

# Projektrapport

## Bättre vård – Mindre tvång

<b>Team 4, Avd 25, Norra Stockholms Psykiatri (NSP)</b>	
<b>Syfte med deltagandet i Genombrott</b>	<b>Teammedlemmar</b>
Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	<i>Chefssk Mika Hellström, mika.hellstrom@sll.se</i> <i>Bitr chssk, Kristina Lönegren</i> <i>Ssk, Sanna Ingemarsson</i> <i>Msk, Marie-Christin Wahl</i> <i>Msk, Eva Borgman-Brorson</i>
<b>Projektets övergripande mål</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder</li><li>2. Att förbättra patienternas upplevelse av tvångsåtgärder</li><li>3. Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder</li></ol>	
<b>Sammanfattning</b>	
<p>Vi tror att om vi lyckas göra patienten mera delaktig i sin vård, samtidigt som personalen jobbar aktivt och systematiskt med planerade insatser, kommer vi att upprätthålla den redan låga nivån av tvångsåtgärd som vi hade från början.</p> <p>Vi beslutade att förändra arbetsorganisationen på avdelningen genom att gå från den traditionella kontaktmannaskap till primärvårdsorganisationen, så att man i större utsträckning tar med patienten i sin egen vårdprocess. (bilaga 1)</p> <p>Vi arbetade fram en ny rondstruktur som innehåller vissa fasta element som ger tydligare arbetsstruktur för personalen. Vi tror att det kommer leda till en ökad känsla av delaktighet och inflytande över sin egen vård och att det i sin tur leder till minskad frustration och behov av att agera på ett mindre konstruktivt sätt.(bilaga 6)</p> <p>En mall har utarbetats för hur ett eftersamtal för patienten kan gå till och dokumenteras och ytterligare en mall har utarbetats för hur ett eftersamtal för personal kan gå till. Beslut har tagits på avdelningen att arbetet utförs enligt dessa mallar.</p> <p>Samtlig personal genomgick en fyradagarsutbildning ”Bergenmodell”(bilaga 2) under våren 2011 och en struktur skapades och beslutades för att underhålla kompetensen genom kontinuerliga repetitioner.</p>	
<b>Bakgrund</b>	
<b>Norra Stockholms Psykiatri (NSP) upptagningsområde samt population över18år gamla</b>	
Kungsholmen	49890
Norrmalm	54098
Östermalm	53395
Bromma	48470
Ekerö	17773
Hässelby-Vällingby	47374
<b>Totalt</b>	<b>271000</b>

### Uppdrag:

Avdelning 25 som är en av 10 klinikkens heldygnsvårdavdelningar, har 14 vårdplatser och producerar ca 5300 vårdtygn per år.

Avd 25 vårdar patienter med svår depression och svåra ångestillstånd där komorbiditet ofta föreligger (ätstörning/missbruk). Suicidalitet är den vanligaste anledningen till heldygnsvård för denna patientgrupp. Till verksamheten ingår också ett rådgivningsuppdrag med mobilitet vilket innebär att på jourtid ska avdelningen kunna erbjuda psykiatriska vårdinsatser för kända och okända patienter via telefon eller i hemmet.

### Bakgrund:

Vi var och är en relativt nyskapad avdelning sedan hösten 2009, där medarbetarna rekryterades från flera olika vårdkulturer. Vi har jobbat intensivt med olika processer för att skapa en tydlig struktur med meningsfull tillvaro samt kvalitativt vårdinnehåll för våra patienter.

På NSP hade man under tiden då SKL-projektet blev aktuellt, planerat att införa ett eget projekt, "slutenvårdsprojekt" på alla 10 heldygnsavdelningarna. Syftet är att ändra arbetsstrukturen på avdelningarna så att man i större utsträckning tar med patienten i sin egen vårdprocess samt blir av med den "väntande kulturen" som många fortfarande upplever.

Vi tror att om vi lyckas göra patienten mera delaktig i sin vård, samtidigt där personalen jobbar aktivt och systematiskt med planerade insatser, kommer vi att upprätthålla den redan låga nivån av tvångsåtgärd som vi hade från början och utöver det skapa en hälsosam arbetsmiljö att jobba i.

## Mål

### 1. Behålla den låga nivån av tvångsåtgärd som vi redan har, genom att:

**1a)** Öka patientens delaktighet genom en ny rondstruktur med målet att 90% av patienterna skattar sig "bra" eller "mycket bra" på fyra utvalda frågor ur patientenkäten :

*"Hur fungerar informationen rörande din sjukdom, vård och behandling"*

*"Möjlighet att vara delaktig i och besluta om din vård och behandling"*

*"Möjlighet att få tala med läkare när du önskar"*

*"Möjlighet att få tala med övriga yrkeskategorier när du önskar"*

**1b)** 100% av patienterna skall ha dokumenterad omvårdnadsprocess innefattande anamnes, status och omvårdnadsplan i Take Care utifrån avdelningens målsättning (anamnes och status inom två dygn och omvårdnadsplan inom fyra dygn). Klart den 1/5 2011.

Delmål **1b)** Mars 2011: 60% av avdelningens patienter ska ha dokumenterad omvårdnadsprocess i journalen.

**1c)** Vid teamkonferensen skall man kunna läsa från journalen en uppdaterad omvårdnadsplan samt aktuellt veckoschema med utvärdering från den gångna veckan. Klart 1/5 2011

**2a)** Att införa en rutin för ett strukturerat eftersamtal med patienter efter tvångsåtgärd. 100% av patienterna som erhållit tvångsvård ska erbjudas samtal före utskrivning. Samtalet dokumenteras även om patienten tackat nej. Klart 24/5 2011 ( bilaga 3)

**2b)** En rutin införs för eftersamtal i anslutning till tvångsåtgärd för personalen som genomfört åtgärden. Klart 24/5 2011 (bilaga 4)

3. 1/5 2011 skall Samtliga personal ha genomgått en 4-dagarsutbildning i "Bergenmodell", med fokus på våldsprevention.( bilaga 2)

## Förändringar som testats

**1a)** Varje vardagsmorgon frågar någon ur primärgruppen sina patienter om de är i behov av samtal samt vad syftet med samtalet är, samtalen skall vara tidsatta.. Vi tror att det kommer leda till en ökad känsla av delaktighet och inflytande över sin egen vård och att det i sin tur leder till minskad frustration och behov av att agera på ett mindre konstruktivt sätt.

