samarbejde med bosteder og mere struktur på tværs er et yderligere resultat af profiludarbejdelsen.

Generelt set mener medarbejderne, at metoden fungerer og er i stand til at forebygge konflikter og forhindre en eskalering

En udfordring ved metoden er manglende udbredelse af resultaterne. Det er ikke alle, som er med til at udarbejde profilen i personalegruppen, hvilket betyder, at resten af personalegruppen ikke har den samme brugbare viden om patienten.

Et løsningsforslag fra et afsnit har været at gennemføre metoden på en halv dag frem for to dage, men for en langt større personalegruppe.

Data fra fokusgruppeinterviewene tyder på, at målgruppen af patienter som kan have gavn af en APG-profil kan udvides fra de meget udadreagerende og ressourcetunge patienter til mange andre, der også kører op i perioder.

## 4 Metodeltilgang for vurderingen

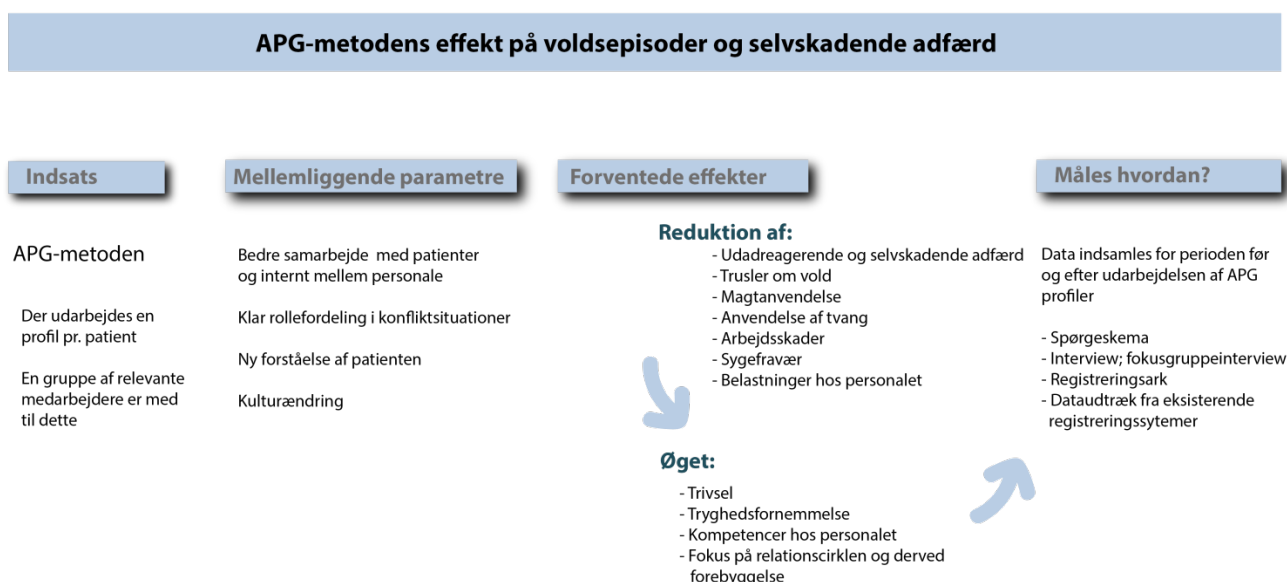
Det oprindelige design for undersøgelsen af APG-metoden baserede sig på en virkningsteoretisk tilgang, hvor indsatsens målgrupper og aktiviteter kobles til forventede proces-/resultatmål på kort og langt sigt. For at afdække indsatsens effekter har ønsket været at anvende forskellige dataindsamlingsmetoder.

Konkret undersøges der i projektet om APG-metoden har effekt på:

- Arbejdsmiljø (trivsel, tryghedsfornemmelse, sygefravær og belastninger hos personalet)
- Magtanvendelse (anvendelse af tvang/magtanvendelser)
- Kompetencer hos personalet
- Forebyggelse og brug af relationscirklen

Figur 1 illustrerer hvorledes designet er tænkt.

**Figur 1: Design for vurderingen**



Ønsket har været at anvende registerudtræk til at følge udvikling i tvang, arbejdsskader samt vold og trusler om vold. DEFACTUM har forsøgt at indhente data fra de deltagende afsnit, men det har vist sig, at være meget mangelfuldt data, der er leveret.

I stedet bygger vurderingen på andre data, som det har været muligt at indsamle:

- **Tavleregistreringer:** Det har i noget omfang været muligt at få afdelingerne til at lave tavlere registreringer af de episoder, hvor patienterne udviser aggression. Dette er foregået ud fra en skabelon
- **Fokusgruppeinterviews:** Der er foretaget fokusgruppeinterviews. Ved disse er tavlere registreringerne anvendt i forbindelse med spørgsmål om konflikter, provokationer hos patienterne, tiltag for at stoppe aggressionen og lignende.
- **Spørgeskemaundersøgelse:** Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere på afsnittene bestående af to spørgeskemaer.

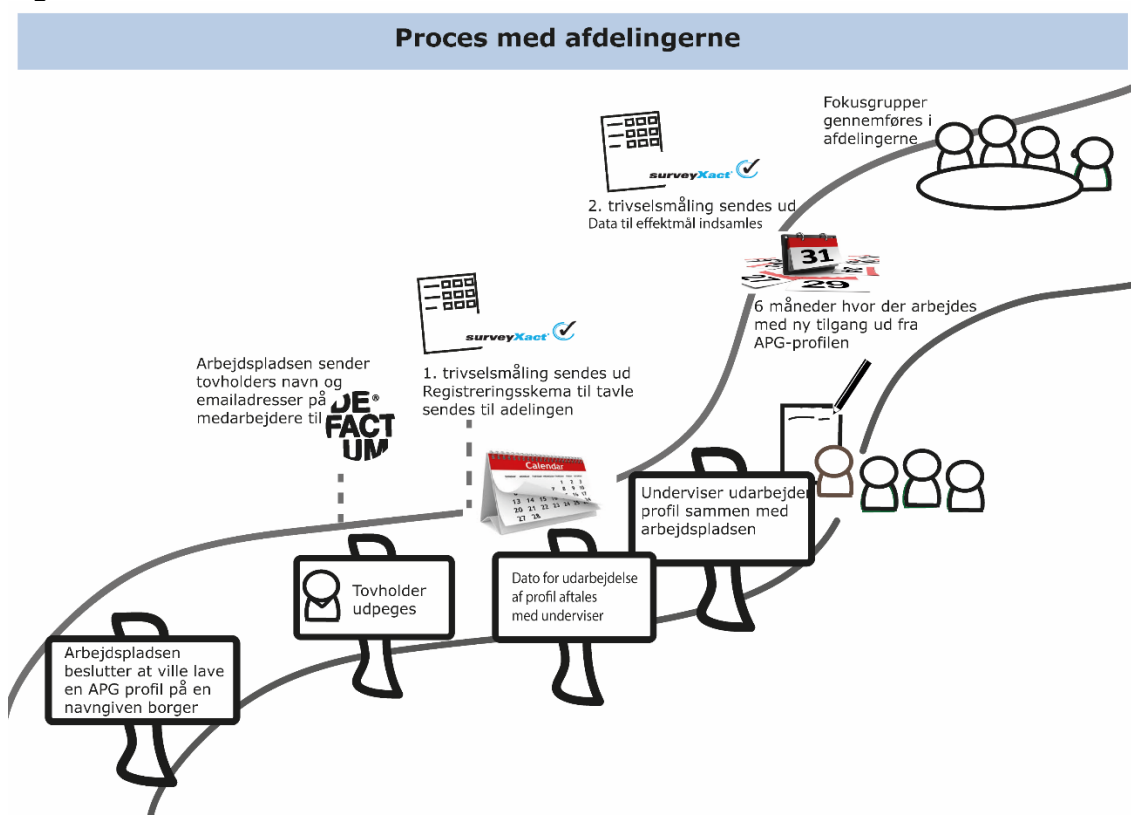


Spørgeskemaerne indeholder spørgsmål om trivsel, som er inspireret af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og SF 12-spørgsmålene. Derudover er der en række specifikke spørgsmål, som er rettet mod APG-metoden. Spørgeskemaerne har været udsendt både før og efter introduktionen af APG-metoden. Men på nogle afdelinger har der været en del personaleudskiftning, hvorfor før- og eftermåling ikke altid har været muligt.

## 5 De deltagende afsnit

De deltagende afsnit modtager og behandler alle særligt udfordrende patienter, som enten er udadreagerende eller selvskadende. Når patienten udvælges til at få lavet en APG-profil er patienten typisk kendetegnende ved ofte at være udadreagerende og være en "kendt" patient på afsnittet. Grundet APG-patienternes sygdomsniveau og fx psykotiske eller retarderede tilstande har det ikke været muligt for afsnittene at inddrage patienterne i udarbejdelsen af APG-profilerne, hvilket ellers kan være en mulighed. I nogle tilfælde er patienten blevet præsenteret for, at personalet har haft en snak om, hvordan de kan gøre det bedre for patienten. Via dialoger om emnet har patienten så været med til at lave konkrete aftaler og bidraget til, at personalet har kunnet præcisere APG-profilen. Andre patienter ved de ikke, at metoden er anvendt. Figur 2 viser processen med afdelingerne.

**Figur 2: Proces**



### 5.1 Sengeafsnit S1 Vordingborg, indgang 29 og 32, Region Sjælland

Sengeafsnit S1 i Vordingborg er et akutafsnit, som modtager og behandler patienter i alderen 18-75 år. Indgang 29 er fortrinsvist til nye patienter, der har behov for intensiv pleje og behandling, imens indgang 32 primært er for patienter med dobbeltdiagnoser. Patienter på S1 kan være frivilligt indlagt, indlagt i henhold til dom eller tvangsindlagt. Patienternes indlæggelsestid varierer fra et døgn til flere måneder, og den gennemsnitlige indlæggelsestid er ca. 20 dage.

