

# Projektrapport

## Bättre vård - mindre tvång

**Team 155 – Psykiatrin avdelning 4/TNE Norrlands Universitetssjukhus**

<b>Syfte med deltagandet i Genombrott</b>	<b>Teammedlemmar</b>
Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	<i>Sektionschef Sara Markinhuhta</i> <i>Kontaktperson e-post: sara.markinhuhta@vll.se</i>  <i>Avdelningschef Elisabeth Björe</i> <i>Överläkare Britt-Mari Johansson</i> <i>Sjuksköterska Iris Årre</i> <i>Sjuksköterska Marie Granberg</i> <i>Skötare Anna Johansson</i> <i>Sjuksköterska Anna Pekkari</i> <i>Sjuksköterska Kenneth Bell</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

Genombrottsprogrammet har varit en förvirrande utmaning med blandade känslor i vårt arbetslag. I projektets start pendlade vi mellan gråt och skratt, frustration och glädje. Till en början kände vi oss förvirrade och hade svårt att få grepp om helheten och metoden i genombrottsprogrammet. När det klarnade insåg vi snabbt att relativt små förändringar kan göra stor skillnad för våra patienter.

Redan innan detta projekt så visste vi att ineliggande patienter upplever brist på information och aktiviteter. Vi valde snabbt att jobba med förändringsidéer inom dessa områden. Vår hypotes var att i vår patientgrupp leder en större patientdelaktighet till mindre frustration vilket minskar behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder. Därför har vi valt att lägga mest fokus på att förebygga situationer som kan leda till en tvångsåtgärd. Vi har utformat många förändringsidéer för att förbättra vården på avdelningen. De flesta av våra mål har under projektiden blivit uppnådda och det har givit goda resultat. Projektet har gjort oss medvetna om våra brister och styrkor och vi kommer att arbeta vidare med nya målsättningar som växt fram under projektiden.

## Bakgrund

Psykiatri i Umeå har ett upptagningsområde på 140 000 människor. Vid psykiatriska kliniken i Umeå finns 5 slutenvårdsavdelningar med olika inriktning. Till varje avdelning finns en öppenvård. Vår avdelning heter vårdavdelning 4, F21 och öppnades med nuvarande inriktning hösten 2009. Avdelning 4 är en vårdavdelning med 10 platser samt en tillnyktringsenhet med 6 vårdplatser. Vi tar emot patienter tillhörande beroendepsykiatri, planerade avgiftningar, dubbeldiagnoser och vissa patienter som tillhör rättspsykiatriens öppenvård. På vår avdelning vårdas patienter enligt LPT, LRV, HSL samt LVM. I avdelningsarbete ingår också ett samarbete med polisen, SMADIT (samverkan mot alkohol och droger i trafiken). Längden för vårdtiderna på vår avdelning är väldigt varierande. Det flesta vårdas enligt HSL.

På vår avdelning arbetar sektionschef, läkare, sjuksköterskor, skötare samt läkarsekreterare. Dagpersonalen jobbar enligt 3:3 schemamodell. På dagpass arbetar minst 6 personal, kvällar minst 4 och nätter minst 3 personal. Vårt mål är att varje arbetspass ska vara en könsblandad grupp. Avdelningen består av 4 vårdlag - Röd, Blå, Gul och Grön. Vårdlagens medarbetare fungerar som kontaktpersoner. På avdelningen är stor del av personalstyrkan MI utbildade.

Vår avdelning är sliten och i stort behov av renovering. Avdelningen är kal och trist och går i färgerna vitt och grönt. Just "torftigheten" på vår avdelning är något patienterna ofta klagat på. Vi är en av få avdelningar på sjukhuset som fått tillåtelse till rökrum vilket innebär att avdelningen har en doft av cigarettök. Vi har ett besöksrum som är beläget i ett rum utanför avdelningen. Anhöriga och bekanta kommer aldrig in på avdelningen då vi vill minimera risken för att få in droger på avdelningen samt skydda ineliggandes integritet. Då inte alla patienter har möjlighet till utevistelse har vi tillgång till rättspsykiatriens tak där våra patienter kan få frisk luft. Vårt mål är att alla patienter ska få möjlighet till utgång med personal dagligen men i varje patientfall utförs individuella bedömningar till om måendet tillåter utgång eller ej.