**1b)** En bättre struktur behövdes på avdelningen för att omvårdnadsprocessen skulle hamna i fokus. För att skapa detta testade en ur projektgruppen att hålla i en strukturerad morgongenomgång med en primärgrupp åt gången, detta för att skapa en bra planering för dagen för alla primärgrupper och en omvårdnadsplanering att jobba efter. Fokus var att patienten skulle vara delaktig i sin egen planering.

**1c)** Strukturen i teamkonferensen fungerade inte tillfredställande, en tydlig koppling till övriga förändringar saknades. Syfte, förberedelse och innehåll inför teamkonferensen behövde förtydligas. En mall infördes där det tydliggjordes vad som förväntades av läkare och vårdpersonal. (bilaga nr 5)

**2a)** En mall utarbetades för hur ett eftersamtal för patienten kan gå till. ( bilaga 7)

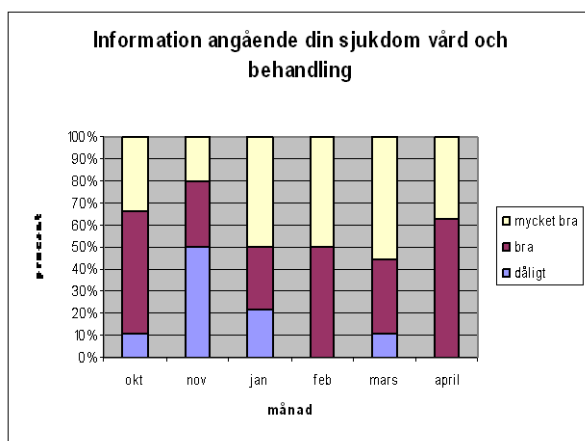
**2b)** En mall utarbetades för hur ett eftersamtal för personal kan gå till. (bilaga 4)

**3.** Samtlig personal planerades in på en fyradagarsutbildning, "Bergenmodell" under våren 2011 och en struktur skapades för att underhålla kompetensen genom repetitioner.(bilaga2)

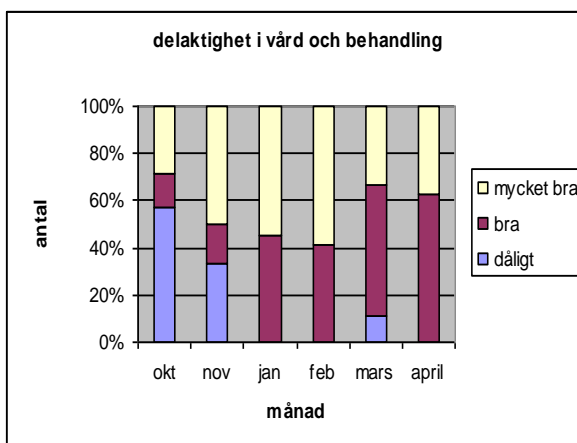
## Resultat

**1.** I November 2010 utfördes tre tvångsinjektioner på en och samma patient, därefter är inga ytterligare tvångsåtgärder utförda.

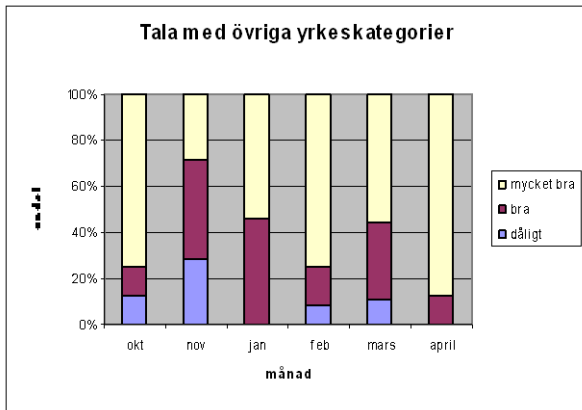
**1a)** Patientenkät 1/månad. I genomsnitt svarade 72 % av pt. (52pt av 84 möjliga.) på enkäten under mätningsperioden okt 2010-april2011.



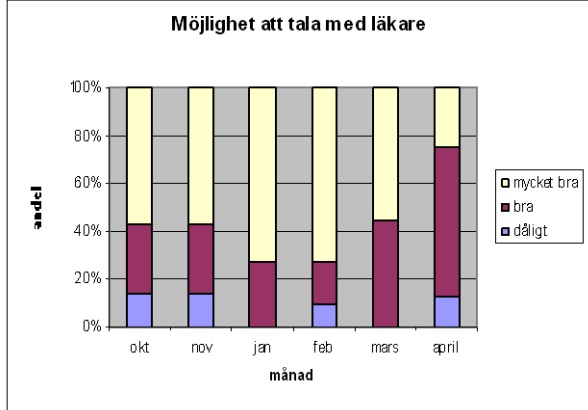
**Bild 1:** Resultatet visar att fler pt känner sig bättre informerade sedan i feb. och antalet som känner sig dåligt informerade har vi lyckats hålla på en låg nivå över tiden. En svacka i nov. beror troligen på att den nya strukturen ej "satt på plats" ännu.



**Bild 2:** En tydlig ökning av delaktighet kan redovisas. Okt. visar läget innan vi startade vår rond-strukturförändring.



