

## Projektrapport

### Bättre vård mindre tvång – del 2

**Team 141**

<b>Syfte med deltagandet i Genombrott</b>	<b>Teammedlemmar</b>
Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	Anna-Lena Johansson sjuksköterska Ann-Chatrin Grundal avdelningsledare/psykiatrisjuksköterska Helena Svedlund ST läkare. Lotta Marcusson skötare Märit Wiklund enhetschef/sjuksköterska Utvidgad projektrapport finns hos Anna-Lena Ann-Chatrin och Lotta.

#### Projektets övergripande mål

1. Minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder.
2. Att förbättra patienternas upplevelse av tvångsåtgärder.
3. Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder.
4. Att utveckla samverkan mellan olika aktörer i patientens liv/ värld för att minska andelen inläggningar på tvångsvård.

#### Sammanfattning

Denna rapport avser att beskriva teamets knaggliga och mödosamma väg att, som ett led i genombrottsprojektet ”Bättre vård mindre tvång”, pröva olika förändringar vid avdelning 4B vid Östersunds psykiatriska klinik. Det har varit ett mödosamt men också lärorikt arbete. Teamet har under projektet reducerats och vi har inte funnit det möjligt att ta in nya personer i teamet. Vi har även haft svårt att få någon läkare att medverka i projektet. Detta har, bland annat, påverkat vilka tester som varit möjliga att genomföra. Bakgrunden till deltagandet i projektet är en tro på att den psykiatriska heldygnsvården kan förbättras. Detta gäller inte enbart tvångsvård och tvångsåtgärder. Vi har få patienter som vårdas utifrån LPT och har därför valt att även arbeta med andra förbättringsområden.

Vi satte upp 4 mål för vårt deltagande i projektet: säkrare vård och tvångsåtgärder, aktivt närstående möjlighet till delaktighet i vården, sammanhållen vårdkedja slutenvård/öppenvård samt göra samtliga i personal delaktiga i projektet. Utifrån dessa 4 mål utarbetades 12 stycken PDSA.

Det har under projektet genomförts obligatorisk utbildning gällande tvångsvård och tvångsåtgärder. Vi har även samlat aktuell information, riktlinjer och lagar i en speciell pärm, samt tagit fram ett underlag för eftersamtal vid tvångsåtgärder.

Närstående är viktiga för patienters återhämtning och vi har genomfört ett antal tester för att öka de närståendes möjlighet till delaktighet. Vi lyckades dock inte slutföra testet med skriftlig information till närstående, men hoppas på att detta skall slutföras innan årsskiftet.

Det mål där våra tester fick störst genomslag var sammanhållen vårdkedja slutenvård/öppenvård. Dessa tester handlade, kort sagt, om informationsutbyte mellan slutenvård och öppenvård.

Det har varit ganska svårt att få övriga i personalgruppen delaktiga i projektet. Detta är något

som vi funderar vidare på eftersom delaktighet och samsyn är viktigt när det skall genomföras förändringar.

## **Bakgrund**

Avdelning 4B är idag, efter en sammanslagning av en affektiv och en gero-psykiatrisk vårdavdelning, en blandad psykiatrisk vårdavdelning. De vanligaste diagnoserna är bi-polär sjukdom, depression, krisreaktioner, förvirringstillstånd, självskaadebeteende personlighetsstörning och demens. Sammanslagningen av vårdavdelningarna har inte varit helt problemfri och även om vi idag har kommit långt gällande arbetssätt och rutiner har vi fortfarande en hel del att arbeta med.

Vårt upptagningsområde är Jämtlands län med en population på ca 120 000 personer på en yta av lite drygt 49 000 km<sup>2</sup> fördelat på 8 kommuner. De flesta patienterna kommer till vår avdelning via klinikkens akutavdelning. De direktinläggningar som sker gäller främst patienter tillhörande äldrepsykiatriens öppenvård.

Vid avdelning 4B har vi endast ett fåtal patienter per år som vårdas enligt LPT och därmed ett mycket begränsat antal tvångsåtgärder. Detta beror dels på det patientklientel som vanligtvis vårdas vid avdelningen och det faktum att detta inte är en akutavdelning, men, vi i denna arbetsgrupp anser, att även personalens förhållningssätt och förmåga att skapa förtroende och allians med patienterna är bidragande. Trots detta inträffar det att vi måste vårda patienter mot deras vilja.