S1 har arbejdet med APG-metoden siden 2013. Afsnittet anvender bl.a. også værktøjerne Safewards og Region Sjællands deeskaleringskoncept. Begge dele bruges, når afsnittet udarbejder den strukturerede og tilpassede tilgang til patienten via APG-profilen.

I Vordingborg vælger personalet at få lavet APG-profil på patienter, hvor der er særlige udfordringer med udadreagerende eller selvskadende adfærd, og hvor der er splittelse blandt personalet, fx i forhold til hvilken tilgang, der virker over for patienten.

Afsnittet har tre profiler som indgår i projektet. Profilerne i Vordingborg er udarbejdet på 1 dag, medens de øvrige profiler i projektet er udarbejdet over 2 dage.

## 5.2 Afsnit 55, 62/64 og 61/63, Aabenraa Sygehus, Region Syddanmark

Psykiatrisk Afdeling Aabenraa på Kresten Philipsensvej 15, består af to dobbeltafsnit samt to enkeltafsnit. Sengeafsnit 55, 62/ 64 samt 61/63 er akut modtageafdelinger på Aabenraa sygehus. Afsnit 55 har 16 sengepladser, mens Afsnit 61/63 og 62/62 har 30 tilsammen. Dertil kommer overbelægningspladser. Alle tre afsnit er åbne afsnit med integreret lukket niveau. Afsnittene modtager og behandler patienter i alderen fra 18-70 år. Der indlægges patienter med alle diagnoser indenfor det psykiatriske spektrum, fx depression, skizofreni, PTSD, personlighedsforstyrrelse samt patienter med dobbeltdiagnoser.

Afsnit 55 modtager patienter fra Aabenraa kommune, mens afsnit 62 og 64 modtager patienter fra Sønderborg Kommune og Padborg Kommune.

Patienterne i afsnittene kan enten være frivilligt indlagt, tvangsindlagt eller indlagt i henhold til dom. Patienternes indlæggelsestid varierer fra få døgn til flere måneder. Den gennemsnitlige indlæggelsestid 10 dage. Afsnit 55 har arbejdet med APG-metoden siden marts 2018. Afsnit 62 og 64 har arbejdet med APG metoden siden december 2017 og Afsnit 61/63 siden 2015.

På alle afsnittene arbejdes der ud fra en bæltefri tilgang, og forebyggelse af tvang er en del af hverdagen. Der arbejdes blandt andet med safewards og så er den traumebevidste tilgang under implementering i afsnittene.

Afsnit 55 har tre profiler som indgår i projektet, Afsnit 62/64 har to og Afsnit 61/63 har ligeledes to profiler som indgår i projektet. Samtidig har flere medarbejdere været med til at udarbejde flere profiler på andre patienter også.

## 6 Datagrundlag

Der er foretaget tre fokusgruppeinterview, et i Vordingborg på afsnit S1 og to i Aabenraa på henholdsvis Afsnit 55 og Afsnit 62/64. Det har af praktiske årsager ikke været muligt for Afsnit 61/63 at deltage i fokusgruppedelen. Fokusgrupperne har været sammensat med forskellige professioner med titler som SOSA, SSA, sygeplejerske, ergoterapeut, overlæge og funktionsleder.

Derudover er der indsamlet dataregistreringer fra afdelingerne og spørgeskemadata på afsnittene. Der er udsendt både en før- og eftermåling af spørgeskemaet. Fordelingen blandt besvarelserne på de to spørgeskemaer ser således ud:

	Førmåling	Eftermåling
<b>Afsnit</b>		
Afsnit 55 Aabenraa	12	11
Afsnit 61/63 Aabenraa	6	14
Afsnit 62/64 Aabenraa	10	14
S1 Vordingborg	21	15
<b>I alt</b>	<b>49</b>	<b>54</b>

\*Der har fra start været inkluderet afsnit fra Døgninstitutionen Grenen (nord og syd) samt Retspsykiatrisk døgnafsnit P4 i Middelfart, men de har ikke kunnet levere data/profiler som kunne inkluderes i projektet, hvorfor deres spørgeskemadata fra førmålingerne ikke er anvendt.

Da projektperioden strækker sig over mange måneder, har der været personaleudskiftninger på de deltagende afsnit imellem før- og eftermålingen, og dermed en variation i om respondenterne svarer begge gange eller kun én gang. Der er således 22 af de 49, som besvarede i førmålingen, som også besvarer en eftermåling. Til gengæld der så 32 "nye" medarbejdere, som besvarer eftermålingen – uden at have besvaret førmålingen. For nogle spørgsmål er det relevant kun at se på de svar, hvor både før- og eftermåling er tilgængelig. Når det er tilfældet vil det fremgå i det efterfølgende.

## 7 Resultater

Resultaterne skal ses i lyset af de forskellige datakilder, der er brugt til indsamling heraf. Der vil efterfølgende blive redegjort for, hvornår der er tale om generelle spørgeskemadata fra hele personalegruppen og hvornår der er tale om interviewdata fra fokusgruppeinterviewene med de specifikke medarbejdere, som har arbejdet med metoden. Disse resultater stemmer ikke nødvendigvis overens.

### 7.1 Arbejdsmiljø

Nogle af de forventede effekter ved APG-metoden er, at medarbejderne oplever øget trivsel og tryghedsfornemmelse samt at der er mindre belastning hos personalet (jf. figur 1). Dette er bl.a. undersøgt gennem en trivselsmåling, der spørger til arbejdsmiljøet og oplevelsen af vold, trusler og konflikter. Derudover er spørgsmålene også berørt i fokusgruppeinterviewene.

#### 7.1.1 Trivselsmålinger blandt medarbejderne

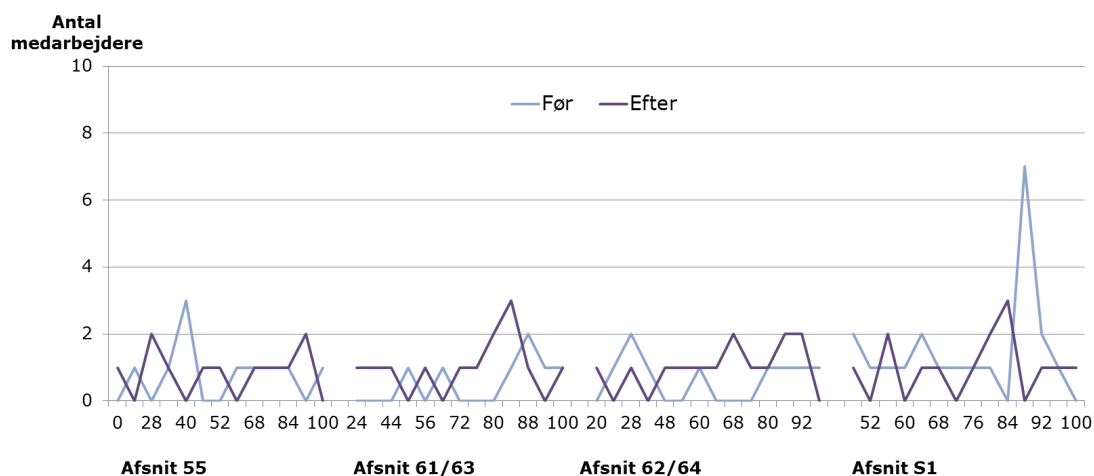
Der er stillet en række spørgsmål, som handler om medarbejdernes trivsel og generelle vurdering af arbejdsmiljøet på de deltagende afsnit. Ved signifikans test er anvendt et niveau på 0,05. Følgende syv spørgsmål er stillet til medarbejdernes fysiske og mentale helbred.

Anvendte spørgsmål	
1	har du følt dig veloplagt og fuld af liv?
2	har du været meget nervøs?
3	har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?
4	har du følt dig rolig og afslappet?
5	har du været fuld af energi?
6	har du følt dig trist til mode?
7	har du følt dig udslidt?

Svarene på disse spørgsmål er testet i en model og fundet egnet til brug i et samlet indeks. Figur 3 viser resultater for indeksscoren ved før- og eftermålingen. Indekset går fra 0-100. Jo højere indeksscore des mere positivt har medarbejderne svaret på spørgsmålene. Afsnittene har forskellige udgangspunkter, hvor Vordingborg S1 skiller sig ud ved, at deres indeksscore starter på 44, mens afsnittene i Aabenraa starter på henholdsvis 0,20 og 24. Gennemsnitsværdierne flytter sig ikke fra førmålingen til eftermålingen og ligger på 61 (Afsnit 55) 77 (Afsnit 61/63), 59 (afsnit 62/64) og 75 (S1).

Sammenlignes afsnittene med sig selv før og efter, er der ikke signifikant forskel på indeksscoren pr. afsnit og heller ikke samlet set, når før og eftermålingen sammenlignes.

