

## Projektrapport

### Bättre vård – Mindre tvång

**Team 15, Vuxenpsykiatrin i Malmö, avdelning 88, Område Psykos**



Syfte med deltagandet i Genombrott	Teammedlemmar
<p>Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder.</p>	<p><i>Kontaktperson; sektionsledare o. psyk.sjuksköterska</i>  <i>Eva Liljeberg, e-post; <a href="mailto:eva.liljeberg@skane.se">eva.liljeberg@skane.se</a></i></p> <p><i>Enhetschef A87 &amp; A88 o. psyk.sjuksköterska; Anette Niklasson</i></p> <p><i>Överläkare Louise Lundberg</i></p> <p><i>Sjuksköterska Lukas Bacinski</i></p> <p><i>Mentalskötare Louise Lundt</i></p> <p><i>Mentalskötare Marie Ohlsson</i></p>

#### 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.

## Sammanfattning

Genombrott; bättre vård- mindre tvång har uppnåtts med de mål vi hade valt att fokusera på. Vi har kartlagt det som vi uppfattar som informellt tvång och håller på att skapa en gemensam värdegrund. Syftet är att personalen på sikt skall få likvärdig värdegrund och vår förhoppning är att detta skall leda till en attitydförändring och därmed ett bättre bemötande till patienterna. Vi tror att ett tillåtande klimat leder till att patienterna kan känna sig delaktiga oavsett vilken vårdform de är inskrivna på. Vi tror också att på sikt går det att minska på hot och våld, tvångsåtgärder och mindre tvångsvård.

Alla patienter som har blivit tvångsmedicinerade skall erbjudas ett strukturerat eftersamtal. Vi har gått igenom våra rutiner, minskat både på de skrivna och även de ”oskrivna regler” och arbetar på att anpassa vården efter individens behov.

Vi har inte lyckats med att översätta vår välkomstbroschyr till fler språk och att sammankalla berörd personal till ”debriefing” efter varje tvångsåtgärd har inte varit möjligt att genomföra, båda arbetena kommer att fortsätta.

Under projektets gång har vi lagt till nya delmål. All personal skall ha gått grundutbildningen i Hot och våld (TERMA) och ha repeterat 2 ggr per termin. De patienter som önskar skall ha tillgång till sin omvårdnads- och behandlingsplan, samt aktuell läkemedelslista under sin vårdtid. Vid utskrivning skall patienten erbjudas att få kopia på sitt patientunderlag där alla uppgifter/telefonnummer finns och en aktuell läkemedelslista.

Alla patienter som skrivs ut erbjuds att utvärdera sin vårdtid på en enkät med fokus på tillgänglighet, delaktighet, bemötande och information, för att vi skall kunna fortsätta med vårt förbättringsarbete.

## Bakgrund

Psykiatri i Skåne blev en egen förvaltning för två år sedan och i höstas omorganiserades Vuxenpsykiatri i Malmö. Tidigare har vi varit en egen klinik, men nu är vi indelade i tre områden. Vi har numera en verksamhetschef och en chefsöverläkare. Avdelning 88 är en av Område Psykos tre slutenvårdsavdelningar. Avdelning 87 och 88 har samma enhetschef och en sektionsledare på respektive avdelning.

Avdelningen har 12 vårdplatser med möjlighet till en överbeläggning. Vi har ingen bältessäng eller isoleringsrum på avdelningen. Upptagningsområdet är hela Malmö Stad, indelad i 10 stadsdelar, med ca 300 000 invånare. Ystad stad med ca 29.000 invånare och halva Skurup som har ca 4 500 invånare.

Vi arbetar i vårdlag med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktpersoner. Läkare och kurator arbetar mot alla vårdlag. Vår målsättning är att med ett respektfullt bemötande skall ge en effektiv psykosvård för att möjliggöra ett gott liv. Vi skall utgå ifrån en helhetssyn på psykisk ohälsa och bygga på en kombination av medicinska, psykologiska och sociala hjälpinsatser.