Vi har ett gott samarbete med socialtjänsten. Varje vecka kommer socialsekreterare och har gruppsamtal med MI inriktning tillsammans med våra patienter. Möjlighet finns att delta i sjukgymnastik 2 gånger i veckan. Utöver detta är aktiviteter på avdelningen en stor brist och även detta är något som våra patienter uttrycker missnöje över.

Vi gick med i genombrottsprogrammet då vi ville ta chansen att förbättra vården på vår avdelning. Det finns många förbättringsområden men vi har valt att fokusera på att motverka den frustration som våra patienter på olika sätt har gett uttryck för. Mycket av frustrationen upplevdes bero på bristande information. Vi ville att patienterna skulle känna sig mer delaktiga i sin egen vård. Med en känsla av delaktighet och trygghet så tror vi att risken och användandet av tvångsåtgärder minskar samt att vi på detta vis kan fånga upp oroliga patienter i ett tidigt skede. Vi vill att personal ska få en ökad kunskap och därmed uppleva trygghet kring tvångsvård och användandet av tvångsåtgärder.

## Mål

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

- 80 % av patienterna ska ha fått information inom 24h vid ankomst till avdelning. Information ska innehålla avdelningsrutiner, vårdform samt kontaktpersoner.
- 80 % av patienterna ska uppleva att de har fått återkoppling från rond.
- 100 % av alla patienter ska ha en aktuell vårdplan inom 3 dygn. 60% av patienterna ska känna sig delaktiga i sin vårdplan
- 60 % av patienter som får gå ut med personal ska erbjudas daglig promenad.

### **Övergripande mål 2: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder**

- 100 % ska erbjudas eftersamtal efter utförd tvångsåtgärd.

### **Övergripande mål 3: Att utveckla kunskapen och förbättra kvalitén vid användandet av tvångsåtgärder.**

- Eftersamtal i personalgrupp skall hållas efter utförd tvångsåtgärd vid minst 70 % av aktuella tillfällen.
- 90 % av personalen ska få 10/13 korrekta svar eller mer på kunskapstest angående tvångsvård.

### **Övergripande mål 4: Att utveckla samverkan mellan olika aktörer i patientens liv/värld för att minska andelen inläggningar på tvångsvård**

*Samtliga mål är mätta under perioden april 2013 - oktober 2013. Mätning utfördes 1g/månad på samtliga ineliggande patienter vid tillfället, oavsett vård enligt HSL eller LPT*

## Förändringar som testats

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

- **Information vid inskrivning**

Inom detta delmål har vi arbetat fram en ny informationsbroschyr. Personalen har informerats både enskilt och i grupp angående denna. Vi har även fokuserat på att synliggöra vårdlagstillhörigheten genom färgmärkning med tejp på personalens ID-brickor samt affisch på vårdlagen i korridoren. Vi har utfört 4 testcykler inom detta delmål.

- **Återkoppling rond**

Inom detta delmål har vi främst fokuserat på att skapa rondlappar och nå ut med dessa till våra patienter och kollegor. Rondlapparna har formulerats så att patienten själv kan fylla i sina önskemål för att omgående efter rond få ett skriftligt svar av läkare (se bilaga 1). En brevlåda har införskaffats och hängts upp utanför avdelningens rondrum. Personal har informerats enskilt, samt i grupp, angående rondlappar och vikten av återkoppling. Vi har utfört 5 testcykler inom detta delmål.

- **Aktuell vårdplan/ delaktighet**

Påminnelse till vårdlagen om patienter som saknar vårdplan skrivs dagligen i avdelningens dagbok. Vi har utformat ett probleminventeringsformulär (se bilaga 2). Dessa ska fyllas i av patienterna i början av vårdtiden. Inventeringen är sedan ett stöd till utformandet av vårdplanen. Vi har informerats personal enskilt och i grupp om detta. Vi har utfört 3 testcykler inom detta delmål

- **Fysisk aktivitet**

Vi har testat att ha en promenadansvarig personal dagligen. Denna har ansvar för att se till att alla patienter som får gå ut med personal erbjuds denna möjlighet. Vi har utfört 1 testcykel inom detta delmål.