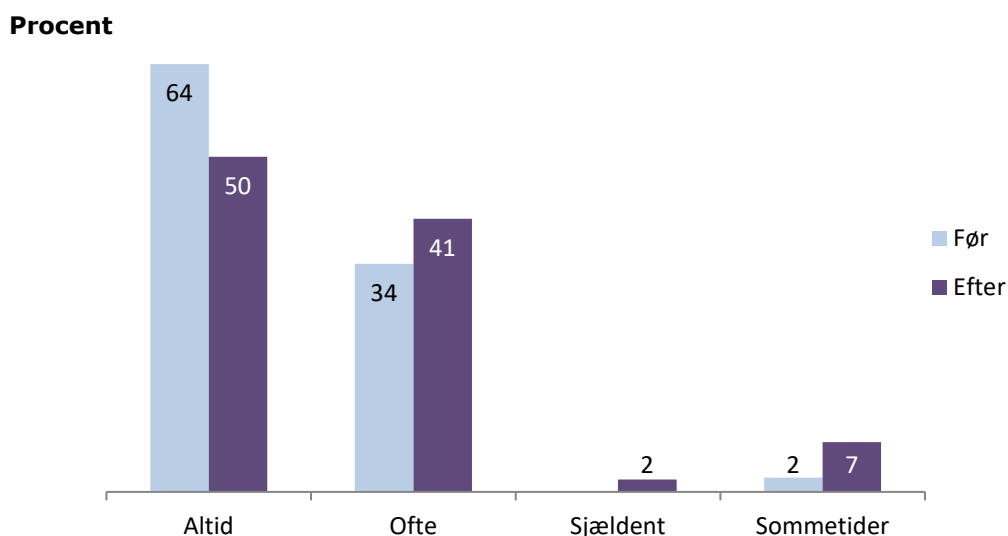
**Figur 3: Indeks for afsnittene – førmåling og eftermåling**



Figur 3 viser alle besvarelserne, ser vi på de 21 respondenter, hvor både før og eftermåling er udfyldt, er der 8, som ligger højere på indekset og 13, som ikke gør (ikke visualiseret). Datagrundlaget er meget lille og forskellen er ikke signifikant.

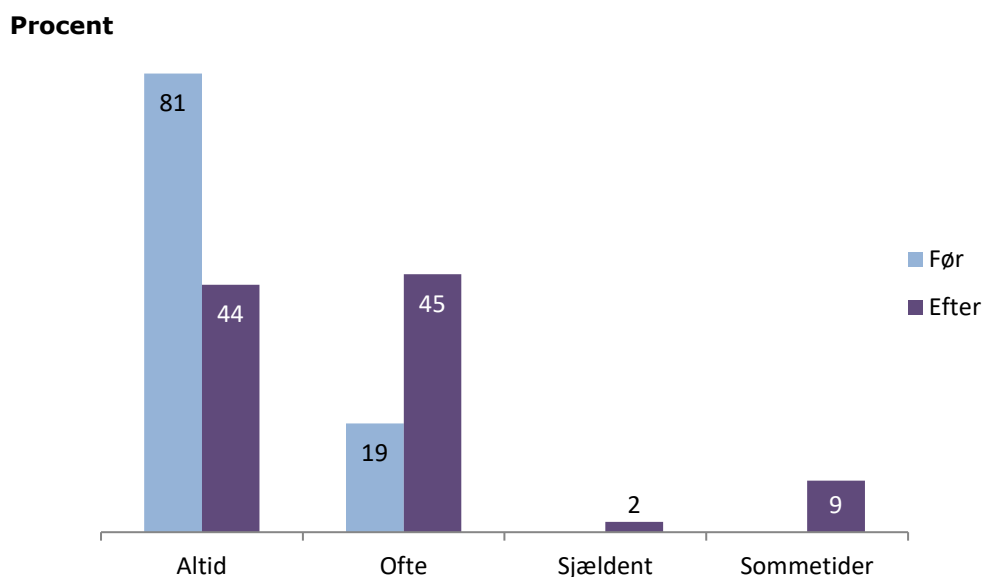
Teorien bag APG-metoden er, at personalet i højere grad opnår klarhed over, hvad deres arbejdsopgaver er, og at de bliver bedre til at hjælpe hinanden og kan samarbejde, når der opstår problemer. De generelle spørgeskemabesvarelser kan dog *ikke* bekræfte, at personalet er blevet bedre hertil når før- og eftermålingen sammenlignes. Spørgsmålene fremgår af de følgende fire figurer. I denne sammenhæng er det værd at bemærke at spørgeskemaet omfatter personale generelt på afsnittene og derved også en del, der ikke har arbejdet med profilerne. Samtidig kan arbejdsmiljøet været påvirket af, hvor stor belastning andre svære patienter har medført.

**Figur 4: Ved du helt klart, hvad der er dine arbejdsopgaver?**



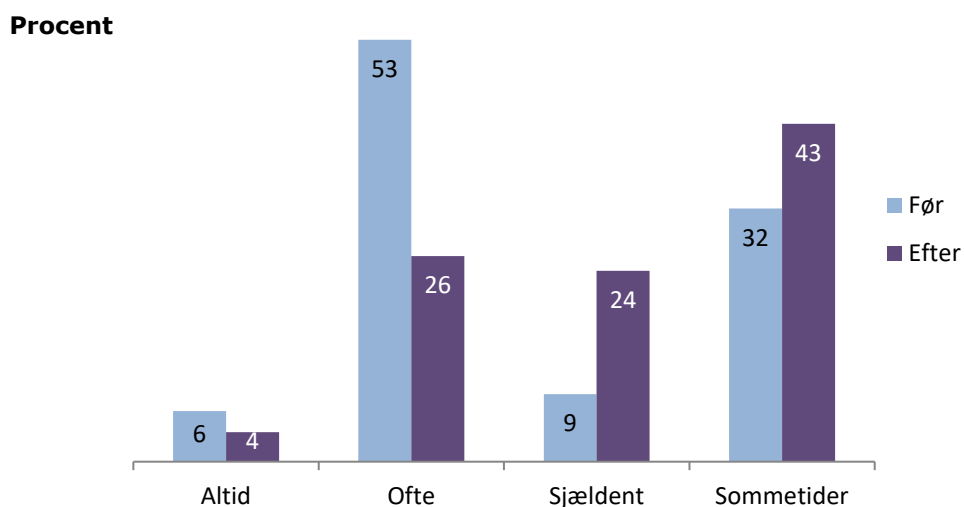
Umiddelbart viser figur 4, at der er flere som svarer mere positivt i førmålingen, hvilket er den modsatte af den forventede effekt, dog er der ikke tale om en signifikant forskel.

**Figur 5: Hjælper du og dine kolleger hinanden med at opnå det bedste resultat?**



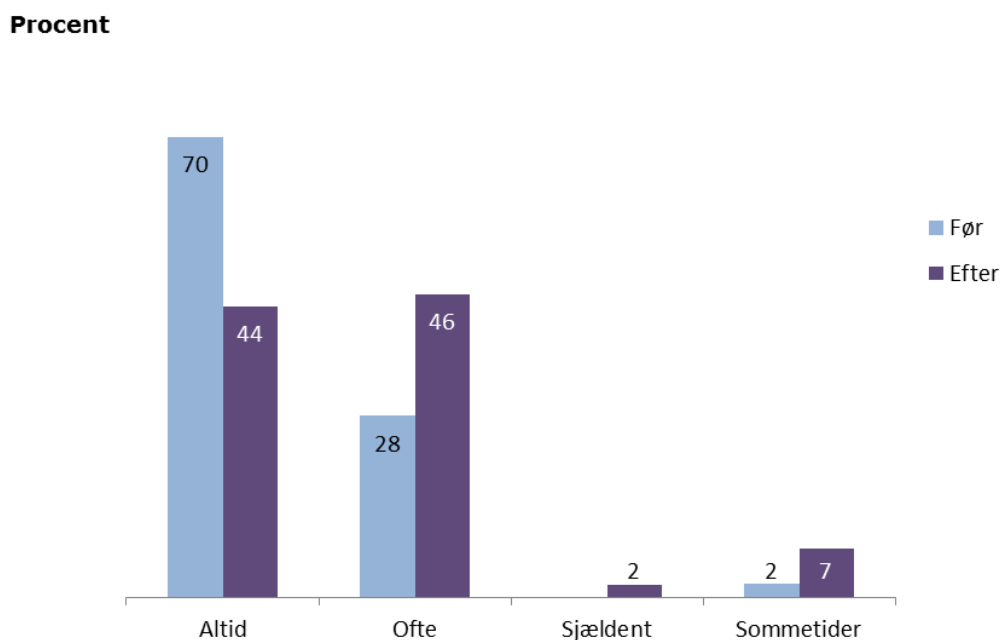
Figur 5 viser, at der er der modsatte resultat end forventet, når der spørges oplevelsen af om medarbejderne hjælper hinanden. Der er signifikant forskel på før og eftermålingen.

**Figur 6: Oplever du, at du har nok tid til dine arbejdsopgaver?**



Figur 6 viser, at medarbejderne ved eftermålingen i mindre grad oplever at have tid nok til deres opgaver, end de gjorde ved førmålingen (signifikant forskel). Dette er også en udvikling, der går imod den forventede effekt.

**Figur 7: Samarbejder du og dine kolleger, når der opstår problemer, der kræver løsninger?**



Når medarbejderne spørges til samarbejde, når der opstår problemer er der ikke signifikant forskel på før- og eftermålingen (figur 7).

### 7.1.2 Oplevelse af vold, trusler og konflikter

En forventet effekt ved APG-metoden er også en reduktion af vold. Der er dog ingen signifikant forskel på medarbejdernes oplevelse af vold og trusler når før- og eftermålingen sammenlignes. Der er 44 - 54 %, som ikke har været udsat for fysisk vold inden for de sidste 6 måneder, mens resten har i et eller andet omfang. Den typiske form for vold er at blive skubbet, rusket eller slået med let hånd (35 % har oplevet dette). 47 % har ikke haft konflikter eller skænderier med nogen på arbejdspladsen, mens 53 % har. Skænderierne er typisk med patienter/borgere (31 %) eller kolleger (28 %).