Grunden för hälso- och sjukvården är att insatser ska ske med samtycke. Tvångsvård innebär en inskränkning av rätten att bestämma över sig själv. När en person på grund av sitt psykiska tillstånd inte har förmåga att se till sitt eget bästa måste dock tvångsvård kunna ges. Vi har då ett särskilt stort ansvar för att se till att patienten får ett gott bemötande och så långt som möjligt deltar i beslut om undersökningar och behandlingar och får sin personliga integritet respekterad. (Ottosson, 2013). Detta kräver, dels, att personalen har stor erfarenhet och kunskap om de lagar och regler som gäller för tvångsvård och tvångsåtgärder samt en stor lyhördhet och respekt för patienters integritet.

Närstående spelar ofta en stor roll när det gäller våra patienters återhämtning och det är viktigt att vi som personal, tidigt i vårdförloppet, "bjuder in" närstående. Information om patientens funktionsnivå i sin vardagsmiljö, och patientens optimala mående är exempel på sådant som närstående vanligtvis kan ge svar på. Det är många gånger påfrestande att vara närstående till någon som drabbats av psykisk ohälsa och ett informellt samtal från kontaktperson vid avdelningen kan, förhoppningsvis, kännas som ett visst stöd för den närstående.

Många av våra patienter har återkommande perioder då de vårdas inlagda på vårdavdelningen, vilket inte alltid är det bästa alternativet för patienten. Vi arbetar därför, redan nu, för en utvidgad öppenvård och ett tätare samarbete mellan slutenvård och öppenvård. Detta för att säkerställa en väl sammanhållen vårdkedja, med förhoppning om att detta skall bidra till ökad vårdkvalitet. Vi har även en tro på att detta, på lång sikt, skall bidra till färre och kortare vårdepisoder på vårdavdelning.

En förutsättning för att bedriva förändrings/förbättringsarbete är att samtliga i personalgruppen känner sig delaktiga och upplever att deras idéer, tankar och kunskap tas tillvara. "Att alla får göra sin stämma hörd".

Utvärdering och mätning är, enligt vår åsikt, grundläggande förutsättningar för att veta om vi gör rätt saker på rätt sätt och vid rätt tidpunkt.

Med tanke på ovanstående bedömdes deltagande i genombrottsprojektet som en bra möjlighet till att få ökad kunskap om metoder för att utvärdera det arbete som redan görs, likväl som

nya arbetssätt. Ett projekt där personal från många psykiatriska kliniker deltar ger även möjligheter till att dela erfarenheter och lära av varandra.

## **Mål**

Utifrån projektets övergripande mål och med hänsyn till avdelningens verksamhet och behov utarbetades 4 mål.

### **Mål 1.Säkrare tvångsvård och tvångsåtgärder.**

Ökad kunskap om tvångsvård och tvångsåtgärder leder, enligt vår mening, till säkrare och bättre vård för berörda patienter. Vid vår avdelning förekommer ytterst sällan tvångsvård och tvångsåtgärder vilket, enligt vår åsikt, innebär att det är ännu viktigare med återkommande utbildningar kring detta. Även patienternas egna upplevelser av tvångsvård och tvångsåtgärder är en stor källa till kunskap som vi anser viktig i arbetet med att både förebygga och förbättra tvångsvård och tvångsåtgärder

Mätbart mål: 100% av personalen skall genomgå utbildning i tvångsvård, tvångsåtgärder.

Mätbart mål: 100% av personalen skall genomgå utbildning om dokumentation i samband med tvångsvård och tvångsåtgärder.

Mätbart mål: 100% av personalen skall känna till vart pärm med aktuell information gällande tvångsvård och tvångsåtgärder finns.

Mätbart mål: 100% av de patienter som genomgår en tvångsåtgärd skall erbjudas eftersamtal.

### **Mål 2 Aktivt ge närstående möjlighet till delaktighet i vården.**

Närstående, är i de flesta fall, en viktig länk mellan patient och personal. De närstående besitter, vanligtvis, en stor kunskap om patientens, personlighet, psykiska mående och vardagsliv, vilket är värdefull information för vårdpersonalen. En bra relation till de anhöriga ökar, enligt vår erfarenhet, möjligheterna till att ge patienten en god, optimal, vård.

Mätbart mål: 100% av de patienter som skrivs in vid avdelning 4B skall inom ett dygn tillfrågas om närstående får kontaktas.

Mätbart mål: 100% av närstående, där patienten gett sin tillåtelse, skall kontaktas inom 3 dygn.

Mätbart mål: 60% av de närstående som kontaktats skall uppleva detta som något positiv och känna sig delaktiga.

### **Mål 3.Sammanhållen vårdkedja slutenvård/öppenvård.**

Flertalet av våra patienter vårdas både som inläggande på avdelning och vid öppenvården. Det kan vara flertalet personer som på ett eller annat sätt är involverade i patientens vård. I syfte att skapa en samsyn, öka vårdens kvalitet och undvika dröjesmål vid överflyttning från slutenvården till öppen vård har vi gjort tester med förändrade rutiner gällande informationsutbyte mellan avdelning och öppenvården.