Patienter som vårdas på avdelning 88 kommer oftast via psykiatriska akutmottagningen på Skånes Universitetssjukhus (SUS). Direktinläggningar av patienter som har etablerad kontakt med någon av Område Psykos öppenvårdsmottagningar förekommer ibland.

I huvudsak vårdas patienter med diagnosen schizofreni, vanföreställningssyndrom och schizoaffektiva syndrom. Paranoid schizofreni är den vanligaste förekommande diagnosen.

Övervägande antal vårdas initialt med stöd av Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT).

Avdelningen har tidigare varit deltagare i Genombrottsprojekt, senast i Nyckelprojektet. Bakgrunden till att vi då anmälde vårt intresse var att en del av oss upplevde att vårdmiljön inte var tillfredställande. I en enkätundersökning framkom det att patienterna upplevde brister i möjligheten att delta i planeringen kring sin behandling och omvårdnad, samt att vården styrdes mer av personalens rutiner än patienternas egna behov och önskemål.

Det skedde en del förbättringar efter vi hade varit med i projektet, men fortfarande upplevde en del av oss att vårdmiljön kunde förbättras ytterligare, speciellt för de patienter som tvångsvårdas. Det formella tvånget är styrt av lagtext, men det informella tvånget tillhör de osynliga rutinerna och ny personal ”fostras” i detta. Därför ville vi kartlägga det ”informella tvånget” för att skapa strategier, riktlinjer och rutiner för att kunna hantera detta och minimera patienternas upplevelse av obehag.

Ovanstående var bakgrunden till vår ansökan om deltagande i Genombrottsprogram I: Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder. Vår förhoppning var att få ta del av ny kunskap, utbyta erfarenheter och skapa nya kontakter med andra som arbetar i psykiatrisk heldygnsvård i Sverige.

## **Mål**

### 1. Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder

1.1. 100 % av personalen skall ha repeterat Hot och våld (TERMA) 2 gånger per termin. Målet ska vara uppfyllt 2011-05-25.

1.2. Efter varje tvångsåtgärd sammankallas involverad personal för ”debriefing”. Mål ska vara uppfyllt senast 2011-10-01.

### 2. Att förbättra patienternas upplevelse av tvångsåtgärder

2.1. 80 % av patienterna skall ha tillgång till sin omvårdnads- och vårdplan, samt aktuell läkemedelslista. Målet är uppfyllt 2011-04-15.

2.2. 100 % av patienterna skall vid utskrivning erbjudas att få kopia på sitt patientunderlag och aktuell läkemedelslista med sig. Målet skall vara uppfyllt 2011-05-02.

2.3. Strukturera upp avdelningen och revidera våra rutiner. Målet är uppfyllt 2011-02-09.

2.4. Översättning av avdelningens välkomstbroschyr till flera språk. Målet ska vara uppfyllt 2011-10-01.

### 3. Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder

3.1. 100 % av ordinarie personal skall kunna definiera vad som är formellt och informellt tvång. Målet är uppfyllt 2011-04-01.

3.2. 100 % av alla patienter som har varit utsatta för formell tvångsåtgärd skall erbjudas ett strukturerat eftersamtal. Målet är uppfyllt 2011-04-01.

3.3 100 % av patienterna skall vid utskrivning få möjlighet till att delge sina upplevelser på en utvärderingsblankett. Målet är uppfyllt 2011-04-15.

## Förändringar som testats

### *Kartläggning av vad personalen uppfattar som informellt tvång*

Formella tvångsåtgärder har under ett par års tid minskat på avdelningen, men det ”informella tvånget” kan förekomma fortfarande. Vi började diskutera vad detta egentligen innebär och därför startade vi testcykeln. Vi började intervjua personalen för att kartlägga vad vi uppfattar som informellt tvång. Alla blev inte intervjuade på grund av semester och sjukdom.