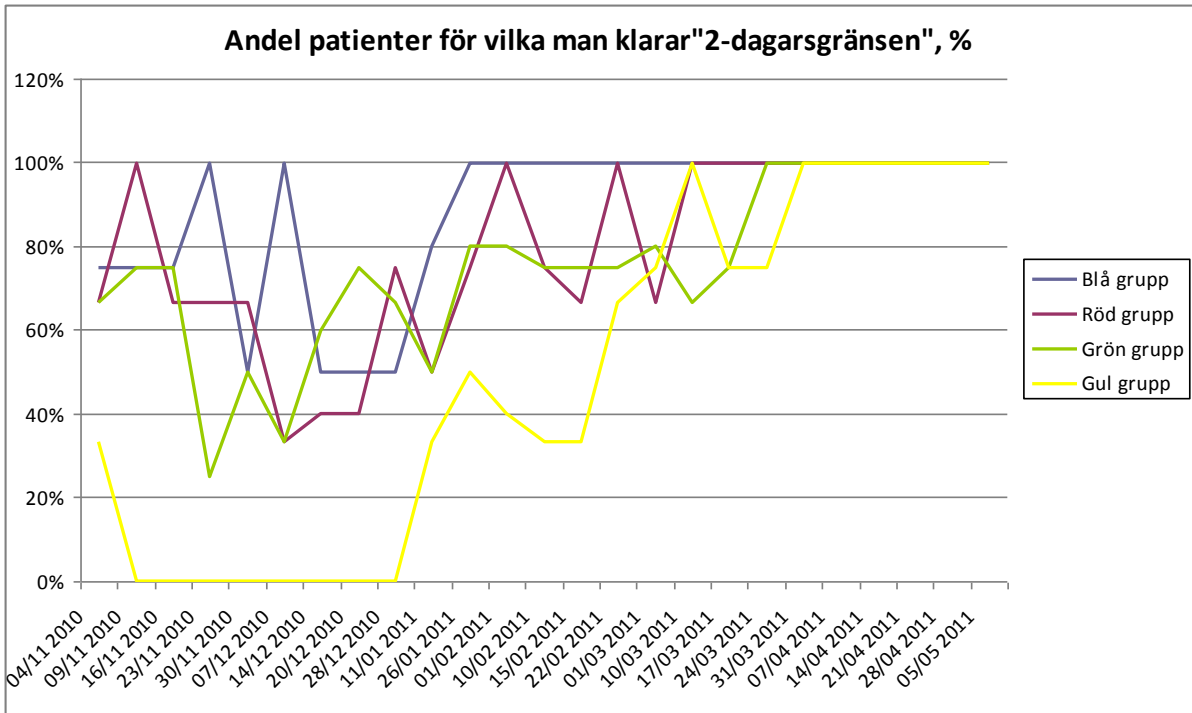
**Bild 3:** Vi har lyckats öka antalet pt som upplever  
Möjligheten att prata med övrig personal  
Från bra till mycket bra.



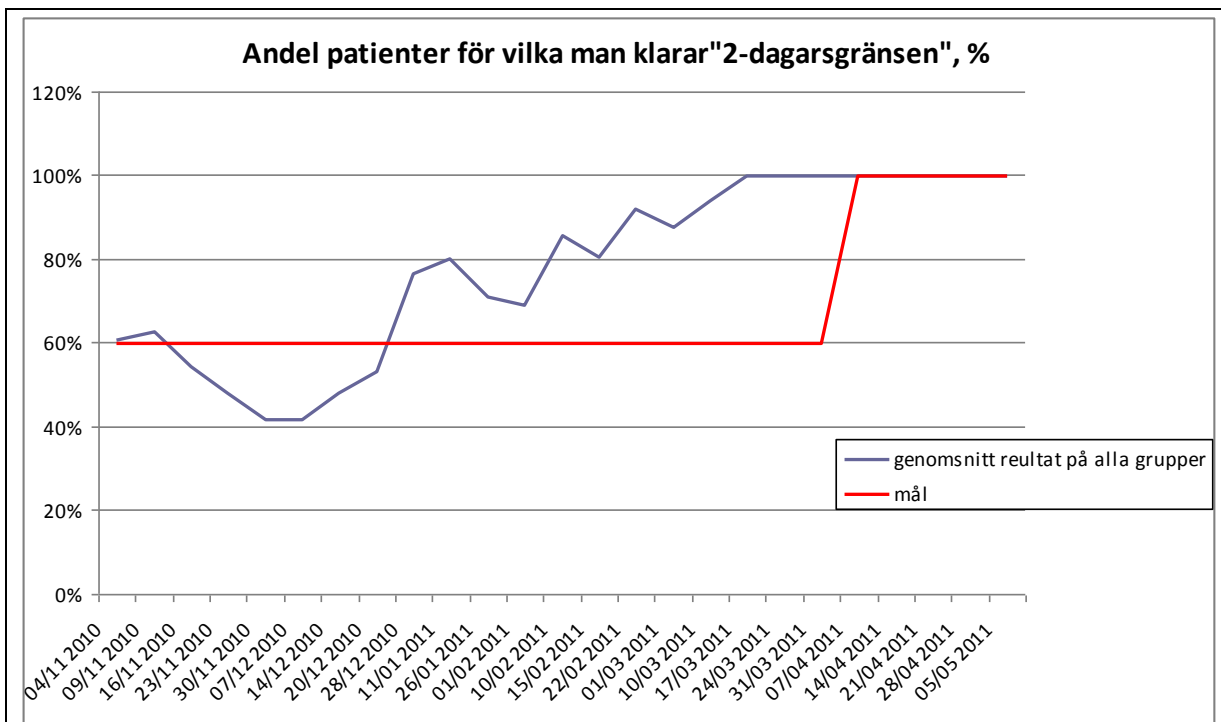
**Bild 4:** Pt har upplevt goda möjligheter att prata  
med läkare under hela perioden.

**1b) Resultat för omvårdnadsprocessen primärgruppsvis 101104- 110428**

*Vi har beslut på avdelningen att omv.process ska genomföras inom en 2- och 4 dagars gräns.  
2 dagarsgräns = anamnes och status ska vara journalförd inom 2 dygn efter pt ankomst.*