Mätbart mål: När patienter, med sedan tidigare etablerad öppenvårdskontakt skrivs in vid avdelning 4B skall öppenvården ALLTID, (100% ) meddelas via journalsystemets meddelandefunktion.

Mätbart mål: 1-2 dagar innan utskrivning skall berörd öppenvårdssjuksköterska ges muntlig rapport. 100%

Mätbart mål: När patient med, sedan tidigare etablerad öppenvårds kontakt, vårdas på avdelning 4b skall berörd öppenvårdssjuksköterska tillfrågas om att besöka patienten vid avdelningen. 100%

Mätbart mål: Vid etablering av ny öppenvårdskontakt skall alltid öppenvårdspersonal tillfrågas om besök innan utskrivning.

Mätbart mål: 75% av berörd öppenvårdspersonal skall uppleva att informationsutbytet/samarbetet kring patienterna har förbättrats.

### **Mål 4.Göra samtlig personal delaktiga i genombrottsprojektet.**

Det är sällan enkelt att genomföra förändringar av något slag. Vi i denna arbetsgrupp anser att en grundläggande förutsättning är att så många som möjligt (helst samtliga) i personalgruppen känner sig delaktiga. Det är viktigt att allas tankar och idéer hörsammas.

Mätbart mål: Minst 50% av avdelningspersonalen skall känna delaktighet i projektet.

## GENOMFÖRANDE AV MÅLEN

**Mål 1.** Arbetsgruppen skickade till avdelningspersonalen, ordinarie och månadsanställda vikarier, ut enkät och självskattning gällande kunskap om tvångsvård, tvångsåtgärder och dokumentation angående tvångsvård. Utifrån resultatet av detta genomfördes obligatorisk utbildning. Utbildningen hölls av klinikens chefsöverläkare och gavs vid två tillfällen, så att all personal hade möjlighet att närvara. En pärm med information gällande tvångsvård iordningställdes och en mall för eftersamtal togs fram. Framtagandet av mall för eftersamtal skedde tillsammans med personal från en av de andra avdelningarna vid vår klinik. Efter genomförd utbildning skickades enkät och självskattning åter ut till samtlig avdelningspersonal.

**Mål 2.** Arbetsgruppen utformade en skriftlig rutin för hur testen hörande till detta mål skulle genomföras och dokumenteras. Därefter informerades avdelningspersonalen, via personliga mail, om testet. Testen genomfördes under 5 veckor.

Arbetsgruppen sammanställde en enkät som, efter testet, skickades till de närstående som hade kontaktats.

Vi inom arbetsgruppen genomförde granskning av aktuella journaler för att se om de åtgärder som testet innebar hade genomförts.

Arbetsgruppen utarbetade ett förslag till anhörigbroschyr.

**Mål 3.** Berörd öppenvårdspersonal och slumpvis utvalda ur avdelningspersonalen, tillfrågades muntligt om hur de upplevde samarbetet mellan öppenvården och slutenvården. Efter detta utarbetade arbetsgruppen riktlinjer för de test som skulle genomföras. Avdelningspersonal informerades, via personliga mail, om testet. Öppenvårdens personal informerades muntligt vid ett APT. Arbetsgruppen utarbetade en enkät som, efter genomförda tester, skickades ut till berörd personal.

**Mål 4** Tid för avdelningspersonalens deltagande i projektet frigjordes genom att avdelningens utbildningstimma en gång i veckan avsattes för projektet samt att information om projektet skrevs in som en obligatorisk punkt vid våra APT. Information om detta gavs via personliga mail till samtliga i personalen.

## Förändringar som testats

Vi har i detta projekt haft 4 stycken huvudmål, *säkrare tvångsvård och tvångsåtgärder, aktivt ge närstående möjlighet till delaktighet i vården, sammanhållen vårdkedja slutenvård/öppenvård och göra samtlig personal delaktiga i projektet*. Dessa mål kommer nedan, tillsammans med tillhörande PDSA, att presenteras var för sig.

### **1.Säkrare tvångsvård och tvångsåtgärder.**

**All personal skall genomgå utbildning gällande tvångsvård och tvångsåtgärder. (PDSA 1.0 )**

**All personal skall genomgå utbildning i dokumentation vid tvångsåtgärder. (PDSA 5.0)**

En inledande självskattning och enkät angående personalens kännedom om tvångsvård och tvångsåtgärder visade på att det fanns behov av utbildning gällande detta (PDSA 1.0 och 5.0)

### **LPT-pärm (PDSA 11.0).**

Som ett led i att skapa säkra rutiner kring tvångsvård och tvångsåtgärder sammanställdes en LPT-pärm med aktuella rutiner, regler och lagar Detta för att personal snabbt skall finna aktuell information kring detta. Utvärderingen av denna PDSA ingår i samma självskattning och enkät som PDSA 1.0 och 5.0.