## **Övergripande mål 2: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder**

- **Eftersamtal – patient**

Vi har skapat en stödmall för att hålla eftersamtal med patienter efter utförd tvångsåtgärd. Denna är presenterad för personal enskilt och i grupp. Vi har utfört 2 testcykler inom detta delmål.

## **Övergripande mål 3: Att utveckla kunskapen och förbättra kvalitén vid användandet av tvångsåtgärder.**

- **Eftersamtal – personalgrupp**

Vi har skapat en egen stödmall ”se din kollega” för att hålla eftersamtal i personalgrupp. Stödmallens syfte är att komma ihåg att se och stötta varandra i situationer som har upplevts som obehagliga/hotfulla. Denna har presenterats för personal enskilt och i grupp. Vi har utfört 2 testcykler inom detta delmål.

- **Kunskapstest/ Tvångsvård**

Vi har skapat ett kunskapstest som alla i personalgruppen har fått göra. Tvångsvårdsföreläsning har genomförts av överläkare Britt-Marie Johansson. Efter föreläsning har all personal åter utfört testet. Vi har utfört 1 testcykel inom detta delmål.

## **Övergripande mål 4: Att utveckla samverkan mellan olika aktörer i patientens liv/värld för att minska andelen inläggningar på tvångsvård**

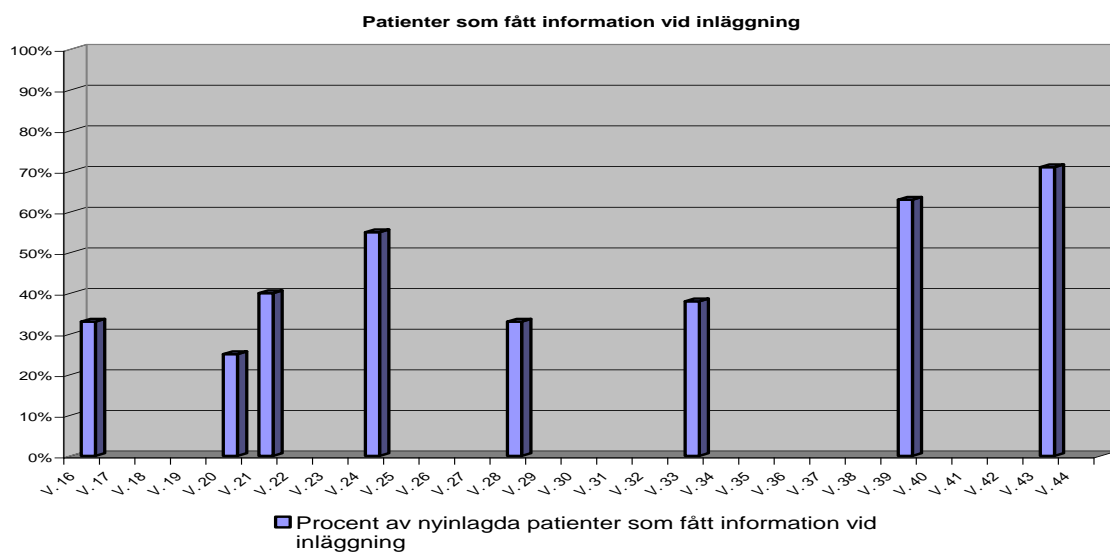
- Detta mål har vi medvetet valt att inte arbeta med. Samarbetet mellan socialtjänst, öppenvård, anhöriga och andra aktörer fungerar bra. Vi har prioriterat de övriga målen då vi haft ett större behov av att förbättra dessa.

## Resultat

### Övergripande mål 1: Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder

- **Information vid inskrivning**

Vår hypotes kring bristande information till patienterna i samband med inläggning visade sig stämma. Vid vår första mätning hade endast 33 % erhållit tillräcklig information vid inskrivning på avdelningen. Efter att informationsbroschyr börjat användas nådde vi bättre resultat men många var missnöjda med att de inte visste vilket vårdlag de tillhörde. När vi färgmärkte personalens id-brickor upptäckte vi att fler patienter visste vilket vårdlag de tillhörde. Vid senaste mätningen hade 71 % fått tillräcklig information. De veckor som i diagrammet inte visar resultat utfördes ingen mätning. Vi kommer att arbeta vidare med detta genom att även färgmärka patienternas id-band.

