



## Projektrapport

### Bättre vård mindre tvång – del 2

#### Team 144 Hässleholm

#### Syfte med deltagandet i Genombrott Teammedlemmar

Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	<i>Enhetschef Kristina Jältborn, <a href="mailto:kristina.jaltborn@skane.se">kristina.jaltborn@skane.se</a> Ssk Charlotta Månsson Skötare Tom Elliott Skötare Pia Lindström</i>
--	---

#### Projektets övergripande mål

1. Att 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

Vi har fokuserat på att förbättra strukturen i vården på avdelningen och i huvudsak använt en checklista och en patientenkät.

I en del fokuserade vi på kunskapsutveckling i personalgruppen, dels via föreläsningar om tvångsvård och medverkan i TERMA (terapeutiskt möte med aggression) utbildningar.

Genom en patientenkät (se bilaga 1) har patienternas upplevelser av vården på avdelningen åskådliggjorts. Patienternas upplevelser har vi sedan fört fram på våra personalmöten. Vi har infört en checklista (bilaga 3,4) för att det ska bli lättare för avdelningspersonalen att ha en översikt av vad som har gjorts för/med patienten.

Problemen vi stött på har i huvudsak varit att det blivit många förändringar på en gång, det har varit svårt att implementera dessa i de dagliga rutinerna. Teamet kommer att framöver att arbeta aktivt för att bibehålla bl.a. patientenkät, checklista och att endast personal har tändare samt vara lyhörda för förbättringar vad gäller dessa och även andra förbättringar.

## Bakgrund

Verksamhetsområde (V.O.) Kristianstad har ett upptagningsområde som innefattar åtta kommuner. Sammanlagt bor 200 000 invånare i upptagningsområdet. V.O har sin heldygnsvård lokaliserad i Kristianstad och Hässleholm. Upptagningsområdet för avdelning 12 är kommunerna Osby, Hässleholm samt Perstorp, i vissa fall även Simrishamn och Tomelilla. Hässleholm står nu inför en flytt till Kristianstad där en samlokalisering ska ske inom heldygnsvården. Syftet med samlokaliseringen är att patienten ska få en mer differentierad vård och hamna rätt i systemet från början, detta enligt Region Skånes verksamhetsidé. Det finns ett stort värde i att ha en mindre enhet för patienter med behov av högintensiv vård. Även en enhet för patienter med psykosjukdomar har bedömts vara av stort värde. Patienter med självskadebeteende skall kunna vara fördelade på olika enheter. Däremot skall det vid behov av inläggning av patienter med ätstörning finnas en enhet med specifik kompetens för sådan vård. Detta kommer förhoppningsvis att leda till patientsäkrare vård med en minskning av hot och våld.

År 2010 kom Kristianstad – PIVA (Psykiatrisk akutmottagning) med i Genombrottsprojektet. Man hade då arbetat med ett omfattande värdegrundsarbete och som ett led i det arbetet ville man förbättra och individualisera tvångsvården. Det föll väl ut, man arbetar kontinuerligt med ständiga förbättringar och patientens fokus. År 2013 kom avd 12 i Hässleholm med i Genombrottsprojektet. Avd 12 är en allmänpsykiatrisk avdelning med 16+2 platser. Här vårdas patienter enligt både HSL och LPT. Medelvårdtiden på avdelning 12 är 25 dygn 2013. Här jobbar 25 anställda sjuksköterskor och skötare. Vid en nationell enkät initierad av SKL om bland annat patienternas nöjdhet, delaktighet och personalens tillgänglighet under sin vårdtid uppvisades inga bra resultat. Vi ville jobba aktivt för att förändra resultaten och därför var det mycket positivt att komma med i projektet. Teamets sammansättning består av två skötare, en sjuksköterska och en enhetschef. Meningen var att även en läkare skulle vara med och så var det initialt. Tyvärr kunde läkaren inte vara med mer än på det första LS, sedan påbörjade han en annan tjänstgöring. Vi har nu kommit en bra bit på väg i vår ambition att få mer nöjda patienter, men det är ett arbete som fortgår hela tiden. Drivande till att stötta projektet är områdeschef Roger Nihlén. Han har även varit drivande till att personal har utbildats inom LEAN-metoden, ett verktyg för att underlätta förbättringsarbete.

## Mål

### **Målområde 1: Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder**

1.1 ) Att 100% av patienterna ska känna sig delaktiga i sin vård och skatta minst 4 på en 5-gradig skala på patientenkäten.

Målet ska vara uppnått senast 30 september 2013.

1.2) Att 80% av patienterna ska förstå syftet med sin vård och skatta minst 4 på en 5-gradig skala på patientenkäten.

Målet ska vara uppnått senast 30 september 2013.

1.3) Att 100% av patienterna ska känna trygghet på avdelningen och skatta minst 4 på en 5-gradig skala på patientenkäten.

Målet ska vara uppnått senast 30 september 2013.

### **Målområde 2: Att förbättra patientens upplevelser av tvångsåtgärder**

2.1) Att 100% av ska få erbjudande om uppföljningssamtal inom ett dygn och genomfört inom sju dygn. Mäts via journalanteckning.

Målet ska vara uppnått senast 30 september 2013.

### **Målområde 3: Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder**

3.1) Att 100% av ordinarie personal ska ha kunskap om LPT lagen. Målet ska vara uppnått

senast 30 september 2013. Mäts genom LPT-tenta där personalen ska ha 7/9 rätt.

3.2) Att 100% av ordinarie personal ska få ökad kunskap om hantering vid hot och våld situationer och tvångsåtgärder. Målet ska vara uppnått senast 30 september 2013. Mäts genom enkät avdelningens självskattning avseende rutiner för tvångsåtgärder.