### **Eftersamtal vid tvångsåtgärder (PDSA 6.0)**

I syfte att förbättra de tvångsåtgärder som vidtas planerades ett PDSA där eftersamtal skall genomföras efter tvångsåtgärd.

## **2. Aktivt ge närstående möjlighet till delaktighet i vården**

### **Alla patienter skall tillfrågas om vi får kontakta närstående (PDSA 2.0)**

Närstående, är i de flesta fall, en viktig länk mellan patient och personal. De närstående besitter, vanligtvis, en stor kunskap om patientens, personlighet, psykiska mående och vardagsliv, vilket är värdefull information för vårdpersonalen. I syfte att, tidigt i vårdförloppet, bjuda in” närstående till en dialog avsåg vi att ringa upp närstående någon gång under de första dygnet som patienten vistades på vår avdelning. Med tanke på sekretessen behövdes patienternas tillåtelse till anhörigkontakt.

### **När patienter godkänt kontakt med närstående skall närstående kontaktas inom tre dygn (PDSA 3.0).**

I syfte att, tidigt i vårdförloppet, bjuda in” närstående till en dialog avsåg vi att ringa upp närstående någon gång under de första dygnet som patienten vistades på vår avdelning.

**Ge alla närstående skriftlig information om vårdavdelningen PDSA 4.0** Vi har utarbetat ett förslag till ”närståendebroschyr” som skall delas ut till alla närstående.

## **3. Sammanhållen vårdkedja slutenvård/öppenvård.**

Det har vid flertalet tillfällen från både öppen – slutenvårdspersonal, framförts påpekande om att kommunikationen inte alltid fungerar så som den borde. I syfte att säkerställa kommunikationen mellan avdelningen och öppenvården genomfördes 4 tester (PDSA 7.0, 8.0, 9.0 och 10.0)

### **Att öppenvården omgående får information när patienter som tillhör deras enhet skrivs in vid avdelning 4B (PDSA 7.0).**

Detta innebar att, när en patient med tidigare etablerad öppenvårdskontakt, kom till avdelningen informerades, inom 24 timmar, berörd öppenvårdspersonal via en funktion i vårt journalsystem.

### **Muntlig rapport till öppenvårdspersonal 1-2 dagar innan utskrivning från avdelning 4B (PDSA 8.0)**

Patientens Patientansvariga sjuksköterska [PAS] eller kontaktperson skall ett par dagar innan beräknad utskrivning från avdelning 4B ta personlig kontakt med öppenvårdssjuksköterska och ge rapport om patientens mående, händelser, behandling, medicinjusteringar o.dy som skett under vårdtiden. Detta gäller patienter med tidigare etablerad öppenvårdskontakt. Syftet med detta test var att säkerställa en fungerande vårdkedja, vilket bland annat innefattar undvikande av missförstånd, undvika att det tar lång tid innan patienten kontaktas av öppenvården, en förhoppning om att detta skall kunna fördröja/förhindra tidig återinläggning.

### **Besök av öppenvårdskontakt (PDSA 9.0)**

När patienter med, sedan tidigare etablerad, öppenvårdskontakt vårdas ineliggande på avdelning 4B skall öppenvårdskontakt tillfrågas om att besöka patienten under vårdtiden. Syftet med detta test har varit att uppnå en säker, kontinuerlig vårdkedja och en samsyn av förhållningssätt och behandling. Utbyte av kunskaper om patientens mående är av stor vikt för både slutenvårdspersonal och öppenvårdspersonal.

### **Vid etablering av ny öppenvårdskontakt under vårdtid vid avdelning 4B skall alltid öppenvårdspersonal tillfrågas om besök innan utskrivning (PDSA 10.0)**

Syftet med detta test har varit att uppnå en säker, kontinuerlig vårdkedja och en samsyn av förhållningssätt och behandling

## **4. Göra samtlig personal delaktiga i genombrottsprojektet**

**Öka avdelningspersonalens möjlighet till delaktighet i projektet (PDSA 12.0).**

Syftet med detta test är att engagera alla i personalen.