De som intervjuades var av den uppfattningen att vi ofta ger sken av att ge en valmöjlighet, som egentligen inte är ett riktigt val, utan är bara ett val mellan olika saker. Meningen var att vi skulle fortsätta diskussionen på planeringsdagen, men tiden räckte inte riktigt till. Vi beslutade att avsluta testet och bryta ner det i nya testcyklar.

Syftet med kartläggningen var att personalen på sikt skall få likvärdig värdegrund och vår förhoppning är att detta skall leda till en attitydförändring och därmed ett bättre bemötande till patienterna. Vi tror att ett tillåtande klimat leder till att patienterna kan känna sig delaktiga oavsett vilken vårdform de är inskrivna på. Vi tror också att på sikt går det att minska på hot och våld, tvångsåtgärder och mindre tvångsvård.

### *Uppdatering av rutiner gällande bemanning av korridor och dagrum*

Tavlan i korridoren där det står vem som är i tjänst kompletteras med ansvarsområde. Numera står det vem som ansvarar för köket, läkemedel och är tillgänglig ute på avdelningen. Vi beslutade också att det alltid skall vara personal i korridoren och i dagrummet. Den sjuksköterska som arbetar morgon fördelar arbetsuppgifterna och skriver på tavlan vem som skall göra vad.

Syftet med testet var att öka tillgängligheten för patienterna och därmed minska väntetid på att få hjälp. Vi intervjuade både patienter och personal för att få en uppfattning om det hade blivit bättre. Patienterna svarade ”att det hade blivit bättre på avdelningen, lättare att fråga om hjälp. Slippa höra orden; vänta eller kommer sen. En del svarade att man inte behöver stå och knacka på expeditjonsdörren för att få hjälp eller känna att man är till besvär”. En del personal tycker det är bra, andra är mer negativa. Förändringen har införts som rutin.

### *Översättning av avdelningens välkomstbroschyr till flera språk*

Har inte varit möjligt att översätta välkomstbroschyren på grund av sjukdom hos den personal inom Region Skåne som har uppdraget och vi får inte köpa tjänsten externt. Vi fortsätter att försöka få kontakt med ansvarig. Vår uppfattning är att information på sitt eget språk leder till en tryggare vårdmiljö både för patienter och anhöriga.

### *Erbjuda ett strukturerat eftersamtal för de patienter som varit utsatta för tvångsåtgärder*

Syftet med testningen var att införa eftersamtalet som en fast rutin för att utveckla kunskapen och förbättra kvalitén vid användandet av tvångsåtgärder. Vilket vi tror att på sikt kan leda till en tryggare och säkrare vård. Det kan kanske även minska på tvångsåtgärder.

Sjuksköterskan som är ansvarig för att ha utfört tvångsåtgärden skall erbjuda/genomföra samtalet med patienten, gärna samma dag. Om detta avböjs skall patienten erbjudas senare under vårdtiden eller att någon annan personal samtalat med patienten. Vi utvärderade med en enkät, personal som hade varit med vid händelsen och samtalet fyllde i denna.

Resultatet redovisades i ett stapeldiagram, som påvisade att patienterna var motvilliga till att genomföra samtalet. Från januari till och med april månad har vi haft 14 stycken tvångsinjektationer och erbjudit lika många strukturerade samtal. Vi har genomfört 3 stycken strukturerade samtal och 2 stycken ostrukturerade. Vi är överens om att erbjuda strukturerat

samtal efter varje tvångsinjektion och upprepa detta under hela vårdtiden, som fast rutin. Vi har också diskuterat om vi skall göra en individuell anpassning utifrån den enskilda patientens behov.

#### *Införande av debriefing /reflektion för personal som har varit involverade i tvångsåtgärder*

Syftet med förändringen är att på sikt skall detta leda till att all personal får samma rutiner och bemötande. Ambitionen är att få dessa dokumenterade så att resultatet blir en "handlingsplan". Vi tror att det kan öka kunskapen hos personalen och därmed bli bättre för patienten. Vi är inte mogna för denna förändring i dagsläget. Det är svårt att få alla med sig när många rutiner ändras samtidigt.