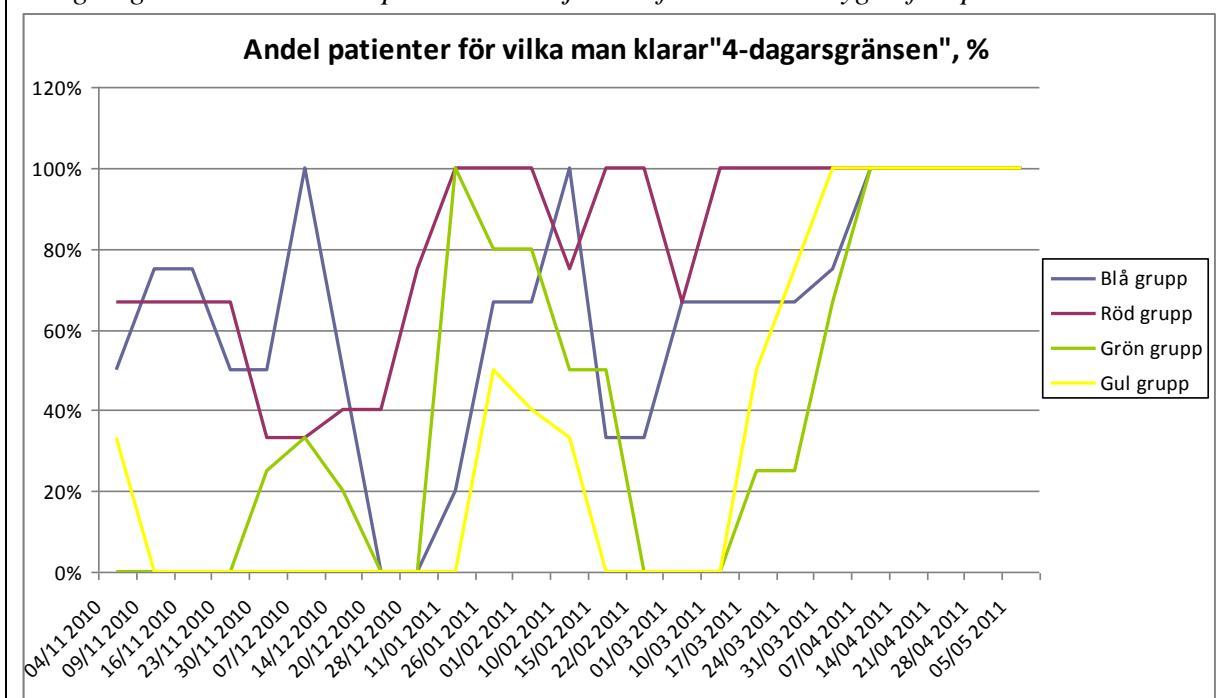


**Bild a:** Procentuellt resultat primärgruppsvis

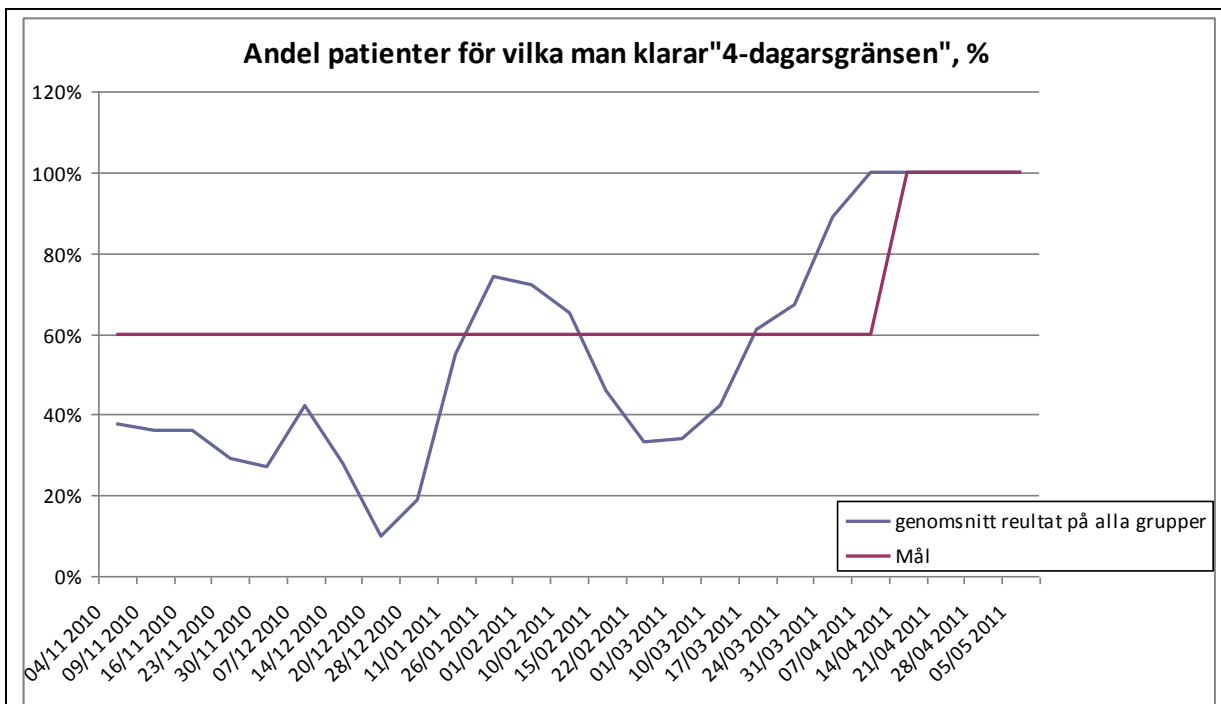


**Bild a.1** Procentuellt genomsnittligt resultat för alla primärgrupperna gällande omv.anamnes och -status mot uppsatta mål.

*4-dagarsgräns = omvårdnasplan ska vara journalförd inom 4 dygn efter pt ankomst.*



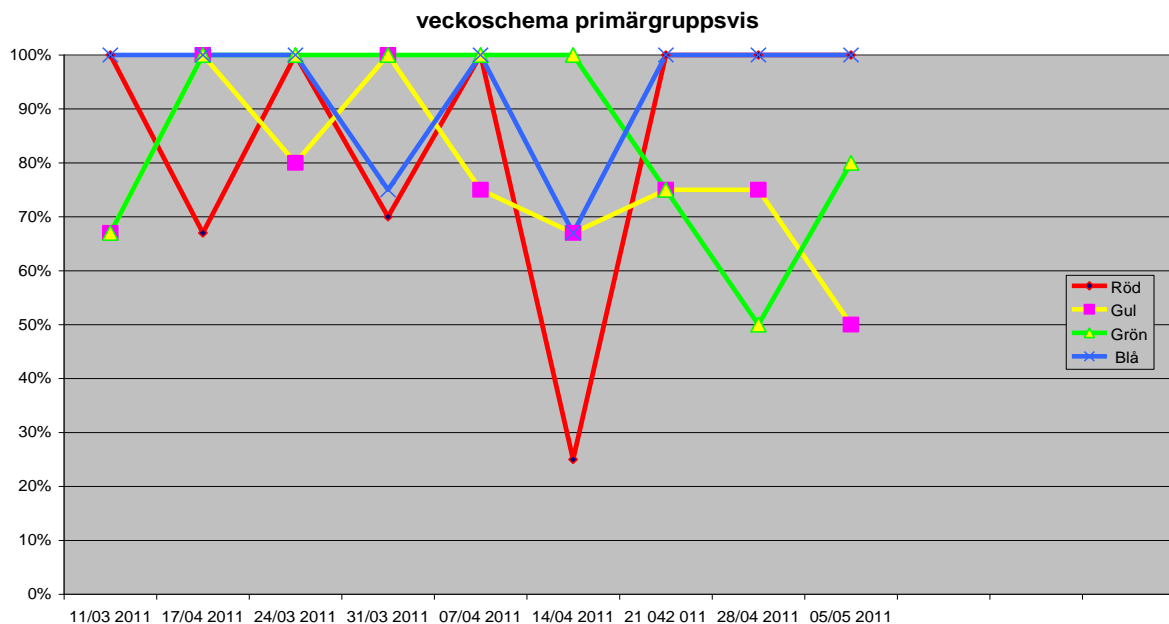
**Bild b:** Procentuellt resultat primärgruppsvis.