## Resultat

### 1.Säkrare tvångsvård och tvångsåtgärder.

**All personal skall genomgå utbildning gällande tvångsvård och tvångsåtgärder. (PDSA 1.0 )**

**All personal skall genomgå utbildning i dokumentation vid tvångsåtgärder. (PDSA 5.0)**

Utbildning gällande tvångsvård och tvångsåtgärder, och dokumentation i samband med detta, genomfördes vid två tillfällen där 67% av personalen deltog. Vilket innebär att vi inte nådde målet att 100% av personalen skulle genomgå dessa utbildningar. Detta kan förklaras av långtidssjukskrivningar och nära förestående pensionsavgång.

Efter genomförd utbildning skickades självskattningen, kring tvångsvård och tvångsåtgärder, åter ut till samtlig personal =30 stycken, vara 25 stycken besvarade enkäten. Svarsfrekvens ca 83%. Utifrån de enkäter som besvarades framkom att personalens kunskap om tvångsvård, tvångsåtgärder och dokumentation vid tvångsvård hade ökat. Som exempel på detta kan nämnas att innan utbildningen instämde 50% helt i påståendet att ”avdelningen har tydliga regler för fastspänning”, och efter genomförd utbildning ansåg 66% att detta påstående stämmer.

### **LPT-pärm (PDSA 11.0).**

Utvärderingen av denna PDSA ingår i samma självskattning och enkät som PDSA 1.0 och 5.0. Utifrån dessa enkäter framkom att 80% känner till vart den så kallade LPT-pärmen finns samt att innehållet är relevant och det är bra att ha det samlat i en pärm.

### **Eftersamtal vid tvångsåtgärder (PDSA 6.0)**

I syfte att förbättra de tvångsåtgärder som vidtas planerades ett PDSA där eftersamtal skall genomföras efter tvångsåtgärd. Denna PDSA har inte gått att genomföra pga att vi, under projektiden, endast haft en tvångsåtgärd. Denna patient är flyttad till annan avdelning inom kliniken och bedöms, i dagsläget, inte vara i stånd att genomföra ett eftersamtal.

Vi har inte uppfyllt vårt mål att alla patienter, 100%, skall erbjudas eftersamtal vid tvångsåtgärd.

### 2.Aktivt ge närstående möjlighet till delaktighet i vården

**Alla patienter skall tillfrågas om vi får kontakta närstående (PDSA 2.0)**

Detta test pågick under veckorna 21-24 och målet var att alla (100%) av de patienter som lades in på avdelningen under dessa veckor skulle tillfrågas.

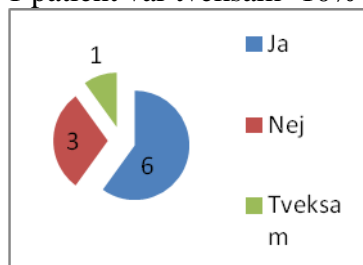
12 patienter skrevs under testperioden in vid avdelning 4B .

10 patienter har tillfrågats om det är OK att anhöriga kontaktas = ca 83%

6 patienter svarade Ja =60%

3 patienter svarade Nej = 30%

1 patient var tveksam=10%



Det faktiska resultatet avviker något från det förväntade. Vi hade förväntat oss att fler patienter skulle acceptera anhörigkontakt. En patient var ytterst tveksam vilket till stor del, troligtvis beror på patientens psykiska mående vilket bland annat innefattar ambivalens och paranoia. Vi nådde ej målet att samtliga nyanlända patienter skulle tillfrågas. 2 sjuksköterskor angav att de inte fått information om att detta skulle göras. Information hade, via personliga

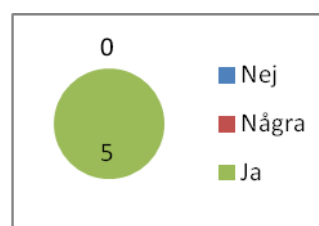
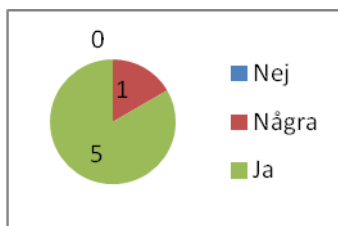
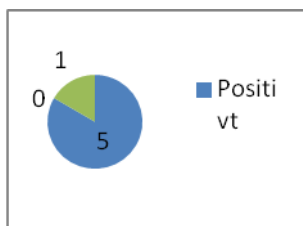
mail, givits till samtlig avdelningspersonal (både skötare och sjuksköterskor), det fanns även skriftliga instruktioner uppsatta på en anslagstavla inne på sjuksköterskeexpeditionen.