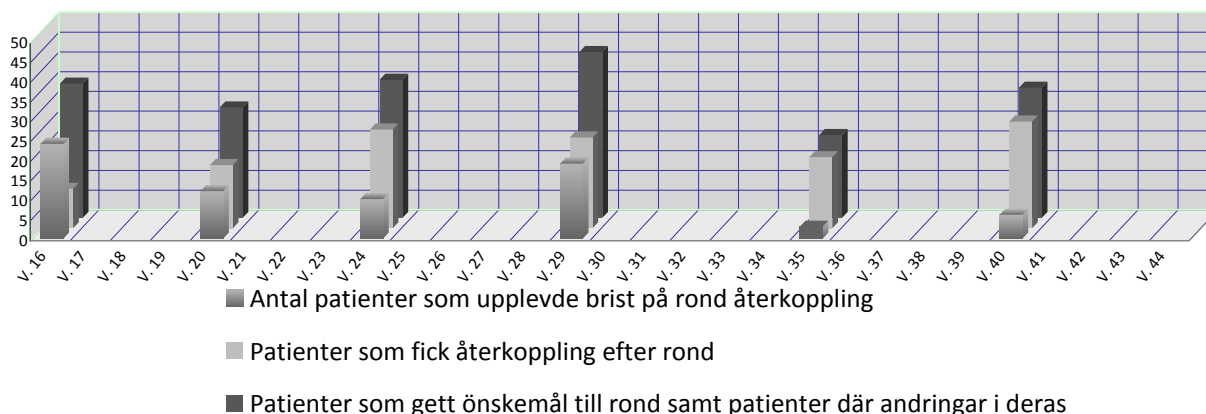


- **Återkoppling rond**

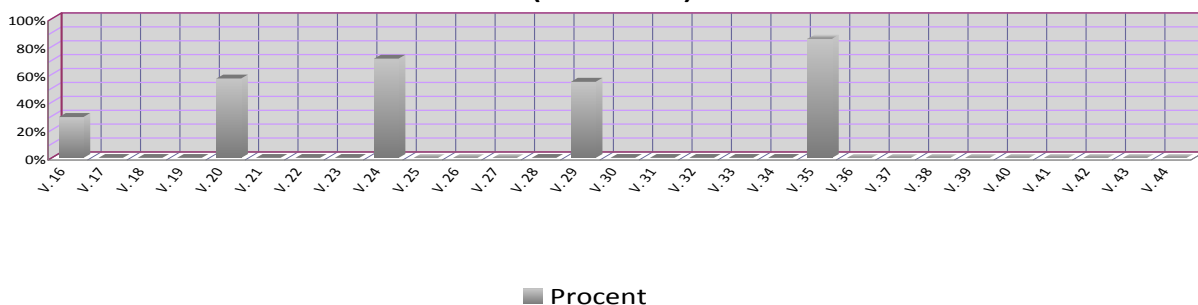
Det har visat sig genom frågor till patienterna att vår hypotes om bristande återkoppling från rond var riktig. Vid vår första mätning uppgav 29 % att de hade fått återkoppling från rond. Patienterna berättade att de inte hade fått någon information eller inte hade förstått den information de fått. Patienterna förklarade att de inte kom ihåg om de fått återkoppling och även att personal hade gett återkoppling men inte haft förståelse för deras behov. Vi provade först att ge personalgruppen information på APT (arbetsplatsträff) angående vikten av återkoppling efter rond. Informationen resulterade i viss förbättring i återkoppling till patienterna. När rondlapparna började användas blev resultatet bra. 100 % av patienterna var nöjda och vi beslutade att införa rondlapparna som en rutin på avdelningen. De veckor som i diagrammet inte visar resultat utfördes ingen mätning.

Patienterna kommenterade så här: ” detta är genialiskt”, ”det här kallar jag vårdkvalitet” .