#### **Målområde 4: Att utveckla samverkan mellan olika aktörer i patientens liv/värld för att minska andelen inläggningar med tvång.**

4.1) Att 100% av patienternas aktörer ska ha kännedom om patientens inläggning på avdelningen. Målet ska vara uppnått senast 30 september 2013. Mäts genom patientbunden checklista.

4.2) Att 100% av patienterna ska ha en tid hos öppenvården inom 8 dagar. Målet ska vara uppnått senast 30 september 2013. Mäts genom patientbunden checklista.

### **Förändringar som testats**

Vi har gjort 21 stycken PDSA under projekttiden april – oktober 2013.

Under **mål 1** har vi 10 stycken PDSA. Dessa handlar om delaktighet och trygghet. För att öka delaktigheten så kom vi fram till att dokumentationen behövdes förbättras (diagram 1) och att en del av den skulle direkt involvera patienten. Vi bestämde oss för att mäta vissa bestämda sökord i journalsystemet. Dessa var omvårdnadsstatus, omvårdnadsdiagnos och läkarens vårdplan.

Patientenkäten som vi lämnar ut i samband med utskrivning från avdelningen visar att delaktigheten (diagram 1.1) har ökat om man jämför april mot oktober. Detta gäller också att förstå syftet med sin vård (diagram 1.2).

Vad gäller trygghet så hade vi en incident med eld på avdelningen och då fick vi en rekommendation från brandmyndigheten att begränsa möjligheten att ha tändare/tändstickor på avdelningen. Detta såg vi som en möjlighet att öka tryggheten, säkerheten och tillgängligheten på avdelningen. Vad gäller tryggheten bestämde vi att endast personal skulle ha tändare och att patienterna fick komma till personalen när de ville röka. Detta föll väl ut då patienterna vid en muntlig fråga i september om detta kändes tryggt för dem. Uteslutande svarade de att det var tryggt. Detta följdes upp genom en fråga i patientenkäten. Denna fråga blev tillagd i oktobers patientenkät (diagram 1.3).

Under **mål 2** har vi 4 stycken PDSA. Dessa handlar om uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd.

Alla patienter som varit med om tvångsåtgärd har blivit erbjudna uppföljningssamtal (diagram 2.1). Enkäten där patienten får skatta hur upplevelsen av tvångsåtgärden var har inte använts då alla tackat nej till uppföljningssamtal. Vi ska istället fokusera på att få patienterna att tacka ja till uppföljningssamtalet.

Under **mål 3** har vi 3 stycken PDSA. Dessa handlar om överfallslarm, TERMA-utbildning samt LPT kunskap och rutiner kring tvångsåtgärder.

Vi kontrollerade vid 3 tillfällen om personalen bar larm. Det var ett högre antal som bar larm än vi trodde. Positivt.

TERMA utbildningen på kliniken sköts av en speciell instruktörsgrupp, av dessa har vi fått information om antalet som gått grundutbildning och repetitionsutbildning. De som inte gått utbildningen har fått tid under hösten.

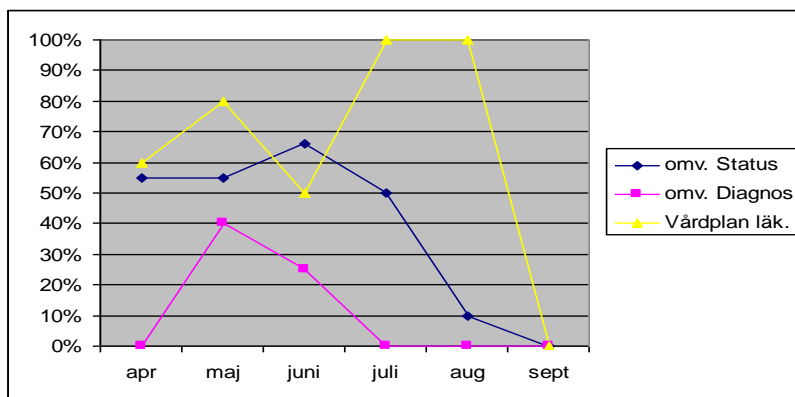
Ett LPT test har delats ut i personalgruppen (diagram 3.1). Där upptäcktes flera brister i kunskapen. Detta trots utbildningsinsatser i LPT.

Personalen har vid 2 tillfällen, april och oktober, fått bedöma sina kunskaper/trygghet vad gäller tvångsåtgärder genom enkät (diagram 3.2)

Under **mål 4** har vi 4 PDSA. Dessa handlar om patient överrapportering till andra aktörer och checklista. (diagram 4.1 och 4.2)

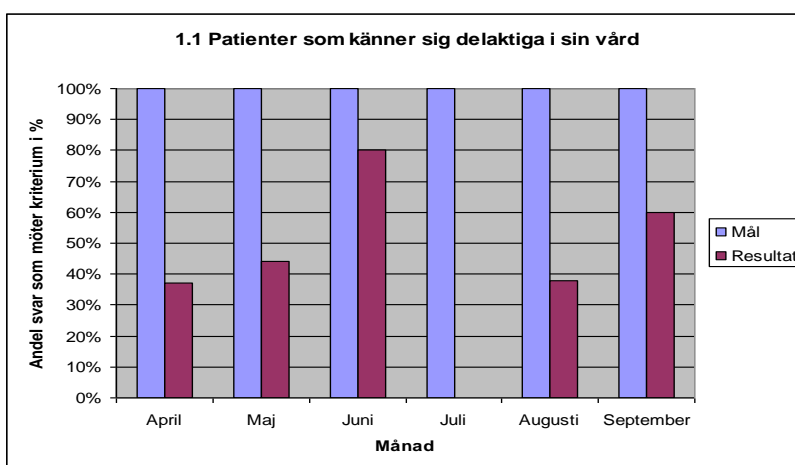
För att underlätta för personalen och patienten har vi tagit fram en checklista som följer patienten under hela vårdtiden. Den klargör insatser som är gjorda. Den används också av de nybildade teamen (färggrupperna) för att se vad som är gjort och vad som behövs göras mer.