### **När patienter godkänt kontakt med närstående skall närstående kontaktas inom tre dygn (PDSA 3.0).**

6 patienter hade givit sitt tillstånd till tidig närståendekontakt och dessa 6 närstående kontaktades inom tre dagar. Vårt mål för denna PDSA var 100% vilket vi också uppnådde. De 6 närstående som kontaktats fick, efter patientens utskrivning en enkät hemskickad. Samtliga 6 enkäter besvarades. Svarsfrekvens=100%

Frågorna i enkäten löd:

Hur upplevde du samtalet? Fick du saklig information? Fick du möjlighet att ställa frågor?



De närstående ombads även att, med egna ord komma med synpunkter på samtalet. Där framkom att kontakten upplevdes som positivt, det kändes tryggt att få en personlig kontakt, de närstående kände att de var viktiga och önskemål om att detta skall göras från fler kliniker framfördes. Vårt mål att 60% av de närstående som kontaktats skall uppleva detta som något positiv och känna sig delaktiga uppnåddes.

Ge alla närstående skriftlig information om vårdavdelningen PDSA 4.0 Vi har utarbetat ett förslag till "närståendebroschyr" som skall delas ut till alla närstående. Denna broschyr har, i dagsläget, ej kommit från tryckeriet, varför vi ej har kunnat dela ut den. Detta innebär även att vi ej har haft möjlighet att få närståendes respons på innehållet i broschyren. Vi har därmed inte uppnått målet att 100% av de närstående skall erbjudas denna broschyr.

### **3.Sammanhållen vårdkedja slutenvård/öppenvård.**

Det har vid flertalet tillfällen från både öppen – slutenvårdspersonal, framförts påpekande om att kommunikationen inte alltid fungerar så som den borde. I syfte att säkerställa kommunikationen mellan avdelningen och öppenvården genomfördes 4 tester (PDSA 7.0, 8.0, 9.0 och 10.0)

#### **Att öppenvården omgående får information när patienter som tillhör deras enhet skrivs in vid avdelning 4B (PDSA 7.0)..**

Under de veckor som detta test pågick skrevs 7 patienter med, sedan tidigare etablerad öppenvårdskontakt, in vid avdelningen. I samtliga fall informerades, inom 24 timmar berörd öppenvårdspersonal.

Vi nådde i denna PDSA vårt mål:"Om patienten har, sedan tidigare etablerad öppenvårdskontakt, skall öppenvården alltid meddelas om inläggning vid avdelning 4B (100%).

#### **Muntlig rapport till öppenvårdspersonal 1-2 dagar innan utskrivning från avdelning 4B (PDSA 8.0)**

Under testperioden var det 5 patienter, som hade behov av öppenvårdskontakt, som skrevs ut från avdelningen.

I 4 fall gavs muntlig rapport till respektive öppenvårdssjuksköterska. I 1 fall var den aktuella öppenvårdssjuksköterskan ledig vid utskrivningstillfället. Då skickades information via journalsystemet och muntlig rapport gavs vid ett senare tillfälle. Muntlig rapport gavs vi 80% av fallen

Målet var att det till 100% skall ges muntlig rapport. Vi inser dock att detta, att muntlig rapport alltid skall ges, inte är ett realistiskt mål.

### Besök av öppenvårdskontakt (PDSA 9.0)

Under perioden v29-v32 har 8 st patienter med etablerad öppenvårdskontakt varit inneliggande. I samtliga fall kontaktades berörd sjuksköterska vid öppenvården. 75% av patienterna fick besök av sin sjuksköterska innan utskrivning

Målet att berörd sjuksköterska vid öppenvården till 100% skall tillfrågas om besök vid avdelningen uppnåddes. 75% av berörda patienter fick besök av öppenvårdssjuksköterska under vårdtiden, vilket troligtvis kan förklaras av detta test genomfördes under semesterperioden.

### Vid etablering av ny öppenvårdskontakt under vårdtid vid avdelning 4B skall alltid öppenvårdspersonal tillfrågas om besök innan utskrivning (PDSA 10.0)

Testet genomfördes under veckorna 29-32. Under denna period var det 3 stycken patienter som hade behov av att etablera kontakt med öppenvården. I samtliga fall tillfrågades sjuksköterska vid berörd öppenvård om att besöka patienten på avdelningen innan utskrivning. Detta skedde skedd i ca 67% av fallen. Att inte samtliga patienter fick besök kan troligtvis förklaras av reducerad personalstyrka vid öppenvården pga semestrar.

Enkät omfattande PDSA 7.0, 8.0, 9.0 och 10 har skickats till öppenvårdspersonal vid berörd enhet. 10 stycken enkäter skickades ut varav samtliga besvarades. Svansfrekvens = 100%  
Två av de som besvarade enkäten hade inte själva, direkt tagit del i testerna, men uppgav ändå att de var positivt inställda till dessa tester.