## Återkoppling efter rond



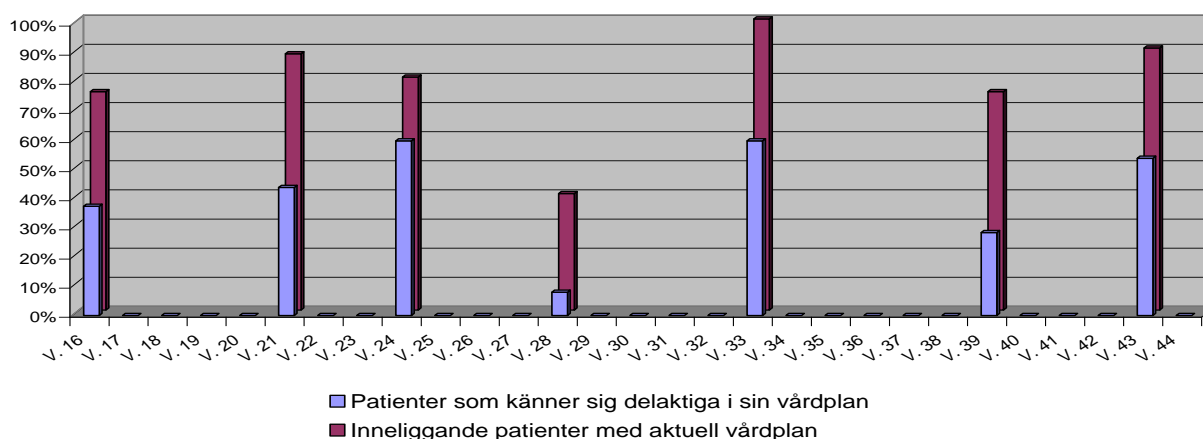
## Antal patienter i procent som fått återkoppling efter rond (målet: 80%)



- **Aktuell vårdplan/delaktighet**

Vid vår första mätning hade 75 % av patienterna en aktuell vårdplan men endast endast 38 % kände sig delaktiga. Vi utformade ett probleminventeringsformulär att använda som stöd då vi skriver vårdplan. Både personal och patienter tyckte att detta var ett bra verktyg. Vi har nu infört probleminventeringsformuläret som en del av våra rutiner. Över tid har mätningarna uppvisat varierande resultat. Vid vissa mätningar har vi nått vårt mål, vid andra inte. För att undvika dessa upp och nedgångar skapade vi en rutin om att föra in en påminnelse för patienter utan vårdplan i vår dagbok. Denna rutin har gett ett positivt resultat. Senaste mätningen visade att 90% av patienterna hade en aktuell vårdplan och att 60% av dessa kände sig delaktiga i denna. De veckor som i diagrammet inte visar resultat utfördes ingen mätning.

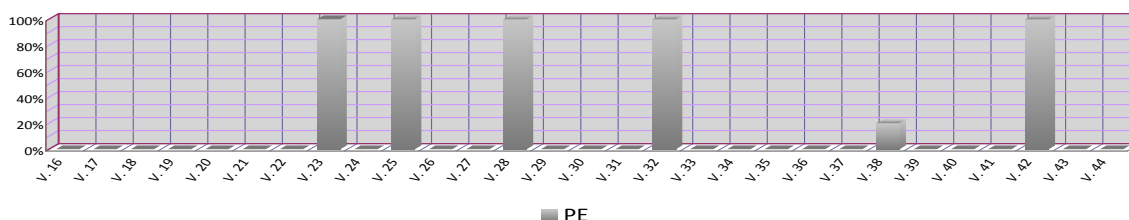
## Patienter med vårdplan



### • Fysisk aktivitet

Innan första mätningen visste vi redan att inneliggande patienter tyckte att avdelningen erbjöd för lite aktiviteter. Vid vår första mätning fick vi ett resultat som visade att 100 % av våra patienter blev erbjuden promenad. Vi har trots detta fortsatt att mäta detta mål. Det goda resultatet fortsatte under sommaren. Mätningen i september innebar dock en kraftig nedgång och vår ursprungliga hypotes visade sig inte vara så felaktig. Endast 20 % av inneliggande patienter erbjöds utgång med personal. Vi tror att detta delvis kan bero på hösten och dess gråa väder. Efter detta infördes en ny rutin vid namn ”promenadansvarig”. Detta resulterade vid förnyad mätning i ett utfall på 100 %. De veckor som i diagrammet inte visar resultat utfördes ingen mätning.