## Resultat:



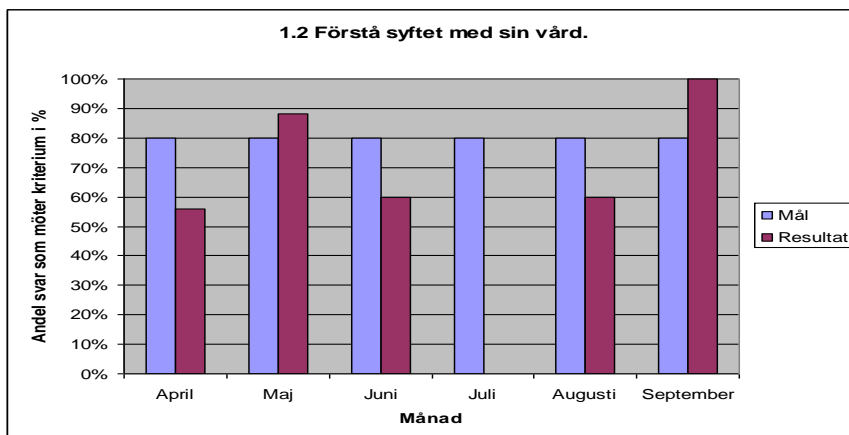
### 1) Dokumentation

Vi har mätt förekomsten av omv.status inom 24 timmar, omv.diagnos inom 48 timmar och vårdplan inom 24 timmar från ankomst till avdelningen. Detta enligt klinikens riktlinjer. Alla nyinskrivna patienter har varit med i mätningen.



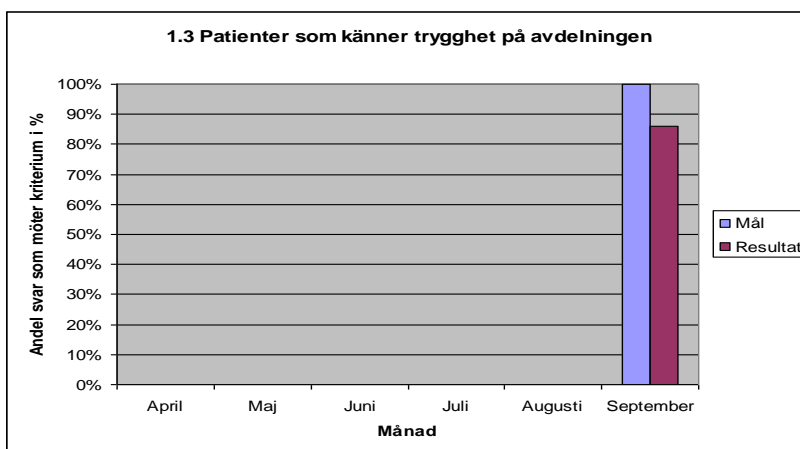
#### 1.1) 100% av patienterna ska ha en känsla av delaktighet i sin vård

Antalet inkomna patientenkäter är: april: 16, maj:9, juni: 5, juli 0, aug: 8, sep: 5  
Enkäten var anonym varför vi inte vet förhållandet män/kvinnor. Bilaga 1.



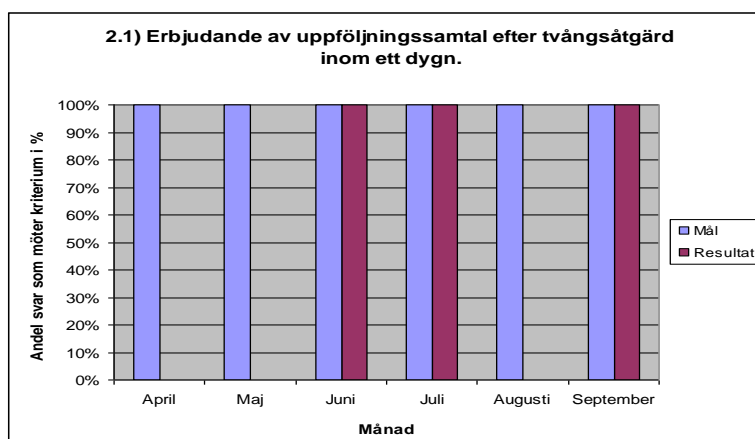
**1.2) 80% av patienterna ska ha förstått syftet med sin vård**

Antalet inkomna patientenkäter är: april: 16, maj:9, juni: 5, juli 0, aug: 8, sep: 5 Enkäten var anonym varför vi inte vet förhållandet män/kvinnor. Bilaga 1.



**1.3) 100% av patienterna ska känna trygghet på avdelningen.**

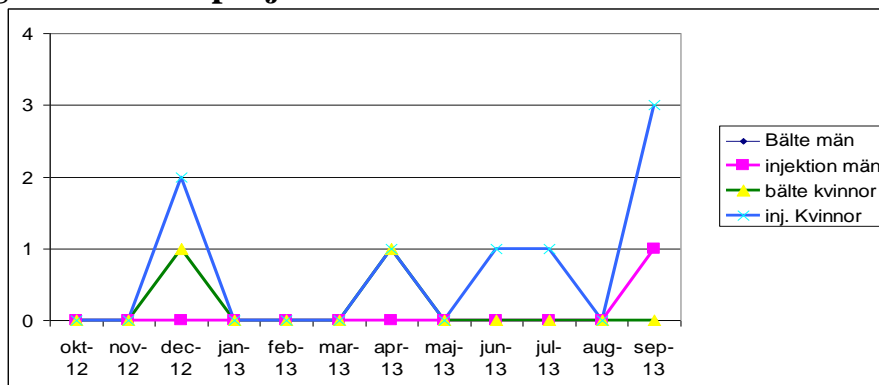
Patientenkäten har under september reviderats och denna fråga har då tillkommit. Patienter som ingår i mätningen är 5st. Mätt genom patientenkäten. Enkäten var anonym varför vi inte vet förhållandet män/kvinnor. Bilaga 1.