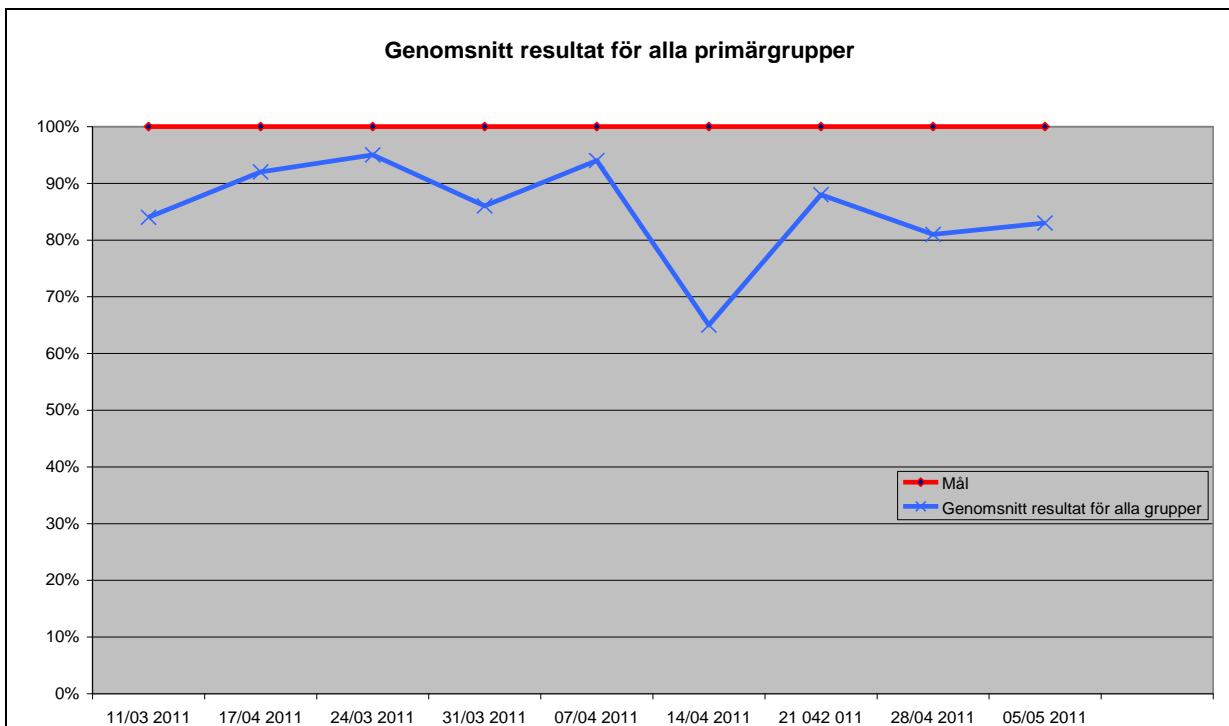
**Bild b.1** Procentuellt genomsnittligt resultat för alla primärgrupperna gällande omv.plan mot uppsatta mål.

**1c)** Uppdaterade omvårdnadsplaner i teamkonferens redovisas i bild a och a1 och b och b1 ovan.

Antal befintliga veckoschema i teamkonferens redovisas i bild c och c1.



**Bild c:** Resultat varierar pga att alla pt. vill/behöver inte alltid ha ett veckoschema.



**Bild c.1** Veckoschema har sammansatt procent för hela avdelningen mellan 80 % och 95 % förutom en vecka då resultatet var 65 %.

**2a)** Ett eftersamtal har utförts med en patient, därefter har inga tvångsåtgärder utförts.

**2b)** Inga eftersamtal med personal har genomförts.

**3.** All personal har genomgått den planerade utbildningen och struktur för vidare workshops i ämnet har inplanerats 3 ggr per termin för all personal.

## Diskussion

Angående omvårdnadsprocessen så har omvårdnadspersonalen olika kunskap och vana och har därmed olika förutsättningar att jobba med processen. Den stora utmaningen har varit att vi ska lära oss att göra en omvårdnadsplanering tillsammans med patienten inom en rimlig tid, vi har flyttat fokus från kontaktmannaskap till primärgruppsarbete där 4-6 personal är ansvariga för 3-5 patienter. Grupperna har fått arbeta och stötta och hjälpa varandra igenom arbetet.

Vi kan se en nedåtgång i december månad där resultaten försämrades. Under hösten har det även saknats två sjuksköterskor i en primärgrupp som vi också tolkar in och vi tror påverkar resultatet.

I och med de förbättringar som skett där resultatet senaste månaden varit 100 % kan vi märka en stolthet samt ökat självförtroende hos personalen och i deras arbete med patienten. Vi kan också se att när personalen fick tydligt fokus att presentera sin omvårdnadsplan och veckoschema på teamkonferensen sågs en tydlig ökning i resultatet.

Det har visats i resultatet att det är en starkare uppåtgång månadsvis i resultatet gällande anamnes och status jämfört med omvårdnadsplan. Detta tror vi kan bero på att det sammantaget i arbetsgruppen fanns en sämre kunskap att jobba med omvårdnadsplaner jämför med anamnes och status.