#### *Patienters upplevelse av tvångsvård under vårdtiden*

Vår idé var att vi egentligen önskade en utvärdering av vården vid utskrivningstillfället, men vi visste ingenting om hur patienterna upplevde det under vårdtiden. Därför startade vi denna test. Vi testade i 3 veckor, sedan tröttnade våra patienter. Det blev också svårt för oss att motivera dem till att fylla i utskrivningsenkäten. Totalt 12 patienter svarade och vi fick en uppfattning om deras upplevelse. Patienterna skattade lägre i detta test än vid utskrivning. Gemensamt var att delaktighet och information fick lägst poäng.

#### *Besök av slutenvårdspersonal i en patients LSS-boende för att förhindra inläggning*

Personal från avdelningen besöker en patient som är utskriven på tvång i öppenvård på hans LSS-boende. Detta boende är ett samverkansprojekt mellan Kommun och Landsting. Patienten har genom åren förbrukat mycket slutenvård. Under 10 månader i fjol var patienten inlagd 199 dagar, varav 14 dagar på frivillig vård, resterande tid på tvångsvård. Ofta har patienten uttalat att "jag är trött på dem", har då menat personalen på boendet. Vår hypotes var att kanske var det så att patienten saknar en del av slutenvårdspersonalen och vi bestämde att testa att komma till patienten istället.

I dagsläget har patienten uttalat att han börjar tröttna på oss, så vi tänker ringa först och fråga om han vill ha besök av oss för att patienten själv kan få bestämma. Vi kommer också att erbjuda patienten att ringa till avdelningen när han har behov av att prata. Patienten har inte varit inlagd de tre senaste månaderna, tiden sammanfaller med startpunkten av testen. Vi har gjort en enkätundersökning av personalens uppfattning på boendet och hälften svarade att de trodde att besöken förhindrar inläggning och alla svarade att patienten uppskattar besöken. Vi vet inte säkert om besöken har haft betydelse för att förhindra inläggning, men detta är förankrat i ledningen och vi skall fortsätta stödja i boendet. Patienten själv är medveten om syftet med besöken. "Ni kommer och hälsar på mig för att jag inte skall bli inlagd eller hur?"

#### *Alla patienter skall ha tillgång till sin vård- och omvårdnadsplan samt aktuell läkemedelslista*

Vi har "Gå-rond" det vill säga att vi kommer till patientens rum istället för att patienten kommer till oss. Tanken är att patienten skall ha god tid på sig för att förbereda sina frågor till doktorn eller annat vad man behöver hjälp med. Vi startade testen för att kunna erbjuda patienten att kunna påverka sin vård genom att få vara delaktig och kunna välja/besluta själv så långt som möjligt, oavsett vilken vårdform personen är inskriven på.

Vår hypotes är att det kan leda till att patienten får ett ökat informationsflöde och tid att kunna förbereda sig. Skriva ner vad man vill fråga doktorn om, t ex biverkningar, mediciner, permissionstillstånd osv. Ansvarig kontaktperson och omvårdnadssjuksköterska skall tillsammans skriva ut läkemedelslista, omvårdnads- och vårdplan. De överlämnar detta tillsammans samtidigt som de informerar patienten. Utvärderades genom enkäter som överlämnades till patienten efter "Gå-ronden" .

#### *Patienten får sitt patientunderlag och sin läkemedelslista med sig vid utskrivning*

Vi skriver ett patientunderlag vid inskrivningen på avdelningen. I detta underlag står alla uppgifter d.v.s. namn, adresser och telefonnummer till kommun, öppenvård, socialsekreterare osv. Detta underlag har tidigare strimlats när patienten blivit utskriven. Ibland har det hänt att

patienten ringt och frågat om telefonnummer eller namn på någon person ett par dagar efter utskrivning. De har också undrat hur lång vårdtid de har haft eller vilka läkemedel de har fått. Syftet är att använda detta underlag och komplettera det med tid hos öppenvården eller vårdcentral utifrån de behov patienten har efter utskrivning. Vid utskrivning får patienten med sig en kopia på underlaget samt aktuell läkemedelslista.