Procent patienter med frigång som erbjuds aktiviteter utanför avdelningen (målet: 60%)



## Övergripande mål 2: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder

### • Eftersamtal – patientgrupp

Under projektets gång har 18 tvångsåtgärder utförts. Av dessa har fyra patienter haft eftersamtal. Under sommaren har vi sett en ökning i utförda tvångsåtgärder. Detta kan delvis bero på att en av klinikkens slutenvårdsavdelningar varit stängd under sommaren vilket har lett till ökad arbetsbelastning samt blandade patientgrupper. Tyvärr har endast ett fåtal patienter blivit erbjudna eftersamtal. Detta berodde på att tillräcklig information inte gick ut till berörd personal före sommaren. Vi hade heller inte hunnit utveckla någon stödmall för eftersamtal. Stödmall för eftersamtal har utformats under hösten. Denna är nu införd som rutin.

## Övergripande mål 3: Att utveckla kunskapen och förbättra kvalitén vid användandet av tvångsåtgärder.

- **Eftersamtal – personalgrupp**

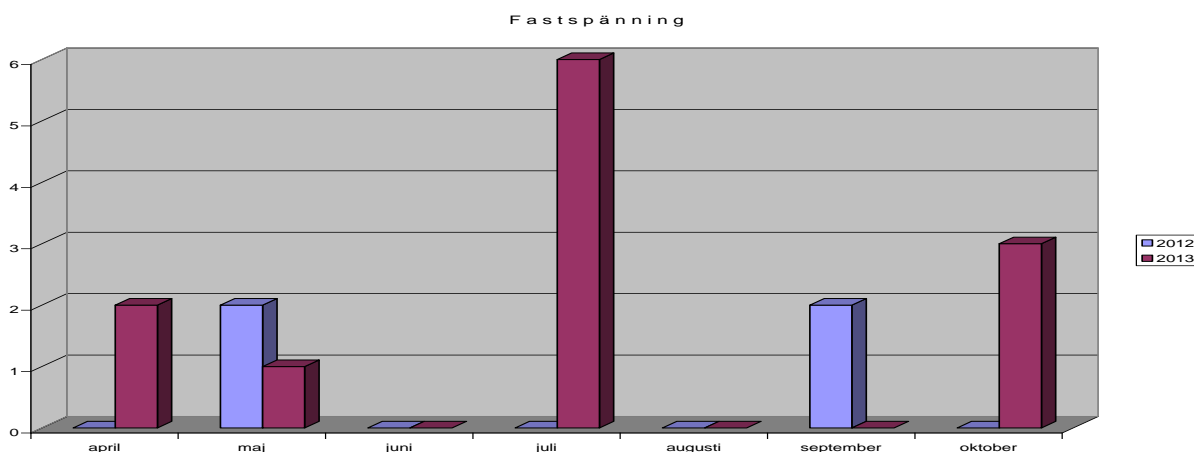
Sedan projektets start har vi haft 18 tvångsåtgärder på avdelningen. Vid vår klinik finns en rutin om att avdelningspersonal kan erbjudas debriefing med särskilt utbildad personal efter hotfulla situationer. Vi har efter tvångsåtgärd erbjudit och haft eftersamtal i grupp vid 2 tillfällen vilket varit uppskattat. Detta visar att kollegor som varit med om hotfulla och obehagliga situationer har ett behov av att prata om dessa ”kollega till kollega” vilket inte tillfredsställts tidigare. Vi upplever att det på vår klinik finns goda rutiner för debriefing efter allvarliga incidenter rörande tvång samt hot och våld men att det finns brister vad gäller eftersamtal. När vi pratat med olika kollegor har det framkommit att det är vid händelser som ingen annan noterat som vederbörande mått dåligt och skulle ha varit i behov av mer stöd. Vi vill att all personal på vår avdelning ska känna ett stöd och en trygghet, framförallt bli sedda om det varit med om en obehaglig situation. Vi har därför nu börjat använda stödmallen ”se din kollega” som vi själva utformat.