Resultatet redovisar endast där vi journalfört omvårdnadsprocessen inom de angivna tidsramarna. Detta för att vi tydligt ville visa att omvårdnadsprocessen behöver planeras i ett tidigt stadium av patienternas vårdtid. Många pt har haft en komplett omvårdnadsplanering, men ej inom de angivna tidsramarna, varför de ej finns med i resultaten.

Det har också uppmärksammats av personalen att situationer med utåtagerande patienter som tidigare kunde ha eskalerat nu har hanterats på ett tidigare stadium. Vi tror att detta beror på att vi har gjort en planering tillsammans med patienten i ett tidigt skede. Vi vet därmed vad vi kan förvänta oss av patienten och de vet vad de kan förvänta sig av oss. Den andra faktorn tror vi beror på att all personal har fått samma utbildning i Bergenmodellen som utgör en gemensam plattform och förståelse för hantering av utåtagerande patienter samt skapar en trygghetskänsla hos personalen att våga agera i tidigt skede.

Tidigare fanns en känsla hos personalen att det fanns så mycket att göra men ändå var det inte så mycket som blev gjort, detta på grund av tidsbrist och ”väntande kultur”. När vi nu har en bättre planerad struktur för dagen så kan vi få till omvårdnadsprocessens alla delar i ett tidigt stadium och kan därmed arbeta aktivt med patienten från första dagen. Istället för att det finns en press och stress kring det som skall göras har många uttryckt en stimulans med att arbeta i en tydligare struktur tillsammans med patienten. En ”team kultur” har tagit fäste på avdelningen där medarbetarna mera självständigt och ofta på ett kreativt sätt hittar samarbetsformer inom primärgruppen samtidigt som man har lärt att utnyttja flera journaltekniska möjligheter för att underlätta samarbete och på det sättet skapa ”tid”.

Veckoscheman passar inte alla patienter och alla vill inte göra ett, men på patienter där det passar är det ett bra verktyg för att kunna utvärdera vårdtiden. Då vi arbetat med att ha veckoschema som ett mål har det ibland känts ”krystat” att ta fram det på alla patienter där de själva inte kan se det som ett verktyg och hjälp. Större fokus har därmed legat på omvårdnadsplanen i vårt arbete och veckoschemat har kommit i andra hand.

Kommentar från medarbetarna gällande rondstruktur:

Patienterna upplever en positiv inställning till att personal varje morgon går runt och hör om önskemål till samtal antingen med läkare eller omvårdnadspersonal. Detta har resulterat i att patienterna har blivit mer ”sedda” och personalen fått ett mer strukturerat arbetssätt. Det var lite svårt att få till det i början då rutinerna lätt fallerade. Samtalstiden gick inte att hålla i den utsträckningen man önskade.

Numera sitter rutinerna på ett mer tillfredsställande sätt.

”Patienten blir glad när man frågar, att vi är intresserade av vad de har att säga - ser nöjda ut när man frågar”

”Fungerar bra att gå runt och ha korta samtal med sina patienter. De är beredda att säga vad de vill ta upp och går bra att rapportera till expssk och få en återuppkoppling”

”Väldigt bra att personalen går runt och frågar om samtalsbehov”

”Mindre stress vid tidsatta samtalstider”

I början upplevde omvårdnadspersonalen att förronderna mer liknade en ”miniteamkonferens” och att den var ostrukturerad. Med tiden har den blivit mer fokuserad och personalen tycker det är bra med all information.

”Lugnare stämning, vi vet mer, viktigt för min del att jag inte behöver känna stress”.

Kommentarer från medarbetare gällande teamkonferens:

Personalen upplever numera att mallarna är ett stort stöd och det ger mycket information gällande patienten.

På frågan om personalen skulle vilja gå tillbaka till det gamla arbetssättet är ingen intresserad



av det utan alla tycker att det är ett värdefullt sätt att arbeta på.  
 ”Patienterna frågar inte lika ofta ” när får jag samtal”. Lugnare på avdelningen.”  
 ”Tycker att det är ett mycket bra arbetssätt. Gillar struktur, men ibland kan jag bli stressad.”  
 ”Vill jobba så här i fortsättningen men utan mätningar. Mer marginal att utvecklas individuellt. Mer jobb för oss men bättre för patienten.”  
 ”Tycker att patienterna är mer nöjda och positiva”  
 ”Bra som det är nu. Mer kvalitet i vårt arbete. Arbetet har mer innehåll. Har lärt mig mycket. Bra att jobba i team och att det ställer krav på mig själv”.

## Så här involverade vi patienter och deras närstående

Frågar patienterna dagligen om de har behov av samtal.  
 Patientenkät 1 gång/månad, resultatet redovisas på väggen i avdelningskorridoren.  
 Patienten är delaktig i upprättande av sin omvårdnadsplan samt sitt veckoschema

## Sammanfattning av projekt tiden så här långt

Vi har nått vårt huvudmål att upprätthålla den låga nivån av tvångsåtgärd som vi hade då vi började. Vi har också nått delmål 1 b att alla avdelningens patienter har en komplett omvårdnadsplan i journalen och delmål 1 a där 90 % av patienterna skattar sig nöjda på de 4 områdena (tillgång till läkare, omvårdnadspersonal, delaktighet och information i sin vård).

Den nya arbetsstrukturen (rondstruktur + teamkonferensstruktur) har börjat falla på plats under våren, personalen känner sig mer fokuserad och mer engagerad i sitt jobb. Personalen reflekterar självständigt kring vårdprocesserna, gör egna analyser om primärgruppsarbete och upplever verksamhetens nuvarande målstyrning som hjälp till att nå de uppsatta målen. Mätningarna fortsätter, dock kommer fokus att flyttas från kvantitet till kvalitet vad det gäller omvårdnadsprocessen. Arbetsprocesserna kommer kontinuerligt utvärderas utifrån den kliniska verkligheten som är kopplad till NSP:s slutenvårdsprojekt.

Under våren har vi utbildat hela personalgruppen i ”Bergenmodellen” där man har fått ökad kunskap om hur man jobbar med hot och våldsprevention på ett systematiskt sätt. Struktur för underhåll av den kompetensen är sjuösatt på avdelning 25 genom beslut att all personal deltar i ”workshops” (1 timmes repetitionstillfälle ordnad av kursledare i ”Bergenmodellen”).