**2.1) 100% av patienterna ska ha fått erbjudande om uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd.**

Antalet tvångsåtgärder: april: 0, maj: 0, juni: 1, juli: 1 aug: 0, sep: 4. Mätt i journalen. Alla som blivit utsatta för tvångsåtgärd har blivit erbjudna uppföljningssamtal.

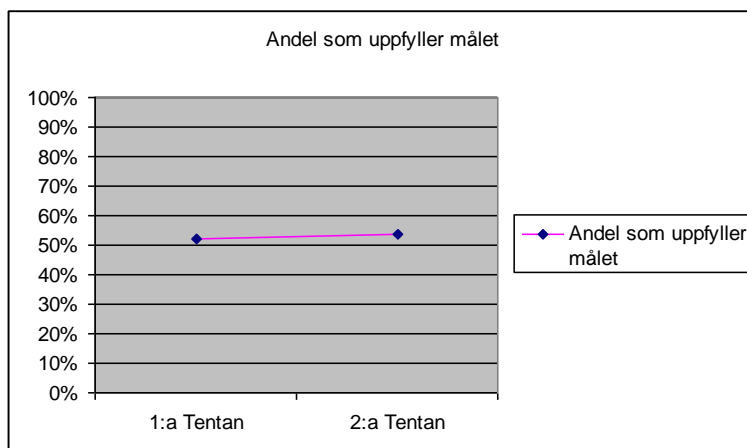
## Tvångsåtgärder under projektiden



Avskiljning har vi inte med då det inte har funnits några sådana på avdelningen under mättiden.

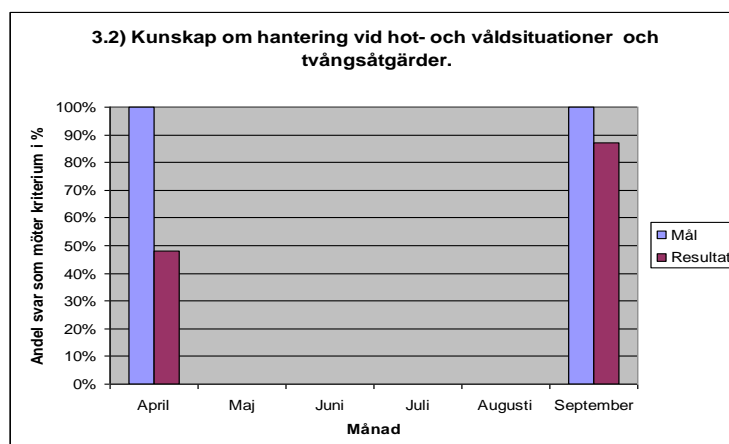
Tvångsåtgärder: dec-12: 1 kvinna bälte, 2 kvinnor injektion, apr-13: 1 kvinna bälte, 1 kvinna injektion, jun-13: 1 kvinna injektion, jul-13: 1 kvinna injektion, sep-13: 1 injektion man, 3 kvinnor injektion

### 3.1 LPT-tenta



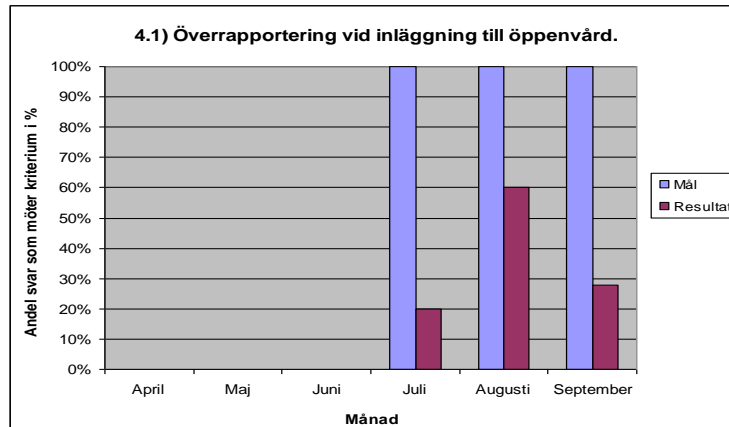
#### 3.1 Personalen ska ha 100% kunskap om LPT lagen

Resultatet uppfylls i 12 av 23 inlämnade LPT-tentor 1:a mätningen och 7 av 13 inlämnade LPT-tentor 2:a mätningen. (resultat minst 7/9 rätt) Se bilaga 6.



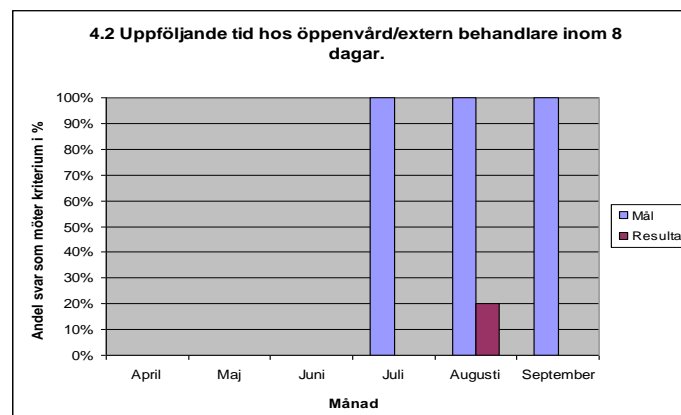
#### 3.2 100% av personalen ska ha fått ökad kunskap om tvångsåtgärder samt agerande vid hot och våldssituationer.