Hypotesen är att vi tror detta minskar risken för att ”patienten ramlar mellan stolarna”. Finns det redan en bokad tid hos sin läkare t.ex. i primärvården blir det lättare för patienten att ta kontakt/besöka dem och vi vet att patienten följs upp. Vi hoppas också att det blir mindre stressande för patienten när man kommer hem och skall klara det mesta själv, om man har tillgång till de flesta nödvändiga namn och telefonnummer och sin läkemedelslista.

#### *Att kartlägga patienters upplevelse av tvångsvård*

Förändringsidén var att göra en enkätundersökning av patienternas upplevelser av vårdtiden vid utskrivningstillfället. Syftet är att vi skall kunna förbättra vården utifrån patienternas behov. Ofta är det så att vi utformar rutiner utifrån det vi själv tror är bra och/eller har behov av, men det är inte säkert att detta stämmer överens med patienternas upplevelser. Enkäten är utformad med 4 frågor och på en mätskala från 1-6. Enkäten lämnas till patienten som viker ihop pappret, när han har svarat och lägger det i en låda. Svaren är anonyma. Svaren sammanställs och redovisas i ett stapeldiagram.

## **Resultat**

Mål 1.1. 80 % av personalen har repeterat Hot och våld (TERMA) 2 gånger under våren. Vi hade satt upp 100 % som mål men detta har inte varit möjligt att uppnå på grund av frånvaro. Repetitionerna kommer att fortsätta till hösten.

Mål 1.2. Införande av ”debriefing” för personal som har varit involverade i tvångsåtgärder. Vi är inte mogna för denna förändring i dagsläget, låter införandet vara vilande och återupptar detta igen till hösten. Under tiden får vi föra diskussionerna på handledningen som vi har 1 ggr/v. Område Psykos har en egen krisgrupp och vi har möjlighet att anlita den tills vidare.

Mål 2.1. 80 % av patienterna skall ha tillgång till sin omvårdnads- och vårdplan, samt aktuell läkemedelslista. Målet är uppfyllt, men en del patienter önskar inte ha tillgång till dessa dokument och andra är för sjuka. De som önskar får utskrifter som de förvarar själva. Övriga sätter vi in i respektive patientpärm och ger patienten möjlighet att gå igenom dokumenten med sina kontaktpersoner. Resultatet blev inte riktigt vad vi hade trott; 10 % upplevde endast nytta av omvårdnadsplanen, 25 % var positiva hade god nytta, 25 % upplevde att de hade någon nytta av alla dokumenten och 40 % tyckte att de inte hade någon nytta alls.

Mål 2.2. Alla patienterna skall vid utskrivning erbjudas att få kopia på sitt patientunderlag och aktuell läkemedelslista med sig. Målen var för högt satta, vi hade alldeles för få utskrivningar när vi startade testen. I nuläget har vi inte uppnått målet och fortsätter jobba vidare på detta. De patienter som har fått dokumenten är nöjda och upplever det som en hjälp.

Mål 2.3. Revidering av avdelningsrutinerna, införande av bemanning i korridor och dagrum. Vår tavla i korridoren där det står vem som är i tjänst har kompletteras med ansvarsområden. Numera står det vem som ansvarar för köket, läkemedel och vem som skall vara tillgänglig ute på avdelningen. Vi har också beslutat att det alltid skall vara personal i korridoren och dagrummet. Den sjuksköterska som arbetar morgon fördelar arbetsuppgifterna och skriver på tavlan; vem som skall göra vad. Vi har intervjuat patienter som upplever att tillgängligheten har ökat. ”Lättare att be om hjälp och det är kortare väntan på att få den hjälp som man behöver. Slippa höra orden; vänta eller kommer sen. Att man inte behöver stå och knacka på expeditjonsdörren för att få hjälp eller känna sig vara till besvär”.