- **Kunskapstest – tvångsvård**

Innan föreläsningen hade 76 % av personalen minst 10 av 13 rätta svar på kunskapstestet. Efter föreläsningen hade 100 % MER än 10 av 13 rätta svar.

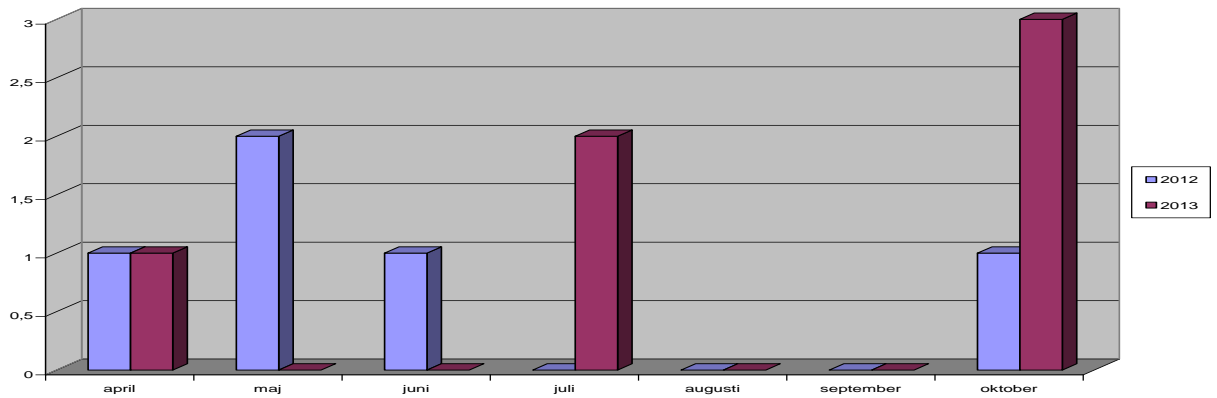
## Redovisning av tvångsåtgärder 2012 jämfört med 2013

Redovisningen avser perioden april-oktober 2012 och 2013. Mätningen av tvångsåtgärder visar att under 2012 genomfördes 4 fastspänningar jämfört med 12 fastspänningar 2013. Detta visar på en ökning under 2013. Hälften av fastspänningarna under 2013 inträffade under juli månad. Vi tror att denna ökning till stor del beror på att klinikens akutavdelning var stängd under sommaren. Vi hade mycket vikarier, fler patienter och större blandning av patienter. Vad gäller tvångsmedicinering ser vi ingen stor skillnad mellan 2012 och 2013. Avskiljning används i väldigt liten utsträckning på grund av lokalernas utformning.