Enkät svar april: 9 av 25 anställda, sep: 16 av 25 anställda. Mätt med "avdelningens självskattning avseende rutiner för tvångsåtgärder". Se bilaga 7



**4.1) 100% av patienterna ska rapporteras till sin kontinuerliga kontakt i öppenvården eller andra vårdgrannar**

Checklistor: juli: 5 st, aug: 10 st, sep: 11 st. Mätt med patientbundna checklistor. Bilaga 3



**4.2) 100% av patienterna ska ha en uppföljningstid inom 8 dagar efter utskrivning**

Checklistor: juli: 5 st, aug: 10 st, sep: 11 st

Checklistan har suttit i alla patienters pärmar och samlats in av sekreteraren, så antalet checklistor = utskrivningar. Checklista se bilaga 3.

## Diskussion

En förbättring av dokumentationen skedde i början av vår projekttid. Under juli och augusti sjönk det drastiskt i och med semestertid. Dock märks det att vår läkare inte hade sommaresemester. I september föll all dokumentation då vi bytte journalsystem och strukturen för alla sökord förändrades.

Antalet patientenkäter varierar från månad till månad beroende på att enkäten delas ut vid utskrivningar. Om antalet är litet ger enskilda svar större genomslag. Överlag är dock patienternas förståelse för syftet av inläggningarna mycket bra. Detta kan bero både på motivering innan inläggning och kontinuerliga samtal när de är inskrivna.

Resultatet i patientenkäterna visar att de flesta känner sig trygga på avdelningen. Bidragande orsak kan vara att det genomförts en del förändringar vilket gör att mer personal finns tillgänglig ute på avdelningen.

Tyvårr fungerade inte utlämningen av enkäten (bilaga 1) som önskat i början så rutinen fick ändras. Personalen påminner nu läkaren om enkäten och frågar patienterna om de lämnat in den innan de lämnar avdelningen. Det har visat sig mycket effektivare även om det är dubbelarbete. Personalen har delats in i tre färggrupper (kontaktmannagrupper). Även patienterna är indelade i färggrupp och får sin färgtillhörighet vid inläggningen på avdelningen. Detta för att det alltid ska finnas någon tillgänglig för patienten att prata med, natt som dag. Detta menar vi kan vara en faktor som ökar tryggheten hos patienten.

Det infördes en dagordning för gruppträffarna. Det har fungerat för två av grupperna under mättningsperioden, den tredje tyckte inte att tiden räckte till. Det har varit svårt att hitta fasta tider för grupperna så att de inte krockar med andra aktiviteter. Under arbetets gång har nya idéer om förändringar uppkommit. En av dem är att vi nu ska förändra personalindelningen i grupperna så de jobbar mot varsitt öppenvårdsteam. I och med denna strukturförändring kan det även kopplas till projektets fjärde målområde.

Vid ankomsten till avdelningen ska personal tillsammans med patienten göra omvårdnadsstatus och omvårdnadsdiagnos. Detta hjälper patienten att känna trygghet rörande den kommande vårdtiden. Vi har noterat en viss tveksamhet hos personalen då flera känner sig osäkra att dokumentera samtidigt som patienten är med. En lösning är att personal antecknar för hand under samtalet och skriver sedan i journalen.

Vi har även testat att ha veckoschema för patienterna. Vi kommer att använda oss av det framöver för de patienter som behöver ökad struktur. Problem som uppstod var att vissa patienter lämnade avdelningen innan uppföljning. Information om veckoschemat gick inte fram till all personal. Där tänker vi att gruppträffarna ska göra skillnad.

Avdelningen har även börjat med att all personal har tändare på sig istället för att vissa patienter får ha och vissa inte. Detta har tidigare bl.a. lett till osämja i patientgruppen. Denna åtgärd gjordes för att minska hot- och våldssituationerna. Detta har fungerat oerhört bra. Tillgängligheten till personal har även den blivit mycket bättre då dessa vistas mer ute bland patienterna. Tavlor har satts upp på avdelningen med text om att ingen i patientgruppen ska ha tändare eller tändstickor och personalen är noga med att samla in dessa efter permissioner.

Alla patienter som blivit utsatta för tvångsåtgärd har också blivit erbjudna uppföljningssamtal. Rutinen att erbjuda samtal verkar etablerat sig men däremot tackade alla nej till erbjudandet. Efter diskussion i personalgruppen har vi kommit fram till att erbjudandet om samtal inte alltid ska komma direkt utan beroende på patienten någon/några timmar alternativt dagen efter då patienten har landat. Vi tror att det kommer att bli fler patienter som tackar ja om frågan kommer då.

Det har varit svårt att mäta kunskapen om LPT lagen korrekt då all personal (25 st) inte svarat på enkäten (bilaga 6). Personalen har fått kunskapstestet i sina fack samt informerats, men inte lämnat in den. I framtiden kommer enkäter att skickas ut via mail med läskvitto som ska skickas till avsändaren så denna ska kunna påminna rätt personer. Antalet rätt svar har varierat stort i personalgruppen. Kunskapen fallerar i flera fall på samma saker såsom vilken slags läkare som får göra LPT-bedömning samt vilka regler som gäller vid avskiljning. Avdelningen har mycket sällan avskiljning och därför är det svårt att få rutin på detta. Vårt mål är inte uppnått och vi måste hitta sätt för att öka kunskapen. Föreläsningarna som hållits har inte varit välbesökta. Detta kan bero på att de inte varit obligatoriska. Att hitta former för obligatoriska föreläsningar är vårt nästa steg.

TERMA-utbildningen (terapeutiskt möte mot aggression) som är obligatorisk har gett resultatet att kunskapen har ökat under projektiden (bilaga 7).