Vi har introducerat en struktur för eftervård (enl. Bergenmodellen) för patienten och personalen efter tvångssituation som kommer att prövas vid första bästa tillfälle.

Vi har flera PDSA- hjul i ”pipeline” som väntar sjuösättning.

- Ökad anhörigmedverkan, med ett anhörigsamtal inom 2 dygn efter pt ankomst till avd. Att få ett större helhetsperspektiv på pt med stöd av anhörig samt få anhörig med delaktig i pt vidare vård.
- Införa specifikt riskfokus i anamnesen. Tydligare ta med riskfaktorer i anamnesen, för att tillsammans med pt arbeta preventivt och kunna göra riskomvårdnadsdiagnoser med t.ex. olika förhållningssätt.
- Införa standardiserade omvårdnadsplaner för att förenkla, fokusera, stötta och hjälpa omvårdnadspersonalen.

Hela avdelningen tillämpar numera förändringsmodellen i den kliniska verkligheten så att allt förändringsarbete på avdelningen genomförs enligt Nolans modell.

Vidare har vi planerat att hålla vår ”SKL-grupp” vid liv framöver, genom att rotera deltagare i gruppen så att flera kommer att komma i kontakt med arbetssättet.

## **Bilaga 1.**

En primärgrupp består av 2 ssk och 2-3 msk. Omvårdnadspersonalen är delad på 4 primärgrupper, (gul och blå, röd och grön) dessa grupper utgör 2 vårdlag.

Bemanning planeras så att någon av varje primärgrupp är i tjänst varje dag.

Patienterna delas i dessa primärgrupper som har följande ansvar för sina patienter:

### **Primärgruppens ansvar:**

- Göra daglig planering för gruppen utifrån ”att göra lista”(från journalsystemet) efter morgon rapport.
- Upprättande, genomförande och utvärdering av omvårdnadsplanering och veckoschema med mesta möjliga patientdelaktighet
- Omvårdnadsdokumentation enligt avdelningens riktlinjer och mål.
- Generell omvårdnad samt dagliga rutiner, t ex hjälp med basal ADL, rumsmiljö.
- Fördela personal för ordinerat extravak och extra tillsyn, i första hand i den egna gruppen, i andra hand från vårdlaget och i sista hand från samtliga tjänstgörande personal.
- Erbjuder och genomföra dagliga planerade och strukturerade individuella samtal med gruppens patienter.
- Erbjuder relevant stöd till närstående.
- Ha representant från gruppen på ronder.
- Ha relevant kontakt med öppenvårds- och kommunrepresentanter i samarbete med kurator. Ansvarig för att faxa till kommunen då pt. erhåller kommunala insatser. Meddela öv om inskrivning(1), behov av återbesökstid(2) och utskrivning(3) i journalsystem genom meddelandefunktionen.
- Föra in aktuella och planerade patientaktiviteter i ”att göra listan”.
- Avsluta aktiviteterna i ”att göra listan”
- Avsätta tid för aktivt sökande av kunskap i psykiatrisk omvårdnad.

## Bilaga 2

Under 2005 inleddes ett samarbete mellan psykiatrin i Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Kompetanscenter för säkerhets-, fängsels- och rättspsykiatri vid Haukeland Universitetssykehus i Bergen, Norge. Syftet var att med utgångspunkt från det hot- och våldspreventiva program som tagits fram i Bergen, ”TERMA”, vidareutveckla en modell som var anpassad till den svenska psykiatrin.

En grupp av de normmän som lett utvecklingen av TERMA i Bergen engagerades i samarbetet med SLSO och en försöksverksamhet upprättades på en av Stockholms psykiatriska kliniker. Den anpassade form av TERMA som togs fram kallas för **Bergen-modellen**. Modellen är grundad i aktuell vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet och motsvarar Världshälsoorganisationens (WHO:s) rekommendationer för utbildning i våldsprevention och bemötande för hälso- och sjukvårdspersonal.

Bergen-modellen är namnet på en övergripande metod att förhålla sig till hot och våld i den psykiatriska vården. Modellens fokus ligger på att arbeta förebyggande i vardagen genom att etablera goda relationer mellan patienter och personal. Samtidigt omfattar modellen tydliga riktlinjer för personalens agerande i samband med hot- och våldshändelser. Utgångspunkten är att både patienter och personal ska känna sig trygga och säkra i den psykiatriska vården.

Utbildningen är anordnad i samarbete mellan Haukeland Universitetssykehus i Bergen och Stockholms läns sjukvårdsområde

Kursen omfattar sammanlagt 33 timmar (delad på 4-dagar), bestående av föreläsningar, diskussioner, fysiska interventioner och rollspel.

- Teori
  - Aggressionsteori
  - Förhållningssätt och etik
  - Gränssättning
  - Kommunikation och samarbete
  - Arbetsmiljö
  - Patientsäkerhet
  - Tvångsåtgärder
  
- Fysiska interventioner
  - Självförsvar
  - Offensiva tekniker: förflyttning, fasthållning
  - Bältesläggning

## Bilaga 3

### Manual för uppföljande samtal efter tvångsåtgärder.

- Patienten informeras om anledningen med samtalet och tidpunkten för samtalet.
- Samtalet hålls snarast efter tvångsepisoden – beroende på patientens tillstånd
- Syftet med samtalet:
  - Att patienten får möjlighet att sätta ord på de upplevelser patienten har haft i den aktuella tvångsepisoden
  - Att förbättra kvalitén vid tvångsåtgärder.
  - Att minimera behovet av att använda tvång.
- Samtalen varar i ca 15 minuter, men ge patienten tid till att formulera sig.
- Samtalen genomförs i första hand av någon som var med när tvångsåtgärden utfördes.
- Följ den ”mall” som finns för det uppföljande samtalet och stöd patienten i att hålla sig till att besvara frågorna.
- Dokumentera samtalet i Take Care under sökordet *Speciell omvårdnad*.
- Dokumentera även om uppföljande samtal erbjudits, men patienten tackat nej.

## Bilaga 4

Eftersamtal i personalgruppen, efter en tvångsåtgärd utförts.