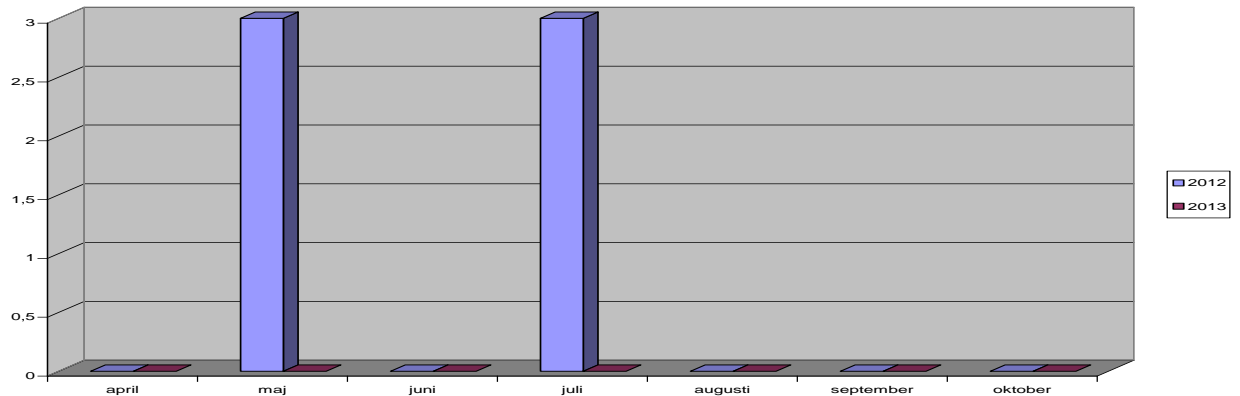




Tvångsmedicinering



Avskiljning



## Diskussion

Vi är mycket nöjda med vårt deltagande i genombrottsprojektet. Vi har nått många av våra mål och känner att våra små förändringar har gett goda resultat. Med enkla medel har vi lyckats engagera våra patienter i deras egen vård. En utmaning har varit att få med hela personalgruppen i arbetet, men efter vår temadag känns det nu som att vi har lyckats sprida vår entusiasm.

Vi har mest arbetat med att få ut information till våra patienter och har under arbetets gång fått många positiva kommentarer från dessa om att det vi gör är bra.

I våra stora mätningar så har vi valt en mätmetod med muntliga JA och NEJ frågor. Vi anser att ja och nej frågor ger oss mycket mer än t.ex. en VAS-skala. Patienterna har på detta sätt också fått en möjlighet att sätta ord på sina förbättringsförslag. Detta tror vi skulle ha missats om vi valt en annan mätmetod.

Miljön är ett stort bekymmer på vår avdelning. Det är även en kritik som våra patienter tydligt framfört. En ny byggnad för psykiatrisk vård i Umeå är under planering vilket kommer att innebära en stor förbättring av den psykiatriska vården. Dagens lokaler försvårar många förändringsidéer. Det estetiska kommer vi inte kunna förändra i nuläget men vi kommer att arbeta vidare med att strukturera upp vår avdelning och med små medel skapa bättre miljö.

Under sommaren har vi sett att våra avdelningsrutiner brustit. Detta tror vi beror på att klinikens akutavdelning varit stängd samt att vi haft mycket vikarier. Även i våra mätningar kan man se ”dippar” under sommarperioden.

Under hösten har kliniken satsat på utbildning i TERMA-modellen (terapeutiskt möte med aggression) och alla klinikens medarbetare kommer att gå denna under år 2013 -2015. Vi är säkra på att detta kommer att förbättra patienternas upplevelser av tvångsåtgärder. Det kommer även att öka kunskapen hos personalen och ge mer trygghet vid användandet och utförandet av tvångsåtgärder. Vi upplever att vi har haft god uppbackning av våra medarbetare och vi har fått mycket uppmuntran från vår sektionschef.

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

Grunden i flertalet av våra förändringsidéer utgår från patientperspektiv. I de flesta mätningarna utvärderas effekten genom att fråga upp inläggande patienter. Vi har haft intervjuer med fem tidigare inlagda patienter och fått en hel del tänkvärda tips på förändringar som kan förbättra vården på vår avdelning. Framöver kommer diverse nya mål att utvecklas utifrån dessa patientperspektiv.

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

Vi har nått många av våra uppsatta mål men behöver arbeta mer med vissa. Vi har under resans gång fått många bra tips från patienter och kollegor. Något som tillfört oss mycket är de patientintervjuer som gjorts. Vi har förstått att ett stort problem för våra patienter är att det cirkulerar mycket droger på avdelningen. Framöver vill vi hitta förändringsidéer för att motverka detta. I nuläget har vi redan startat förändringar. Vi har i personalgruppen bestämt att man endast går ut med en patient i taget. En annan förändring vi kommer att testa är att utse en personal som ska finnas ständigt tillgänglig i avdelningens korridor. Detta för att minska risken för drograt på avdelningen.

# BILAGA 1

Rond är måndagar, onsdagar och fredagar

TILL RONDEN datum: \_\_\_\_\_

NAMN \_\_\_\_\_

ALLMÄNT; beskriv det du vill ta upp

SAMTAL MED LÄKARE

DATUM OCH KL.

## Probleminventering/problemlösning/strategier

-Vad uppfattar du som problem för dig?

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

-Kan du själv göra något i de stunder du mår dåligt? Vilka strategier/hanteringsätt brukar du använda dig av?

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

-Finns det något du tycker du behöver hjälp med?

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

-Finns det något vi kan göra för att hjälpa dig? Vad vill du att vi ska göra?

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