I fokusgruppeinterviewet af S1 giver medarbejderne dog samtidig udtryk for, at de oplever færre arbejdsskader som følge af vold. I relation til fysisk arbejdsmiljø og risikoen for arbejdsskader forårsaget af patienter har personalet svært ved at skelne, om det er APG-metoden, eller om det er skiftet til generelt at arbejde ud fra en deeskalerende tankegang, der er tungen på vægtskålen.

*Det vi har kunnet se på vores arbejdsskader, det er, at vi kom til skade, når vi skulle ind og have fat i vores patienter. Så det at vi har en deeskalerende tankegang, og at vi arbejder med vores patienter i fredstid, hvor aggressionsprofilerne selvfølgelig også kommer ind, men hele den tankegang gør, at vi ikke skal ind og have fat i patienterne. Og det gør at vi har færre arbejdsskader. (S1)*

Ca. halvdelen af medarbejderne svarer i spørgeskemaet, at de inden for de sidste 4 uger har haft flere patienter, som skaber flere konflikter end normalt. Når der ses på afdelingerne samlet er der ikke signifikante forskelle på før- og eftermålingen. Dog er der i Afsnit 61/63 ca. 2/3 af medarbejderne, som mener niveauet af konflikt er steget ved eftermålingen. Samme tendens ses ved afsnit 62/64 selv om datagrundlaget er spinkelt (henholdsvis 20/24 respondenter). Spørgsmålet er stillet med fokus på de sidste fire forudgående uger som en indikator for



det generelle niveau ved måletidspunktet. Fokusgruppeinterviewet med afsnit 62/64 viser dog modsat, at medarbejderne mener, at de har været i stand til at undgå en række konflikter, når der er tale om de specifikke patienter. Således oplever de, at de håndterer patienterne, der er udarbejdet APG-profiler på, anderledes, når en konflikt er under opsejling. De sørger også for at undgå at udsætte patienter for de elementer, der ophidser vedkommende.

## 7.2 Struktur, ansvarsfordeling og relationscirkler

Der er spurgt til, om det er tydeligt, hvem der tager ledelsen i situationer, hvor patienten er opkørt. Ved førmålingen er der 17 %, som svarer 'Hele tiden' og 61 %, som svarer 'Det meste af tiden'. Ved eftermålingen er det 26 %, som svarer 'Hele tiden', og 39 % som svarer 'Det meste af tiden'. Hvis der udelukkende ses på den mest positive kategori "Hele tiden" er der en lidt større andel ved eftermålingen (forskellen er meget tæt på at være signifikant)

I situationer hvor der er flere personaler til stede og patienten får et udfald, er der 17 % ved førmålingen, der hele tiden oplever, at der er en som hurtigt tager ansvar for situationen. Det tilsvarende tal ved eftermålingen er på 21 %. Altså er der en lille fremgang i svarene om oplevelsen af, at der tages ansvar, men forskellen er dog ikke stor nok til at være signifikant.

På afsnit 55 er der enighed om, at blandt de medarbejdere, der har været med til profiludarbejdelsen gør de tingene mere ens overfor patienten. Dette kan ikke siges om det resterende personale. Samtidig mener de, at de altid reagerer på patienternes forandringer uanset, hvilken patient der er tale om, så de giver ikke noget entydigt svar på, om det er blevet tydeligere efter profilarbejdet.

Medarbejderne i fokusgruppen mener, at udarbejdelse af profilen giver et indblik i, hvordan hverdagen er for patienten på både afsnit og bosted. Det skaber bedre koordinering på tværs af sektorerne og tryghed for patienten med en helhedsorienteret tilgang.

*For der er en stor styrke i det tværfaglige forhold. Man får... altså jeg ser patienten med lægebriller, men ser dem også kun to eller tre gange om ugen, når vi skal have samtaler i en halv time. Men jeg har sygeplejersker, ergoterapeuter og SOSU-assistenten som ser patienterne på andre tidspunkter og mere kontinuerligt, og fra sit faglige perspektiv. Så for mig har det haft stor værdi at få, fra deres perspektiv, syn på patienten og tage det i betragtning. (Afsnit 55)*

*Jeg tænker, at det der med at se helheden i det. Fx [...], som I nævnte, hvor vigtigt det er, at man inddrager bostedet der. Og der er APG'en jo god til at få deres viden ind over afdelingen, så man får koordineret deres plan. (Afsnit 62/64)*

På S1 er fokusgruppen enige om, at APG-metoden gør personalet i stand til at stå bedre sammen om en ensartet måde at gå til APG-patienten på. Det samme bekræftes i Aabenraa afsnit 62/64.

*Det [APG-profilen] gør jo, at vi bliver stærkere i vores handlekompetencer. (S1)*

*Det er netop et godt eksempel på, at det virker, fordi man kan have den samme tilgang, når man kommer ind og mødes med ham... Den faste struktur, og den tilgang den ens tilgang, der har været til ham. (Afsnit 62/64)*

*Hernede i afsnittet er der halvtreds medarbejdere, og hver mand har holdninger, og meninger og synsninger. Nu får du en APG, hvor der har siddet nogle i et par*

dage, og virkelig gransket en patient, hvor man tænker, at det er noget, der er så kompleks, at vi bliver nødt til at have nogle ting, der er så håndfaste, at det kan vi håndtere, når han kommer. (Afsnit 62/64)

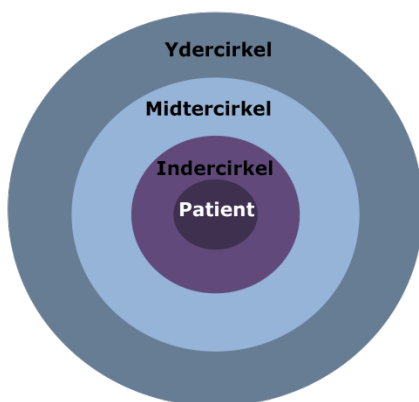
Og det gør også, at vi ikke bruger ressourcer på fnidder-fnadder i personalegruppen, og at det faktisk kan lave splittelser imellem hinanden i forhold til forskellige holdninger, fordi så kører vi efter den der APG. Det gør, at vi holder fokus på patienten. Vi har ikke fokus på vore egne holdninger, om det nu er rigtigt eller forkert. Så det giver ro. (S1)

I det følgende citat fra fokusgruppeinterviewene ses et konkret eksempel, hvordan en APG-profil hjælper med at skabe en ensartet tilgang til en patient. Det drejer sig i dette tilfælde om, at profilen indeholder en aftale om en procedure ved modtagelse af en patient efter udgang.

Det skal så foregå på nøjagtig samme måde, hver gang når hun kommer retur. Jamen okay, så lagde vi en plan for det og den kendte alle personaler og det ensporede så, hvordan hun bliver modtaget, fordi var der den mindste afvigelse, så havde vi en reaktion på det. Så på den måde kan man sige, at det [APG] hjalp os til at få lavet den her plan (S 132).

Altså, hun er rigtig, rigtig udfordret i forhold til hendes diagnose, som ikke egentlig er en sådan psykisk diagnose. Men mere det her asperger tankegang. Så hvis det er, man siger til hende, at nu kører det sådan her, så skal det også bare køre 100 % sådan her. Derfor gjorde vi meget ud af, at det som vi ligesom havde fundet ud af, der kunne være rigtig godt, strukturer som vi havde arbejdet med, med den her aggressionsprofil, at det skulle alle personaler vide, så alle personaler vidste, at det er præcis sådan her, vi skal køre. Fordi hvis der bare var den mindste smule slinger, så blev der udfordringer med hende. Så der er det ikke nok, at det står i journalen, eller at det står i papirerne, eller at der ligger en plan inde på kontoret. Alle er nødt til at vide det, så det gjorde vi rigtig meget ud af, selve informationen om, hvordan det skulle køre. (S1)

Et andet eksempel er på afsnit 55, hvor de har lavet en intern aftale om, at når patienten kommer ind på hospitalet, skal vedkommende ikke på FAM, som er den normale procedure, men kan indskrives direkte på afsnittet, for at undgå uro og eskalering. De fast rammer giver vedkommende stor tryghed.



En forventet effekt ved APG-metoden er, at der kommer øget fokus på relationscirklen og at der derved sker en øget forebyggelse. Relationscirklen er en model for medarbejdernes rollefordeling i forhold til patienten. APG-metoden får medarbejderne til at bruge relationscirklen, så de får talt om inder-, midter- og ydercirkel ifht. patienten. Medarbejderne skal placeres i cirklen i forhold til, hvor tæt en relation de har til patienten.