All personal har inte gått grundutbildning och uppföljning. Nyanställd personal har ännu inte



gått utbildningen. Kliniken har under hösten tillfällen för grundutbildning och nyanställd personal ska då gå.

All personal har blivit informerad om vikten att bära överfallslarm (bilaga 2) och att man ska kontrollera så att det fungerar. Det visade sig att många larm inte fungerade och fick skickas till service. Kontrollenheten för larmen sitter inte i direkt anslutning till avdelningen vilket leder till slarv.

Att vi fick in fler enkätsvar angående kunskap om klinikkens riktlinjer för tvångsåtgärder i september beror på att många enkäter i april inte kunde räknas då de var ofullständigt ifyllda, de flesta hade inte sett att det var en baksida att fylla i också. Bortfallet gör att resultatet inte blir fullt tillförlitligt. I och med det låga antalet enkätsvar så har vi nu börjat med att läsaren ska skicka läskvitto till avsändaren.

Checklista som infördes i patientpärmarna (bilaga 3) under juli och mätningen visar att användningen ännu inte fungerat. Orsak kan vara att gruppträffarna inte fungerar samt att formuläret varit otydligt. Detta är nu åtgärdat (bilaga 4). Mer information överförs säkert än vad mätningens resultat visar, då en del rapporter inte dokumenteras korrekt för mätning utan endast i journal. En del av patienterna har ingen kontakt på öppenvården när de blir inlagda och därför kan de inte heller rapporteras dit.

Checklistan sitter i patientpärmarna och samlats in av sekreteraren vid utskrivning. Antalet checklistor = antalet utskrivningar.

I en del fall skrivs remissen för uppföljning i samband med utskrivningssamtalet och teamet tar inte upp förrän någon/några dagar senare vem som blir öppenvårdskontakt. På detta fylls inte checklistan i eftersom patienten då lämnat avdelningen. Ibland fortsätter tidigare öppenvårdskontakt under inläggningstiden.

Mätningen görs genom checklista som ännu inte blivit en rutin. Mer information överförs säkert än vad mätningens resultat visar då en del rapporter inte dokumenteras korrekt för mätningen. Checklisten är reviderad.

Nya formulär och rutiner tar alltid lång tid att implementera vilket visat sig i låg användning av checklisten. För att öka samverkan mellan heldygnsvården och öppenvården så ska avdelningens färggruppsteam förändras och arbeta mot specifika öppenvårdsteam. Detta för att överrapporteringen ska fungera bättre och därmed minska antalet missar. Har patienten ingen behandlare vid inläggningen skickas en remiss till öppenvårdens team eller primärvård, oftast i samband med utskrivning.

### **Tvångsåtgärder under projektiden**

Generellt förekommer inte mycket tvångsåtgärder på avdelningen (diagram tvångsåtgärder under projektiden). Under september har vårdtyngden varit hög och flera svårt sjuka har varit inne samtidigt. Detta gör att patienterna ”triggas” igång av varandra och har sedan svårt att varva ner. Flera av dem har efter motiverande samtal gått med på medicinering utan tvång. Tvångsåtgärderna i december och april gäller samma kvinna, de andra är olika patienter vid varje tvångsåtgärd förutom i september då två av injektionerna gavs till en och samma kvinna.

Vi ser inte något samband med antalet tvångsåtgärder och våra PDSA. Däremot har vårt psykossteam under hösten varit utan fast läkare, vilket genererat fler inläggningar av psykospatienter. Denna patientgrupp har stått för majoriteten av tvångsåtgärder.

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

Patienterna får svara på enkäter samt tillfrågats individuellt där resultatet ska ligga till grund för vårt förändringsarbete. Vi tror att genom att påvisa patienternas upplevelser av vårdtiden kan man öppna upp för reflektion kring personalens bemötande och därmed minska behovet av tvångsåtgärder.

Under september hade vi en närståendeenkät (bilaga 5). Tyvärr var det inte många som svarade på denna. Avdelningen fick genom enkäten in en del nyttiga reflektioner som kan leda till en förändring av informationsbroschyren samt information till närstående.

Vi har även varit ute i patientgruppen med ojämna mellanrum och frågat om deras synpunkter på bl.a trygghet och vad vi kan bli bättre på. Vi har upprättat en informationsyta med information till patienter och närstående om avdelningen och projektet.

Vi hade i uppstarten av en utvecklingsdag för hela avdelningen. Där föreläste en attitydambassadör från organisationen Hjärnkoll om hur viktigt det är med bemötande och närståendes engagemang.

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

Vårt samarbete med öppenvården måste bli bättre och det förväntar vi ska ske i förändringen av våra färgteam. Förändringsbehovet tydliggjordes då ett av våra öppenvårdsteam tyckte att det blev för många olika personal som de skulle jobba mot på avdelningen.

Att vara med i genombrottsprojektet har varit en lärdom för oss i teamet. Vi ville så mycket i början. Att bara vara tre som jobbade på avdelningen med direkt patientarbete har varit slitsamt, trots att vi har haft ett stort stöd av vår chef. Att ingen av oss hade någon speciell kunskap om hur man redovisade mätningar har gjort att vi involverat personer både på och utanför avdelningen för att få hjälp. Detta gjorde att vi fick mer förståelse i personalgruppen när vi ibland ”satt och hängde vid datorn” eller jobbade utanför avdelningen med statistiken. Många av personalen tyckte att vi satt våra mål för högt, att det var för mycket papper att fylla i och sedan hålla ordning på. Personalen hann inte få rutin på något förrän vi kom med något nytt som skulle implementeras på avdelningen.

Utöver detta har avdelningspersonalen varit bra på att heja fram oss. Många tycker att det behövs förändringar, att de verkligen vill ha det men inte så många åt gången och under så kort tid. Hade varje förändring fått ta mer tid hade det varit betydligt lättare att få med sig personalen helhjärtat.