Mål 2.4. Översättning av avdelningens välkomstbroschyr till flera språk. Har inte varit möjligt att genomföra på grund av olika orsaker. Vi fortsätter med arbetet eftersom vi tror att information på sitt eget språk leder till en tryggare vårdmiljö både för patienterna och deras anhöriga. Förhoppningsvis även förebygga hot och våld.

Mål 3.1. Ordinarie personal kan definiera vad som är formellt och informellt tvång. Formella tvångsåtgärder styrs av lagen, men det ”informella tvånget” styrs av avdelningen. Vi har haft många diskussioner och de fortsätter. De flesta av oss är av den uppfattningen att vi ofta ges sken av att ge patienten en valmöjlighet, som egentligen inte är ett riktigt val, utan är bara ett val mellan olika saker. Vi arbetar för att skapa en gemensam värdegrund och har kommit en bit på väg. Vi upplever också att det har skett en attitydförändring. Även om patienten inte har möjlighet att bestämma själv, så kan vi som personal påverka genom hur vi framför saker och ting. Vi tror att ett tillåtande klimat leder till att patienterna kan känna sig delaktiga oavsett vilken vårdform de är inskrivna på. Vi tror också att på sikt går det att minska på hot och våld, tvångsåtgärder och mindre tvångsvård genom hur personalen bemöter patienten.

Mål 3.2. Patienter som har varit utsatta för formell tvångsåtgärd erbjuds ett strukturerat eftersamtal är infört som en fast rutin för att utveckla kunskapen och förbättra kvalitén vid användandet av tvångsåtgärder. Vilket vi tror att på sikt kan leda till en tryggare och säkrare vård, och kan kanske på sikt även minska på tvångsåtgärder.

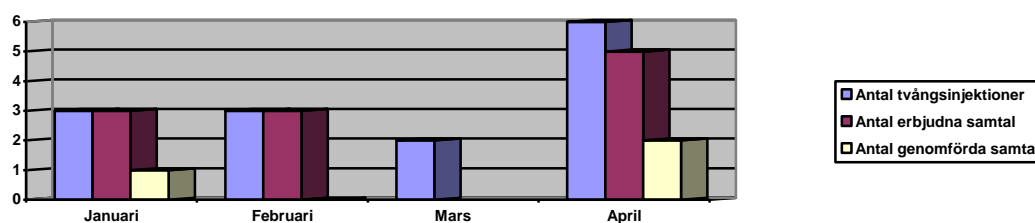
Sjuksköterskan som är ansvarig för att ha utfört tvångsåtgärden skall erbjuda/genomföra samtalet med patienten, gärna samma dag. Om detta avböjs skall patienten erbjudas senare under vårdtiden eller att någon annan personal samtalar med patienten. En del av de patienter som inte har velat prata om tvångsinjektionen, har personal stannat kvar hos och småpratad om vardagliga ting. Vi har diskuterat om att göra en individuell anpassning utifrån den enskilda patientens behov, alla patienter tycker inte om strukturerade samtal.

Vi utvärderade med en enkät, personal som hade varit med vid händelsen och samtalet fyllde i den. Resultatet redovisades i ett stapeldiagram, som påvisade att patienterna var motvilliga till att genomföra samtalet. Från januari tom april månad har vi haft 14 stycken tvångsinjektioner och erbjudit 11 stycken strukturerade samtal. Vi har genomfört 3 stycken strukturerade samtal och 2 stycken ostrukturerade det vill säga småprat om vardagliga saker.

## Redovisning av tvångsåtgärder

### Tvångsåtgärder vid injektioner år 2011

Antal injektioner



**Januari månad** gav vi tre tvångsinjektioner till samma patient. Hon blev erbjuden strukturerat samtal efter varje injektion men avböjde. Samtalet kunde först genomföras efter den tredje injektionen. Patienten kände sig fortfarande kränkt och upplevde injektionerna som övergrepp.