Via APG-metodens tilgang kortlægges patientens aggression i grøn, gul og rød fase. Personalets handlemuligheder tilpasses både den aggressionsfase, patienten befinder sig i, samt hvor den enkelte medarbejder er placeret i sin relation til patienten (inder-, midter- eller ydercirkel). Til sammen giver APG-metoden en struktur, hvor der er tydelighed omkring, hvad

der i den givne aggressionsfase kan deeskalere en situation med patienten, samt hvem i personalegruppen, der har de rette relationer til patienten i forhold til at kunne gøre det. Endvidere oplever personalet, at APG-tankegangen bidrager til at tydeliggøre, hvem der gør hvad i en opkørt situation. Nedenstående citater fra fokusgruppeinterviewene viser, hvordan medarbejderne har oplevet at arbejde med APG-redskaberne:

*Men også den der struktur. Det gjorde, at patienten vidste helt klart, jamen sådan og sådan og sådan. Og det gav virkelig meget ro. (S1)*

*Når vi kigger på det med grøn, gul og rød fase. Der ved at lave APG'en fik vi nogle meget mere tydelige redskaber til, hvad vi så skal gøre, når patienten når helt op i det røde felt. Fordi, det ville vi ikke kunne undgå. Så der fik vi nogle tydelige redskaber til, hvordan kan vi så få patienten ned igen. (S1)*

*Hele den der måde med at forstå relationens betydning. Det her med, at det har stor betydning for, hvordan du kan arbejde med patienten, om du er inde i indercirklen eller midtercirklen eller ydercirklen, eller om du er helt uden for cirklen, på hvordan kan du stå i de her situationer, og det er vi begyndt at bruge meget mere aktivt. Ikke kun på de patienter, hvor vi har lavet aggressionsprofiler, men også på vores andre patienter, hvor vi italesætter, okay hvem har egentlig en god relation til den her patient. 'Det tror jeg, at jeg har'. Nåh men så er det mig, der prøver at se, om jeg kan gøre noget her. Så der er også dem, hvor vi ikke laver en aggressionsprofil, men hvor vi bruger tankegangen bag. Det som vi snakker om med aggressionsprofilerne, som vi bruger aktivt til vores andre patienter også. (S1)*

*Vi havde med APG-patienten, hvor vi skulle lave nogle nye aftaler om udgang og sådan nogle ting, jamen så måtte det vente. Lægerne kunne godt stå og sige, nu skal vi have lavet det her. Nej det må lige vente, for i aften kommer [...], som var i inderkredsen, og så kan det gå stille og roligt. Hvor med os andre kunne det godt køre op i en spids, så der var det jo vigtigt, at vi valgte, hvem det var, der var i inderkredsen, så vi fik nogle gode aftaler. På den måde var det meget brugbart at imødekomme patienten på den måde. (S1)*

*Det er også afhængigt af, hvad det er for en relation man har. Har du en ven-relation eller en forældre-relation. Hvordan er din rolle i forhold til patienten, vil patienten acceptere at det er dig, der sætter grænser eller vil det virke krænkende for patienten. Så at bruge det og tilrettelægge det efter det. (Aabenraa, afsnit 55)*

*Men APG giver også en god forståelse for vores roller og relationer. Hvem der kan tillade sig hvad. Nogle kunne noget med patienten, og det kunne andre absolut ikke. (S1)*

*Vi har jo altid arbejdet efter de fire instrukser om, at vi skal fordele rollerne, og der skal være en omsorgsperson og en indsatsleder, men de sidste år har vi haft meget mere fokus på, hvem det er der er omsorgsperson og prøve at udnytte, hvem det er der har en relation til patienten. Og det har vi også gjort ift. aggressionsprofilen. Hvis man ved, der er en på arbejde, som er inde i indercirklen, så er det oplagt, at man bruger den til at være omsorgsperson. Men vi har også gjort det inden vi kom med i projektet, fordi vi har haft arbejdet med aggressionsprofiler tidligere. Men vi får det italesat meget mere nu. (S1)*

## 7.3 Magtanvendelse og anvendelse af tvang

Det forventes også, at APG-metoden giver effekter i form af reduktion af magtanvendelser og reduktion af anvendelse af tvang I fokusgruppeinterviewene fortæller personalet, at de oplever, at APG-metoden giver klarhed over virkemidler og samtidig giver en ensartet tilgang til patienten. Det giver både ro for patienten i langt flere tilfælde, som undgår at køre op i aggressionsniveau, og arbejdsro for personalet. Samtidig oplever personalet, at APG-metoden giver handlekompetencer i situationer, hvor en opkørt situation ikke har kunnet undgås. Dette er alt sammen med til at reducere magtanvendelse og tvang.

*Når vi får lavet en APG, så får vi forståelsen, og så ser vi også nogle tegn tidligere på aggression. Så har vi så også snakket om, hvad er det der virker. Og det bliver vi jo så helt spidse på, når det er, at vi har det stående i en APG. Så ved hele personalegruppen det, og så kan man godt arbejde ens med det. Det gør også patienterne mere rolige. (S1)*

*Det gav også en ro til arbejdsgruppen, at de vidste, jamen det er der [tidspunkter for ball stick massage], og man skal ikke være bange for, at patienten begynder at køre op, fordi det er aftalt med patienten. Og da vi håndhævede det i, at det var sådan, så gav det ro hele vejen rundt, også til patienten. (S1)*

Vordingborgs personalegruppe fortæller, at APG-metoden i flere tilfælde har bidraget til at undgå brug af tvangsforanstaltninger i henhold til psykiatriloven, fx undgåelse af fastholden, akut beroligende medicin og bæltefiksering.

*Når patienten var meget udadreagerende, og man så var nødt til at trykke alarm, og så kommer forvagten jo, og der kommer en masse mennesker fra andre afdelinger. Og der var så et vældigt pres på, for de andre afdelinger at vælge imellem, om hun skulle have mere medicin, eller også skulle patienten fikseres. Og der var ikke nogen af delene, vi kunne benytte, for der var intet af det, der hjalp på hende. Så havde man det rigtig, rigtig besværligt, når man stod der og skulle styre processen, og man skulle samtidig styre sine kollegaer og også forvagten, som står og siger 'jeg har ikke tid til at stå her, hvorfor kalder I mig, når I ikke vil lægge i bælte, og I ikke vil have, at der skal gives medicin'. Og der gjorde APG det, for den blev sendt ud til alle, til forvagter og bagvagter og så videre, så på forhånd vidste de, at det var hænder, der var brug for, eller mennesker der var brug for, der bare stod. Det var ikke, de skulle ikke noget med de andre ting. Så det gav arbejdsro og på den måde gjorde, at vi havde nogle bedre handlekompetencer. (S1)*

Ved et direkte spørgsmål om, hvordan brug af APG-metoden hænger sammen med reduktion af tvang på afsnit S1, svarer personalet:

*Jeg synes, det er et godt redskab i og med, at man får konkretiseret og arbejdet med og ser tingene fra flere vinkler. Fordi der også er tid til det, får man sat sig ned og talt om tingene. Lige pludselig, vi sad 5 eller 6 mennesker og talte om patienten her. Der kom flere vinkler ind, som man ikke lige havde hørt ellers, som så løftede det meget, så man lige pludselig kunne se nogle andre muligheder. Så det har været super godt på den måde. (S1)*

*Men jeg tænker også, at BVC-scorer over nul i starten, det var også, fordi patienten var blevet voldsomt vred over, at patienten var blevet smidt ud af der, hvor hun boede før. Og det tog patienten lang tid at bearbejde den hændelse"... "Jeg*

*oplevede, at patienten var mere fysisk, at patienten kunne skubbe. Så vores tilgang til patienten var mere sådan, ja det er jo psykiatrisk sygepleje alligevel, men vores pædagogik var at undgå de situationer, som du siger[.], hvor patienten blev voldsom, ved at lukke patienten ud i det fri og selv gå med patienten, hvis det var. Det var det, der virkede på patienten. (S1)*

På Afsnit 62/64 mener medarbejderne, at APG-profilen har betydet, at en patient, der tidligere har været bæltefikseret ikke længere hverken bliver bæltefikseret eller tvangsmedicineret.

*Altså nu har jeg prøvet at trække nogle statistikker, men det er lidt svært i vores systemer, men efter at vi har lavet en APG på [..], så har hun ikke haft en bæltefiksering, faktisk her ved os. (Afsnit 62/64)*

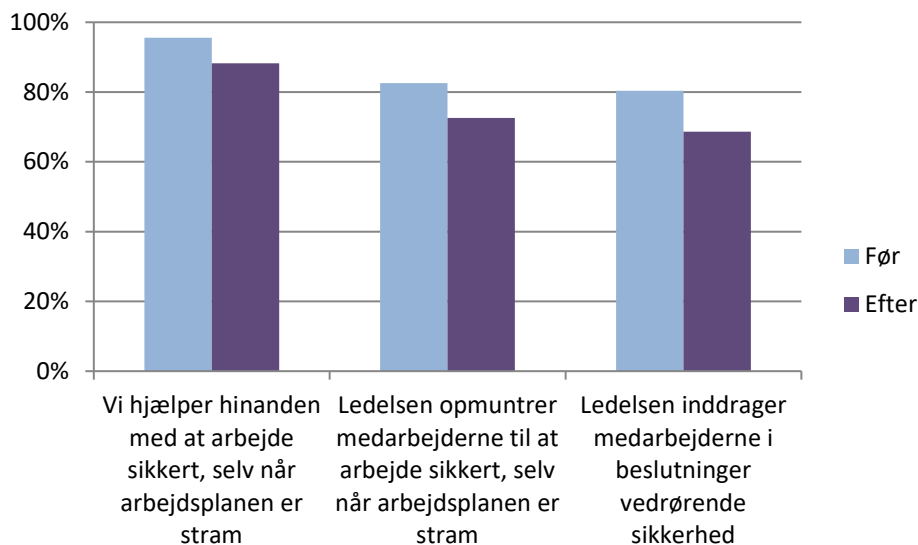
## 7.4 Tryghed og bekymringer

En forventet effekt ved APG-metoden er, at medarbejderne oplever en øget tryghedsfølelse. I spørgeskemaerne er medarbejderne blevet spurgt til dette i både før-og eftermålingerne. Men som nedenstående viser har brugen af APG-metoden ikke haft den forventede effekt. I forhold til medarbejdernes tryghedsoplevelse ved at gå på arbejde er der ikke sket ændringer, når før-og eftermålingen sammenlignes.

### Sikkerhed

Tryghedsfølelsen er målt ved at stille medarbejderne tre spørgsmål om sikkerhed. Resultaterne er vist på figur 7. Der er ikke signifikant udvikling at spore mellem målingerne.

**Figur 8: Andel der har svaret enig eller meget enig i de tre sikkerhedsspørgsmål**



Figuren viser, at der modsat forventningen ikke er en oplevelse af, at medarbejdere og ledelse arbejder mere sikkert. Det er måske værd at bemærke, at medarbejdernes vurdering af om ledelsen inddrager medarbejderne i beslutninger vedrørende sikkerhed ligger lavere end vurderingen af, hvorvidt medarbejderne hjælper hinanden med at arbejde sikkert under en stram plan.