## **Övriga kommentarer**

Under hela projekttiden har beslutet om att avdelningen kommer att flyttas till Kristianstad under 2014 varit ett orosmoment. Projektgruppen har fått kommentarer om att det är förändringar som kanske inte kommer att användas i Kristianstad så varför lägga krut på dem. Vi har förklarat att de flesta kommer att användas i Kristianstad där de redan arbetar med t.ex. färggrupper.

I september bytte Region Skåne till ett gemensamt journalsystem. Detta har ställt till det för personalen då det inte är likt vårt gamla, framför allt sökorden. Det har även utgjort problem vid vissa av våra mätningar då det vi mätt inte finns med som sökord/rubrik utan nu ska skrivas under andra sökord/rubriker.

# Bilaga 1

## PATIENTENKÄT

datum\_\_\_\_\_

Du har fått den här enkäten för att just dina erfarenheter och tankar är viktiga för oss, i vårt fortsatta förändringsarbete på avdelningen.

Vi vill förbättra bemötande, information samt öka delaktigheten för dig som vårdas på avdelning 12. Denna enkät är en del i detta förändringsarbete.

1. Har du upplevt att du känt dig kränkt någon gång under vårdtiden?

Nej Inte alls	nja till viss del	ja, men ok Efter Samtal	ja, definitivt kränkt	ja, oerhört kränkt
1	2	3	4	5

På vilket sätt:\_\_\_\_\_

2. Är du nöjd med din vårddid på avdelningen?

Ja helt	Ja till Största Delen	Varken eller	nej mest missnöjd	Nej inte alls nöjd
1	2	3	4	5

Är det något speciellt du tänker på:\_\_\_\_\_

3. Har du känt dig trygg på avdelningen under vårdtiden?

Nej inte alls	oftast inte	varken eller	ja till största delen	ja helt
1	2	3	4	5

Är det något speciellt du tänker på:\_\_\_\_\_

4. Hur upplevde du avdelningspersonalens bemötande under vårdtiden?

Utmärkt	Mycket Bra	Bra	Mindre bra	mycket dåligt
1	2	3	4	5

5. Tycker du att personalen var tillräckligt tillgänglig ute på avdelningen?

Ja Alltid	Nästan alltid	Ibland	Sällan	Inte alls
1	2	3	4	5

Är det något speciellt du tänker på? \_\_\_\_\_

6. Har du känt dig delaktig i planeringen av din vård

Ja helt	Ja, lite	varken/ eller	inte tillräckligt	inte alls
1	2	3	4	5

Är det något speciellt du tänker på? \_\_\_\_\_

7. Har du och/eller dina närmaste förstått syftet med den här vårdtiden.

Ja helt	Ja, lite	varken/ eller	inte helt	inte alls
1	2	3	4	5

Är det något speciellt du tänker på? \_\_\_\_\_

## Bilaga 2

### Testcykeljournal

**Team: 144**

**Test nr: 3.3 Överfallslarm**

**Mätbart mål: Att 100% av ordinarie personal ska få ökad kunskap om hantering vid hot och våld situationer och tvångsåtgärder enligt klinikens rutiner och riktlinjer.**

#### **Förändringsidé:**

*(Vilken är förändringen ni vill testa i PDSA-cykeln? Förändringsidén ska vara relaterad till ovanstående mål.)*

Koordinator per pass påminner samtlig personal om att bära och kontrollera sina överfallslarm.

#### **Varför görs testen:**

*(Vad är er hypotes? Varför kommer den här förändringen att leda till en förbättring?)*

Vi tror att om samtlig personal alltid bär larm som är kontrollerade så genererar i ökad trygghet på avdelningen. Kvalitén vid användandet av tvångsåtgärder kan således förbättras eftersom personal ges möjlighet att agera snabbare vid en hot och våld situation.

#### **Hur ska själva testen utvärderas?**

*(ex data, enkät, intervju)*

*OBS! Skilj på mätning som relaterar till det numeriska målet och som mäts på samma sätt under hela projektet och mätning/utvärdering av varje enskild testcykel, som kan variera beroende på vad som testas.*

Samtlig personal som arbetar vid testtillfället ska bära larm. Stickprov görs av utsedd personal vid olika tillfällen.

Testen börjar:220813

och slutar: 300913

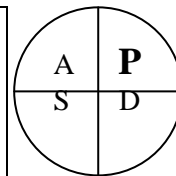
## Planera

*Gör en detaljerad plan för testen, vem skall göra vad, var, när och hur? Tänk på det ni skrivit ovan om varför testen görs och hur den ska utvärderas.*

Vem: Lotta och Pia tar stickprov utvalda dagar.

Var/ När: Stickprov utvalda tidpunkter på avdelning 12.

Hur: Kontrollerar hur många av personalen som har larm på sig.



## Testa

*Genomför planen. Beskriv eventuella avvikelser från planen och oförutsedda effekter. Samla data/observera.*

Lotta och Pia har vid 3 tillfällen frågat personalen som jobbat om de bär larm.

24/8 (lördag) kl 14.00 var 6 personal i tjänst och alla bar larm

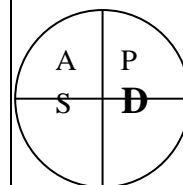
3/9 (tisdag) kl 13.00 var 7 personal i tjänst och 5 av dessa bar larm

9/9 (måndag) kl 10.00 var 10 personal i tjänst (inräknat läkare och sekreterare) 8 av dessa bar larm

På avdelningen har vi personalskifte 13.30 därav 6 personal en lördag.

Avdelningen har närvarande läkare på förmiddagen och vissa eftermiddagar.

Många i personalgruppen hade sina larm i byxlinningen och därför syntes inte dessa.