De 8 öppenvårdssjuksköterskor som besvarade enkäten var odelat positiva till dessa tre, ovanstående, tester och framförde önskemål om att detta arbetssätt skall permanentas.

### 4.Göra samtlig personal delaktiga i genombrottsprojektet

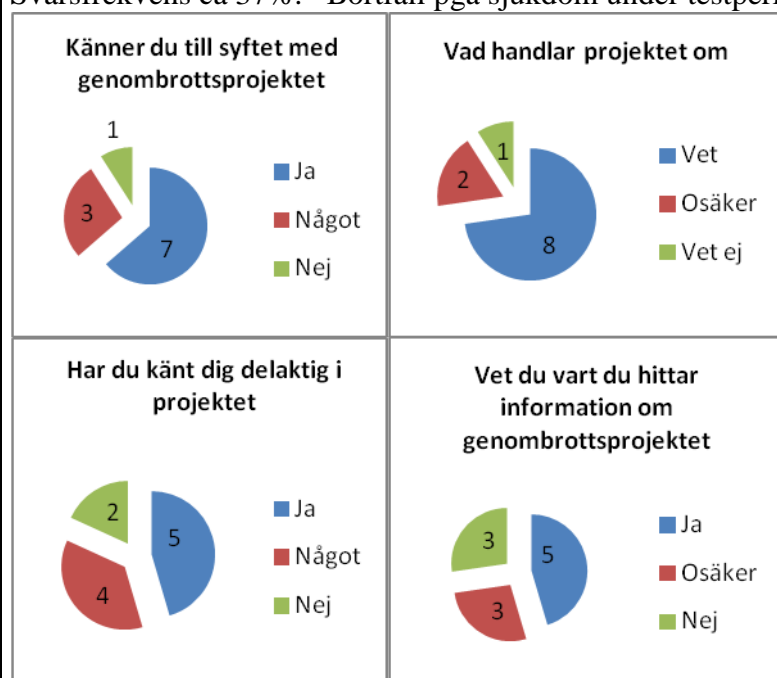
#### Öka avdelningspersonalens möjlighet till delaktighet i projektet (PDSA 12.0).

Efter semesterperioden avsattes varje vecka tid för projektet där samtlig avdelningspersonal var inbjudna. Detta skedde dels vid vår så kallade tisdagstimma samt vid våra arbetsplatsträffar [APT]. I fortsättningen benämns dessa två tillfällen gemensamt som "Tisdagstimman". Tanken var att en ökad delaktighet skulle leda till att fler idéer om förändringar/förbättringar skulle framkomma.

#### FÖRE TISDAGSTIMMAN

30 st enkäter skickades ut till avdelningspersonalen, varav 11 stycken besvarades.

Svansfrekvens ca 37%. Bortfall pga sjukdom under testperioden = 5 personer = ca 17%



"Vet" avser de som, med egna ord, beskrev syftet med på projektet

"Osäker" avser de som delvis beskrev syftet med projektet

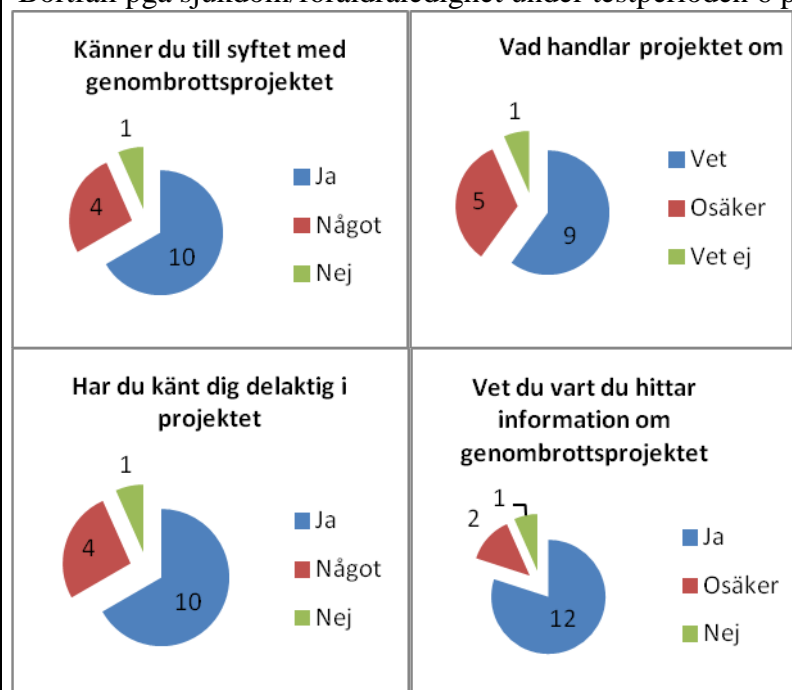
#### EFTER TISDAGSTIMMAN



30 st enkäter skickades ut till avdelningspersonalen, varav 15 stycken besvarades.