I fokusgruppeinterviewene fortæller medarbejderne på afsnit 55 fortæller medarbejderne om, hvordan de pga. APG har indført en praksis med altid at gå to medarbejdere ind til patienten, hvilket giver større sikkerhed på arbejdspladsen i forhold til udadreagerende adfærd.

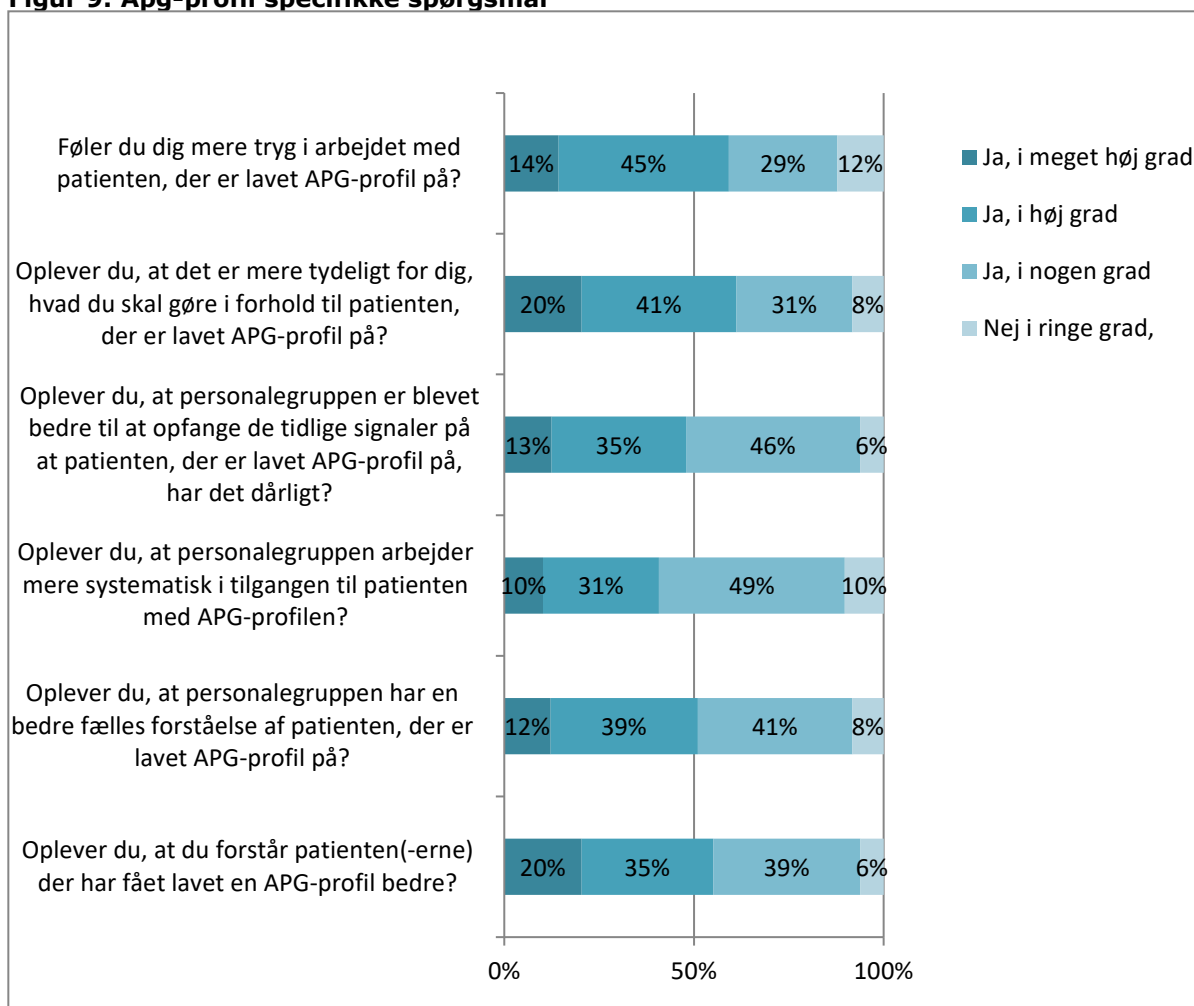
*Hun er f.eks. altid i en lukket enhed, og der går altid to personer ind. Det blev også en af de der skal-punkter i APG'en, at man ikke går alene derind. Så man har en sikkerheds-buffer med, fordi hun er farlig.*

*Det er en god metode, der falder godt i hak med de overordnede rammer, vi har i psykiatrien med mentalisering, recovery og Safewards osv. Det falder godt i hånd i handske med det. (S1)*

## 7.5 Kompetencer hos personalet

I ovenstående er der fokuseret på, om medarbejderne oplevede, at APG-metoden havde de forventede effekter. Der er derfor også fokuseret på de spørgsmål i spørgeskemaet, som er på det generelle plan og er stillet ved begge spørgeskemaer. I spørgeskemaet ved eftermålingen blev der også stillet seks spørgsmål, som mere specifikt går på medarbejdernes oplevelse af at arbejde med APG-profilerne. Resultaterne af disse vises i figur 9.

**Figur 9: Apg-profil specifikke spørgsmål**



Spørgsmålene handler om, hvorvidt medarbejderne har haft positive oplevelser ved at arbejde med APG-profiler. Figuren viser, at der er mellem 41 % - 61 %, som i høj eller meget høj grad er enige i spørgsmålene.

Medarbejderen spørges bl.a. om vedkommende føler sig mere tryk i forhold til den patient, der er lavet APG-profil på. Her er der 12 %, som svarer nej til at de føler sig mere tryk, mens resten svarer ja i nogen, høj eller meget høj grad. Fra fokusgruppeinterviewene er der et eksempel på en borger, der tidligere har været kategoriseret som farlig, men ikke længere bliver kategoriseret sådan efter profilen er lavet. Der skaber mere tryk for personalet, som har patienten. Samtidig har det den effekt, at patienten bliver mere tryk.

*Man skal være der, og vise ham, at man ikke er bange, for det giver ham tryk.*

*Fordi nogle gange får vi defineret patienten som personfarlig sådan her, men når vi så får snakket og får det afdækket lidt, så er patienten måske ikke så personfarlig. Det kan godt være patienten kaster med ting og råber lidt, men patienten kaster ikke efter nogen, slår nogen....Jeg syntes der skete noget, specielt ved [...] fordi han har tidligere været en personfarlig patient som vi, som mange var bange for. Og det synes jeg ikke, vi er længere (Afsnit 55).*

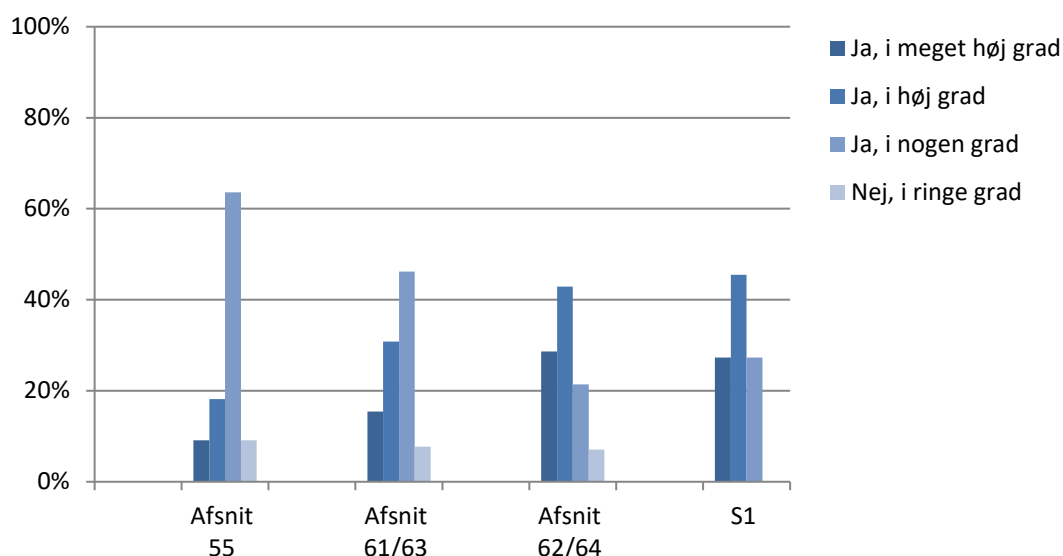
20 % mener, at det i høj grad er tydeligt for medarbejderen, hvad vedkommende skal gøre i forhold til patienten, mens kun 8 % svarer nej. Dette ligger fint i tråd med resultaterne fra fokusgrupperne (jf. afsnit om ansvarsfordeling).

6 % svarer nej til at personalegruppen er blevet bedre til at se tidlige signaler, mens resten svarer ja i nogen, høj eller meget høj grad. 10 % mener ikke, at personalegruppen arbejder systematisk med tilgangen til patienten, samtidig er der 10 %, som mener, at de i meget høj grad gør det. Bedre fælles forståelse af patienten vurderer 12 %, at de i meget høj grad har fået, mens 20 % vurderer, at de selv i meget høj grad forstår patienten bedre.