- ”Expeditionssk” alternativt tjänstgörande ssk, samlar de som deltagit i tvångsåtgärden.
- Vid bältesläggning delegeras den första x-vaktimmen till person som ej varit delaktig, om möjligt. (Beroende på situation och patient, är det ibland bättre att en personal som deltagit i tvångsåtgärden stannar hos patienten.)
- Ssk leder samtalet
- Alla får i tur och ordning berätta händelseförloppet, vad de såg och hörde (ex. jag kom in i rummet och pat slog huvudet i väggen, personal x höll i pat armar etc...)
- Börja gärna med den som var först på plats
- Därefter får alla berätta vad de kände (rädsla, ilska, lättnad etc..)
- Sedan kan alla i turordning säga vad de tyckte gick bra och vad som gick mindre bra. Hade vi kunnat göra på något annat sätt ? Detta för att vi ska kunna lära oss av varje situation. Följde vi rutiner och om inte varför? Etiska reflektioner.
- Man kan även ta upp om det är någon som deltagit som vill / kan ta eftersamtalet med patienten, när patientens tillstånd är sådant att samtal kan äga rum.

## **Bilaga 5**

### **Struktur för teamkonferens**

Planer turordningen för teamkonferens på morgonrapport torsdag morgon.

Primärgrupperna förbereder sig genom att samla ihop information om sina pt. i checklista inför teamkonferens.

Kvälls-skk sitter med hela konferensen, exp-ssk sitter med sin primärgrupp.

Tid 1,5 tim ca 5 min /pt kl.13-1430.

Överläkare agerar som ordförande och håller följande struktur:

#### **Läkare:**

Diagnostisk info. Pt. status, behandlings mål.

#### **Primärgrupperna:**

Uppdaterad omv,plan (vad jobbar vi med)

Utvärdering/sammanfattning av föregående veckas veckoscheman

Samarbete med psykiatrisk öppenvård. pågående kontakt?, senaste kontakt med vem? Ingen kontakt? Nästa bokad tid?

Observationer, pt status: bättre sämre

.

#### **Paramedicinare:**

#### **Kurator:**

#### **Psykolog:**

#### **Sjukgymnast:**

#### **Arbetsterapeut:**

## Bilaga 6

### Rondstruktur på avd 25

#### **Kl. 0700 rapport, fördelning av arbetet**

En SSK ansvarar för expeditionen.

En SSK ansvarar för medicindelning

En MSK ansvarar för köket.

En MSK/SSK ansvarar för promenad/gruppaktiviteter

Dela ut "Att göra listorna" (4st) till resp. PG.

Utse vilken från Primärgruppen som ta rondfrågan med patienterna.

Lunchraster fördelas.

Korridorlistan ifylles tom. kl 14.00

#### **Kl. 0715 -0845 pg/vl genomgång samt rondförberedelser**

Vilka beslut togs och genomfördes under föregående dygn – summering/utvärdering.

Dagens planering för primärgruppen/vl "att göra listan"

Finns anamnes, status, OVP? Hur ser de ut? Behöver de uppdateras?

Vad ska fokuseras på rondens vad gäller omv. problem/resurser, vad vill patienten ta upp för frågor/diskussioner? Finns det akuta medicinska behov?

Har vi den fakta vi behöver kring patienten – behöver några kontakter, ytterligare info införskaffas? Hur har patienten sovit?

Den från varje primärgrupp som utsetts, går runt till gruppens patienter och frågar om de vill ha samtal. "Har du behov av samtal idag? Gällande vad? Syftet med samtalet?"

Dokumentera på rondlistan.

#### **Kl. 09.00 rondförberedelser med läkare= förmynd**

Genomgång av rondlistan med omvårdnadspersonalen (de av pg som har gott runt) och läkare, för att få en bild av och ge ev. tillägg till den första rondlistan.

Rondsamtalstiderna planeras och prioriteras, primärgruppen (de som gick runt och frågade) informerar sina patienter om de planerade samtalstiderna.

#### **Kl. 9-12 rond/patientsamtal**

Läkare (ST, AT & UL) delar in sig i varsitt vårdlag som innebär två primärgrupper, GUL/BLÅ alt RÖD/GRÖN. Denna indelning gäller kontinuerligt under hela tjänstgöringen på avd.

Primärgruppen ansvarar för att se till att alla deras pt får ett ÖL samtal per vecka

Informera pt. om tiderna avviker från planeringen.

Den ur primärgruppen som deltagit i rondens, rapporterar till exp.ssk. samt går igenom med denne praktiska åtgärder, vem som utför vad.

Det som rör omvårdnad dokumenteras i TC ("rondsammanfattning") och ev. aktiviteter som skall göras skrivs in i patientens "att göra lista"

## Bilaga 7

Uppföljande samtal efter bältesläggning / tvångsmedicinering / avskiljande.

Fråga hur patienten mår nu.

Patientens upplevelse av tvångsåtgärden.

- Vad tror du var orsaken till att du blev tvångsmedicinerad / lagd i bälte / avskild på rummet ?
- Kan du med egna ord berätta vad som hände?
- Försökte du att tala om för personalen att du behövde stöd eller hjälp innan tvångsåtgärden?
- Förstod du anledningen till / kommer du ihåg vad som föranledde tvångsåtgärden ?
- Hur upplevde du den tid du var i bälte / var avskild ?
- Hur behandlade personalen dig när du låg i bälte / skulle bli tvångsmedicinerad ?
- Fick du information om; vad det innebar att bli tvångsmedicinerad ?, hur länge du skulle ligga i bälte ?
- Fick du information om den medicin du skulle tvångsmedicineras med?
- Var du införstådd om vad det innebär att vara avskild?

Personalens beskrivning och förklaring

- beskriv hur personalen upplevde händelsen
- förklara varför tvångsåtgärden ordinerades

Förslag och önsknings till förbättring

- Vad kunde personalen ev ha gjort för att undvika att du blev lagd i bälte / avskild.
- Kunde personalen ha gjort något så att tvångsmedicineringen hade varit lättare att acceptera?
- Kunde du själv ha gjort något annorlunda?
- Om en liknande situation skulle uppstå igen, har du förslag / önskemål hur vi skulle kunna göra då?

Ev komplikationer.

- fråga om ev biverkningar av medicinering
- hör om ev smärtor i kroppen

Har den här situationen kränkt dig?

Erbjud patienten fler samtal om händelsen.