Svarsfrekvens =50%

Bortfall pga sjukdom/föräldradighet under testperioden 6 personer = 20%



”Vet” avser de som, med egna ord, beskrev syftet med på projektet

”Osäker” avser de som delvis beskrev syftet med projektet.

Av de 15 personer som besvarade enkäten hade 8 personer (drygt 50%) närvarat vid samtliga Tisdagstimmar/APT.

Av de enkätsvar som inkommit drar vi slutsatsen att ”Tisdagstimman” ökade avdelningspersonalens möjlighet till delaktighet i projektet. Enkätsvaren tyder även på att medvetenheten om projektet ökat efter införandet av ”Tisdagstimman”.

## Diskussion

Vår klinik har varje höst en säkerhetsvecka där utbildning gällande tvångsvård ingår. Våra enkäter visade på att det, trots detta, finns ytterligare behov av utbildning. Vid vår avdelning kommer vi därför att varje vår ha utbildning om tvångsvård och tvångsåtgärder. Denna utbildning kommer att planeras så att sommarvikarierna ges möjlighet att närvara samtidigt som ordinarie personal.

Den respons som vi fick från de närstående som personligen, via telefon, kontaktats visar på att detta är något som anhöriga har saknat. Vi önskar att vi hade större möjlighet till att ge stöd till närstående, tex i form av stödsamtal, men det är i nuläget inte genomförbart. Det är ofta som vi endast har kontakt med de närstående via telefon, vilket troligtvis förklaras av de långa avstånden inom vårt upptagningsområde. Det är inte ovanligt att våra patienter bor 20 mil från kliniken.

I ovanstående resultat visar vi på att våra tester, gällande ”sammanhållen vårdkedja slutenvård/öppenvård”, gett bra resultat. Det är glädjande samtidigt som det känns lite nedslående att en sådan enkel sak inte, tidigare, fungerat på ett tillfredsställande sätt. Flertalet Lex Maria rapporter visar på att det är just i överflyttning mellan olika enheter som det finns brister. Det känns därför extra bra att vi nu har kommit en bra bit på väg i vårt arbete med att förbättra detta.

Det har varit svårt att involvera övrig avdelningspersonal i projektet, vilket delvis beror på att

en stor del av projektet genomförts under semesterperioden (och älgjakten), samt att flera personer varit långtidssjukskrivna. När vi startade projektet hade vi inte, fullt ut, tänkt igenom hur övriga i personalgruppen skulle göras delaktiga, vilket naturligtvis påverkar resultatet.

Något vi tänkt på under projektperioden är att, trots att tre andra avdelningarna vid kliniken genomgått liknande projekt så är det många som inte har en aning om vad projektet handlar om. De andra avdelningarna har inte aktivt informerat övriga avdelningar om sitt arbete med projektet. Detta tänker vi ta fasta på och vi planerar att bjuda in de andra avdelningarna till diskussioner kring de förbättringar som gjorts och vad vi kan göra gemensamt. Vi har redan nu informerat läkargruppen om det förändringsarbete som hittills har gjorts.

### **Så här involverade vi patienter och deras närstående**

Information, gällande projektet, sattes upp på avdelningens anslagstavla. Personlig, skriftlig och muntlig, information kring de test som genomfördes gavs till berörda patienter och närstående.

### **Sammanfattning av projekt tiden så här långt**

Deltagandet i projektet har varit mödosamt och lärorikt. Det har varit svårt att, i tillräcklig utsträckning, frigöra tid för arbetet med projektet. Detta kan till stor del förklaras av semester, och sjukfrånvaro hos personalen, kombinerat med svårigheter att hitta vikarier. Vi har även haft problem med att knyta an någon av klinikkens läkare till projektet, vilket enligt vår mening, till viss grad, påverkat vilka tester vi har haft möjlighet att genomföra.

Det tog tid innan vi förstod hur mycket tid ett sådant projekt tar och vi hade, inledningsvis, svårt att se vilka tester som var genomförbara. Vi tänkte nog lite för ”stort”.

Vi har genomfört 11 tester varav flertalet fallit väl ut och kommer att permanentas. Vi har även en mängd idéer som vi planerar att testa framöver.

### **Övriga kommentarer**

#### ***REFERENSER***

Ottosson, J-O. 2013 Etiska aspekter på tvångsvård: [Läkartidningen. 2013;110:CCHD](#)