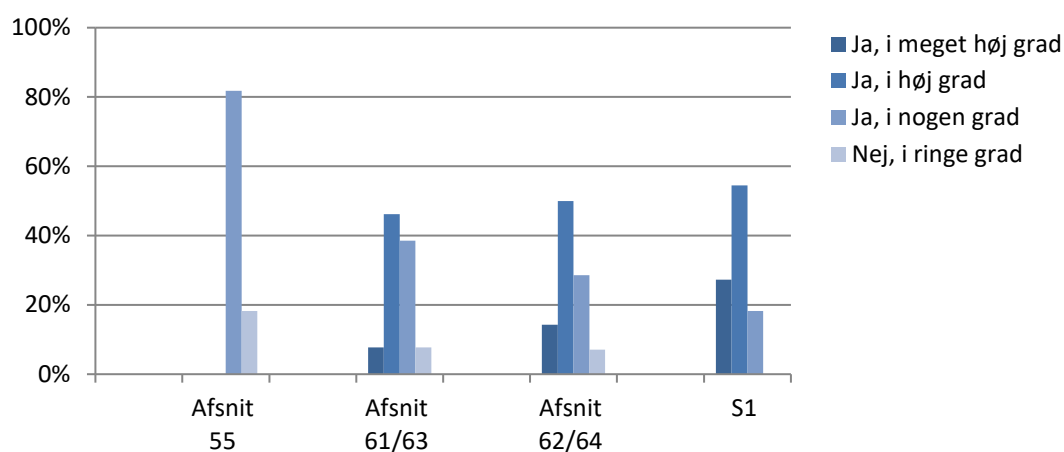
### **Afsnitsopdelte resultater**

Kigger vi nærmere på det enkelte afsnit for de førnævnte seks spørgsmål er der fire af spørgsmålene, hvor svarandelene er forskellige, disse er efterfølgende vist separate figurer. Figur 10 viser, at Afsnit 55 i mindre grad svarer positivt end S1.

**Figur 10: Bedre forståelse af patienten**



**Figur 11: Bedre fælles forståelse af patienten**



I forhold til bedre fælles forståelse mellem personalet er det især Afsnit 55, hvor flere svarer i nogen eller ringe grad. Det er bemærkelsesværdigt, at ingen svarer 'Ja, i meget høj grad' eller 'Ja, i høj grad'.

I fokusgruppeinterviewet er personalet på S1 enige om, at patienternes trivsel forbedres, når de får lavet en APG. Metoden gør, at fokus flyttes fra personalet til patienten og forståelse for dennes situation.

*APG giver en større og bedre forståelse af patienten, hvorfor agerer de som de gør. Man får forståelse for historik og opvækst, som kan give en forståelse for, hvorfor patienterne agerer, som de gør. (S1)*

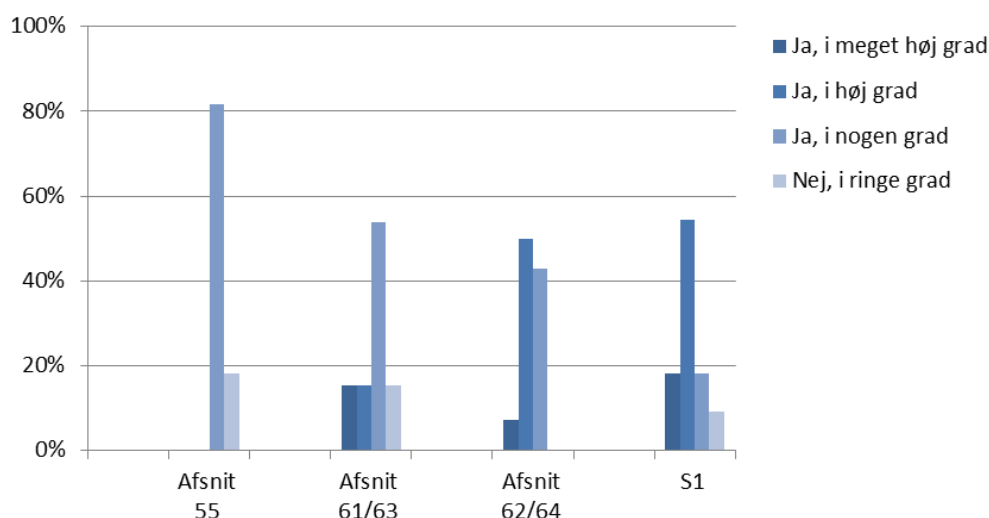
*Jeg tror helt sikkert, at patienterne føler sig bedre forstået.  
Absolut*

*Man tager patientens perspektiv i stedet for sit eget. (S1)*



*Men det er også, fordi at man får vendt den fra, at det er hårdt for os, at hun er her, og at vi skal stå for skud til alt det her, til okay hun har det faktisk så elendigt, at hun reagerer på den her måde. Fordi, det er jo meget det, vi får ud af aggressionsprofilerne. Det er, at vi lige pludselig får vendt den fra vores side til patientens side. Så hvorfor er det, at hun reagerer sådan her, når hun ikke ved, hvor hun skal hen?(S1)*

**Figur 12: Personalegruppen arbejder mere systematisk i tilgangen til patienten**



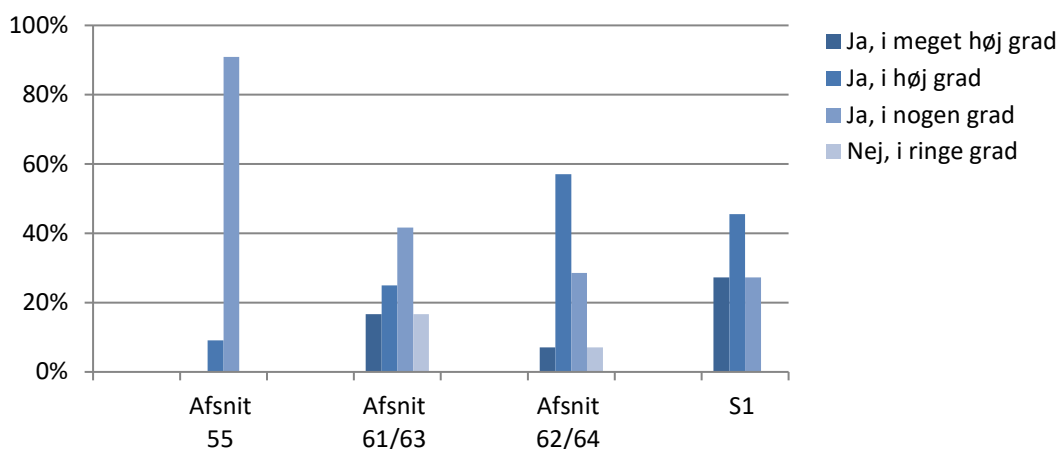
15

Medarbejderne på Afsnit 61/63, 62/64 og S1 oplever at personalegruppen har mere systematiske tilgange til patienten.

*Man kan sige APG'en i sig selv den giver jo ikke os værktøjskassen. Den giver mulighed for at lave en plan. Men der, hvor vi har værktøjskassen, det er i vores relation, deeskaleringskonceptet og Safewards metoderne, og det er dem, vi hiver op af, når vi laver APG'en og sætter det i system. (S1)*

Figur 9 viste, at det generelle niveau for dette spørgsmål har en lav andel med kun 10 %, som svarer 'I meget høj grad' på dette spørgsmål, men når svarene fordeles på de fire afsnit er det tydeligt, at det er fordi Afsnit 55 og til dels Afsnit 62/64 har en lavere svarandel her.

**Figur 13: Personalegruppen er blevet bedre til at opfange de tidlige signaler**



I forhold til at opfange de tidligere signaler, så ligger S1 forholdsvis positivt på dette spørgsmål med 27 %, der svarer 'Ja, i meget høj grad'. I Fokusgruppen med afsnit S1 er det oplevelsen, at de reagerer hurtigere end tidligere pga. øget indsigt.

Medarbejderne i fokusgrupperne oplever, at APG-metoden bidrager med viden om, hvordan de kan bemærke tidlige tegn på aggression og dermed sætte tidligere ind, inden situationen eskaleres.

*Jeg synes helt klart at APG-profilen har givet en ændring med patienten, fordi vi jo også inddragede patienten i det, så patienten var med til også at få lavet de aftaler. Og så vi fik udbredt det til alle, så vi kunne handle hurtigere. Og patienten vidste, hvad der blev handlet på. Vi kunne imødekomme patienten bedre og hurtigere. Så vi havde et meget bedre samarbejde efterfølgende, og patienten blev også nok hurtigere udskrevet, end hvad vi egentlig havde regnet med i forhold til inden. (S1)*

Afsnit 55 ligger forholdsvis lavt med ingen der svarer 'Ja, i meget høj grad' og 9 % der svarer 'Ja, i høj grad' til spørgsmålet om de er blevet bedre til at opfange de tidlige signaler, dog er der blandt fokusgruppedeltagerne en opfattelse af, at de er blevet hurtigere til at aflæse patienterne.