## Analysera

*Tolka data. Jämför resultaten mot hypotes och reflektera över utfallet.*

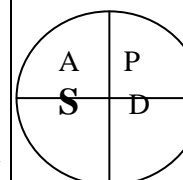
När vi gick ut och frågade i personalgruppen var de flesta positiva till frågan, de som inte bar larm gick och hämtade sina.

9/9 var det läkare som inte bar larm. Trots frågan (som de tyckte var bra) satte de inte på sig larmet, (gjorde en efterkoll vid lunchtid)

Personal som hade larmet i byxlinningen gjordes uppmärksam på att det är svårt för larmet att fungera när tröja täcker det. En del svarade att det hade de inte tänkt på så även det får påminnas.

Personalen på vår avdelning går i privata kläder då vi inte har omklädningsrum varken utanför eller på avdelningen.

I och med att larmet döljs av många så blev resultatet bättre än vi tänkt.

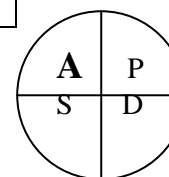


## Agera

*Är ni redo att införa förändringen? Behöver den testas i större skala eller under andra förhållanden? Eller ska ni släppa just denna förändring?*

Vi behöver med jämna mellanrum extrapåminnas om vikten att bära larm och att de inte ska täckas med kläder.

Larm är ett obligatorium.



## Bilaga 3

### Checklista inskrivning / vårdtid / utskrivning

Patient : .....

	Utfört/sign	datum
<b><u>Inskrivning</u></b>		
Inskrivningsmeddelande till kommun	.....	.....
Rutinprover (pat via PIVA, kolla Melior först)	.....	.....
Längd och vikt	.....	.....
Puls och blodtryck	.....	.....
Öppenvårdskontakter informerade (inom psykiatri, primärvård, kommun) namn:.....	.....	.....
Behandlande läkare informerad	.....	.....
Nästående informerade (kolla sekretessen)	.....	.....
Litiumdispensär kontaktad	.....	.....
APOdos kontaktade	.....	.....
Minderåriga barn		
Antal:..... Födda år.....	.....	.....
Fått trygghetsformuläret	.....	.....
Informationsbroschyr ”Välkommen till avd 12”	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

#### **Vårdtid**

VPL kallelse till kommun	.....	.....
Allmänna uppgifter	.....	.....
Status	.....	.....
Omvårdnadsdiagnos	.....	.....
Vårdplan (läkare)	.....	.....
ECT förberedelser	.....	.....
Barnsamtal med barn	.....	.....
Med föräldrar	.....	.....
Anhörigsamtal	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Utskrivning**

Utskrivningsmeddelande 1

.....

2

.....

Litiumdispensär informerad

.....

Behandlande läkare informerad

.....

Öppenvårdskontakter informerade

(inom psykiatri, primärvård, kommun)

namn:.....

Distriktsköterska kontaktad om medicindelning

.....

APOdos kontaktade

.....

Tid i hand för uppföljning/återbesök

.....

Patientenkät utskrivning ifylld och inlämnad

.....

.....

Tömt saker från värdefack, kassaskåp, tvättstuga

.....

.....

.....

.....

.....

.....





## **Bilaga 5**

### **Enkät närstående**

Vi vill belysa närståendeperpektivet för att se vad vi kan göra mer för er samt vad vi behöver förbättra.

Vi skulle vara tacksamma om ni ville besvara dessa frågor.

**1) Har ni uppmärksammat informationsytan ”Välkommen till avdelning 12”?**

**Ja**                      **nej**

**2) Är det något mer ni skulle vilja att den innehöll?**

.....  
.....  
.....

**3) Upplever ni att ni fått tillräcklig information?**

**Ja**                      **nej**

.....

**4) Hur tycker ni att ni blivit bemötta när ni varit på besök på avd 12?**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Dåligt</b>	<b>kunde varit bättre</b>	<b>sådär</b>	<b>bra</b>	<b>mycket bra</b>

**5) Känner ni er trygga med avdelning 12?**

**Ja**                      **nej**

.....  
.....  
.....

**6) Vad gör vi bra? Vad gör vi dåligt?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Bilaga 6

# LPT tenta

datum

- 1) Vem är behörig att utfärda vårdintyg
  
- 2) Vad krävs för att man ska växla från HSL till LPT
  
- 3) En HLS patient kommer till avdelningen. Vägrar visa väskan. Får man titta mot patientens vilja?
  
- 4) Samma situation men på vårdintyg
  
- 5) En patient som är på LPT försöker springa sin väg. Får man hålla i patienten?
  
- 6) patient på HSL blir förtvivlad. Ruser iväg mot järnvägsspåret. Får man hålla fast patienten?
  
- 7) Patienten har tidigare varje kväll fått tvångsinjektion. Kan du ge en till?
  
- 8) En patient stör andra medpatienter. Överläkaren har sagt att patienten ska avskiljas om detta sker. Vad kan man göra?
  
- 9) Nu har 8 timmar gått och patienten är fortfarande störande. Kan man låta avskiljningen fortsätta?

# Bilaga 7



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



130228

## Avdelningens självskattning avseende rutiner för tvångsåtgärder

Beskriv i vilken mån du instämmer med följande påståenden

	Stämmer inte				Stämmer helt
	1	2	3	4	5
<b>Fastspänning</b>					
Vi har tydliga rutiner för fastspänning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutinerna för fastspänning är fullt ut kända av alla medarbetare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutinerna följs av alla medarbetare vid varje tillfälle som fastspänning är aktuellt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stämmer inte				Stämmer helt
	1	2	3	4	5
<b>Avskiljning</b>					
Vi har tydliga rutiner för avskiljning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutinerna för avskiljning är fullt ut kända av alla medarbetare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutinerna följs av alla medarbetare vid varje tillfälle som avskiljning är aktuellt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