*Altså jeg kan hurtigere aflæse patienten, fordi jeg ved mere om patienten, om tiggerfaserne, jeg ved mere om de kendetegn. Jeg kan hurtigere fange patienten og prøve at aflede patienten.*

At se de tidlige signaler hænger sammen med at kunne konkretisere, hvad et signal er, hvornår noget er noget mere end det plejer eller hvornår er noget anderledes. Der bliver fx sagt:

*Det er jo sådan nogle ting, der bliver beskrevet f.eks. til konferencen, der har han kort nederdel på og han vil gerne have neglelak på, det er sådan nogle ting der bliver observeret. For man kan tænke at det er ligegyldigt, men det er det ikke. (Afsnit 55)*

*Hvordan han spiller klaver, er det Mozart så er han helt afslappet osv. (Afsnit 55)*

*Det skal simpelthen være så konkret, altså hvad er mere make-up og hvad er mere rodet. Fordi vi har forskellige tærskler, det er et vidt begreb om, hvad der er meget rodet. Så det skal være meget konkret, før man kan gå ind og anvende det. (Afsnit 55)*

*Inden APG'en blev lavet, der var der enormt meget usikkerhed, i forhold til, hvornår kommer der en reaktion fra patienten, og hvornår kan patienten finde på at gøre nogen noget. Men da vi ligesom fik lavet den APG, hvor vi fandt ud af både i forhold til, hvad er vores individuelle roller i forhold til patienten, men også hvad er de tidlige tegn. For det var noget helt så basalt, som når patienten tog solbriller på. Det kunne være tegn på, at nu begynder det at tiltage, så kunne man se det på patientens gang, man kunne se det på patientens kropssprog. Knyttede næver. (S1)*

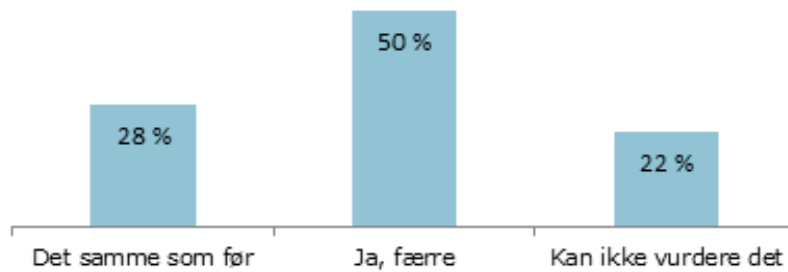
Det er ikke altid, at APG-profilen har formået at konkretisere forandringer hos patienterne tydeligt nok, men det er medarbejdernes overbevisning, at det har stor betydning.

*Fordi, altså det der udløser det for [...], det er dårlig samvittighed, det er alfa og omega for hende. Hun kan simpelthen ikke håndtere det. Og der kunne jeg godt*

*tænke mig, at det blev lidt mere udpenslet, hvordan hun egentlig forandrer sig i øjnene. Hvordan hele hendes kropssprog og attitude forandrer sig, men at der er et vist tidspunkt, hvor man stadig kan nå hende inden hun forandrer sig.*

Medarbejder er også blevet spurgt, om der efter APG-profilen er lavet er færre opkørte situationer omkring personen. Der er 50 % som mener dette er tilfældet. Fokusgrupperne bekræfter dette synspunkt (jf. afsnittet om vold, trusler og konflikter).

**Figur 14: Færre opkørte situationer omkring personen**

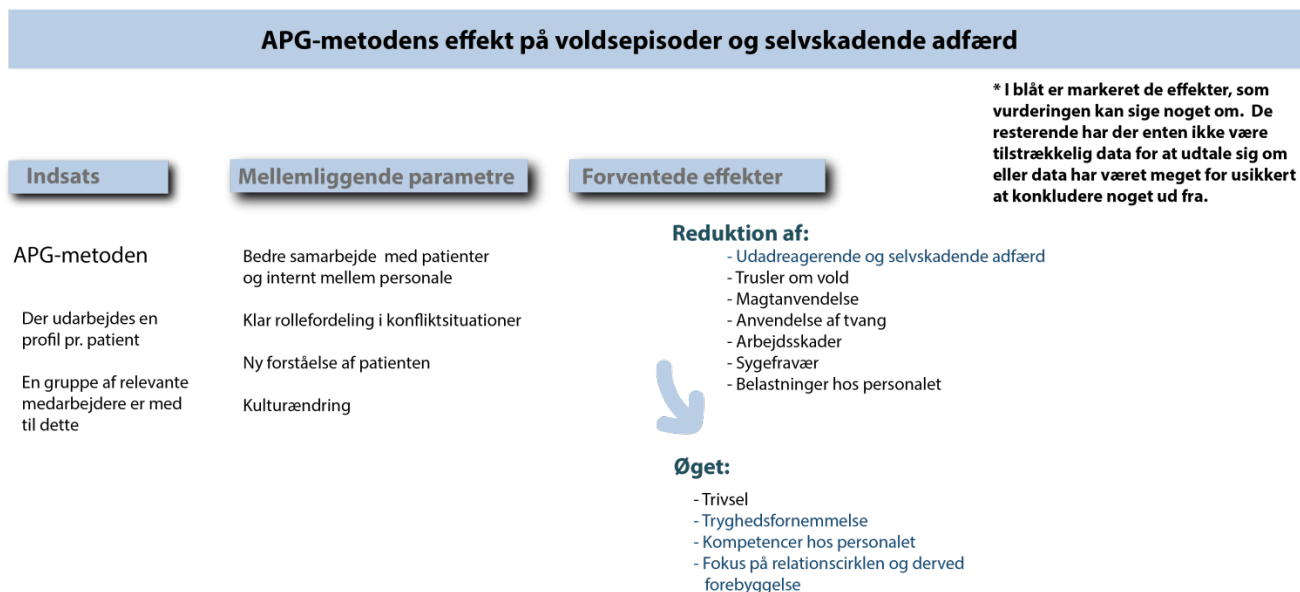


## 8 Opsamling på resultaterne

Figur 14 viser hvorledes vurderingen siger noget om de forventede effekter.

**Figur 14: Hvilke effekter kan vurderingen sige noget om**

S



Herunder listes først de generelle positive erfaringer med metoden, hvorefter nogle udfordringer og forbedringsforslag beskrives.

### 8.1 Positive erfaringer

- Fokus på hvad der trigger patienten og konkretisering heraf
- Ser signaler tidligere
- Fælles sprog
- Fælles tilgang og holdning
- Skaber struktur på tværs af afsnit og bosted
- Faste team til håndtering af patienten
- Mere ens behandling
- Skaber forholdsregler
- Bedre forståelse
- Præcisering af egen rolle i fht. patienten
- Mindre forvirring hos patienten
- Færre konflikter

### 8.2 Udfordringer ved APG-metoden

Personalegrupperne på tværs af afsnittene er enige i, at udfordringerne ved APG-metoden er, at det i en travl hverdag med forskellige vagtplaner, kan være svært at samle alle relevante personer til udarbejdelsen af APG-profilen. Samtidig kræver det koordinering med eksterne

samarbejdspartnere fra fx bosteder. Dertil kræver en effektiv brug af APG-profilen, at den efterfølgende bliver formidlet til alle relevante personaler, samt at APG-profilen udvikles i takt med udviklingen i patientens sygdom og adfærd. Desuden kræver det et vist kendskab til patienten, inden APG-profilen kan udarbejdes. Derfor skal det være patienter, som har været indlagt i et vist stykke tid eller gentagne gange.

*Og ved [...] der snakkede vi meget om, at det er nok kun en foreløbig aggressionsprofil, fordi han havde været inde på 29 i et stykke tid og kom så over til 32, og os på 32, der var med til at lave aggressionsprofilen, måske en ting var at vi havde kendskab til ham, men det kunne godt være at der dukkede flere nuancer op, når vi havde et større kendskab til ham. Så der var tanken, at hvis det var han skulle forblive indlagt hos os, tror vi snakkede om en måned eller halvanden mere, så ville han lave en uddybelse af den aggressionsprofil. (S1)*

*Men det er jo også lidt ud fra de komplekse patienter vi laver den, formålet skal være foreneligt med hvor lang tid, vi har patienten. Og der skal være nogle problemer i det. Som leder ser jeg det ift. at der er uenigheder i gruppen, og at der er splittelse, og at nu kan jeg høre, at nogle vil have patienten flyttet, for nu kan de ikke holde det ud længere. Det er jo når der er nogle ting, der er svære. (S1)*

*Jeg synes helt bestemt, det er et godt redskab. Og hvis man kunne lave det på rigtig mange patienter, og hvis man havde tid, for ting tager tid, så synes jeg, det er en genial måde. (Afsnit 62/64)*

### 8.3 Forbedringsforslag til metoden

På afsnit 55 har lederen erfaring med at afvikle APG-metoden i en light version, hvor der kun bruges ½ dag på udarbejdelsen. Dette er sket for at imødegå udfordringen ved tidsperspektivet. I fokusgruppen blev muligheden drøftet for at lade hele personalegruppen indgå, så alle får et godt kendskab, men der var enighed om, at det vil kræve, at profilerne udarbejdes på kortere tid. Nærværende undersøgelse forholder sig ikke til, om samme resultater kan opnås ved kortere tid til at udarbejde profilen. Det vil kræve en nærmere undersøgelse at afgøre dette.

I forhold til forbedring af APG-metoden er der forslag om at sikre en opfølgning på profilerne løbende, således at dokumentet revideres efter et vist stykke tid. Det er medarbejdernes opfattelse, at dette ligger ud over konceptet for metoden.

Fokusgruppeinterviewene har vist, at nogle gange kan det være aktuelt, at ændre i det der aftales i forbindelse med udarbejdelse af profilen, når tiltagene efterfølgende afprøves i praksis eller efter dialog med patienten.

*Der hvor vi risikerer at komme til skade, så det er vi nødt til at ændre lidt i forhold til, at vi ikke skal lægge til gulv, men at vi så vidt muligt bare skal fastholde og føre APG-patienten ned på stuen, men se om vi kan undgå at skulle lægge APG-patienten til gulv. (S1)*

*A: Ja det var fordi at i APG'en stod der at man kunne... på daværende tidspunkt tænkte vi at der kunne man sige, at det var okay, hvis han gik ind og smadrede en låge, eller hvad han nu gjorde, og så fandt han ro igen, men det tog bare om sig. Han smadrede jo stort set alt...*

*B: Han syntes, det var rigtig sjovt ja.*

*A: Altså han tog jo fjernsyn ude fra gangen af, og han tog madvognene.*

*B: Han var ligesom et barn, at det ingen konsekvenser havde, så der valgte man en anden metode (Afsnit 62/64).*