**Februari månad** hade vi tre tvångsinjektioner och vi erbjöd strukturerat eftersamtal efter varje injektion, vilka patienten avböjde.

**Mars månad** hade vi två tvångsinjektioner med 5 h mellanrum och patienten överfördes till PIVA. Hon erbjöds eftersamtal i april månad och detta genomfördes. Samtalet blev inte bra och patienten försämrades ”varför skulle ni påminna mig, jag som började må bra”.

**April månad** har vi haft 6 tvångsinjektioner. En patient fick fyra injektioner. Först efter den 4:e injektionen blev patienten erbjuden eftersamtal eftersom det inte gick att kommunicera tidigare. Ett icke strukturerat samtal genomfördes trots patientens motvillighet och upplevelse av att ha blivit kränkt. 5:e injektionen gavs till en patient som har vårdats här tidigare i år och blev utskriven enligt tvångsvård enligt §7a ”Tvång i Öppen Psykiatrisk Vård”. Patienten vägrade att medverka till injektion på psykiatriska öppenvården, de begärde en handräckning av polis och slutenvården fick ge injektionen. Kontaktpersonen i den psykiatriska öppenvården skall erbjuda och genomföra det strukturerade eftersamtalet. Injektion nr 6 erbjöds strukturerat eftersamtal, men patienten var kränkt och vägrade, personal satt kvar hos patienten och småpratade.

**Patienters egna berättelser om deras upplevelse av tvångsåtgärder;** Inför LS1 intervjuade vi några patienter som vi visste hade tvångsvårdats vid flera tillfällen och ofta utsatts för tvångsmedicinering. Vi berättade om projektet och att syftet var att förbättra tvångsvården. Vi framförde att vi gärna ville lyssna på deras upplevelser. Deras berättelser gjorde stort intryck på oss och vi tog detta med oss genom projektet. Vi har fått patienternas medgivande att skriva om deras upplevelser i rapporten.

En kvinnlig patient (61 år) som har varit tvångsvårdad och utsatt för tvångsmedicinering under större delen av sitt vuxna liv berättar;

*”Allting är bara fruktansvärt, hemskt, hemskt, hemskt, hemskt, hemskt, hemskt, hemskt, hemskt, hemskt, hemskt, hemskt. Men jag tänker inte ta medicin frivilligt, för man blir bara slö och dum.”*

En manlig patient (26 år) som har vårdats på LPT vid ett flertal tillfälle och tvångssprutad mer än 30 gånger enligt patienten själv. Blir ledsen när han berättar och säger ”du är den första som har frågat hur jag har känt”. Berättar;

*”Obehagligt, väcker många känslor hos mig. Upplever tvångsmedicineringen nästan som en våldtäkt. Hade varit bättre att få medicinen flytande. Hade varit bättre att få välja, men oftast är det ingen som frågar. Tror att personalen är rädd för mig, eftersom jag är stor och kraftig och dessutom mörkhyad. Har fått stora bölder i min rumpa av alla sprutor. Blir besviken och ledsen på personalen, de kunde prata med mig istället.”*

Följande berättar en manlig patient (51 år) som har varit tvångsvårdad och utsatt för tvångsmedicinering många gånger. Har vårdats 12 gånger enligt LPT-lagen;

*”Känner mig maktlös och upplever allting som att bli utsatt för en våldtäkt. Tycker det är onödigt och tappar totalt förtroendet för psykiatrin. Är medveten om att personalen utför sitt arbete på läkarordination och det finns stöd för tvångsvård och tvångsåtgärder via lagstiftningen. För att få upprättelse och känna mig mindre kränkt brukar jag slå sönder avdelningen och kasta hett kaffe på personalen”*

### **Statistik 2010-04-01 – 2011-03-31**

Under perioden registrerades 242 vårdtillfälle som var fördelade på 157 patienter. Män var något högre representerade. Kvinnorna hade längre vårdtid och fler permissionstillfälle. Medelvårdtiden per vårdtillfälle var 21 dygn.

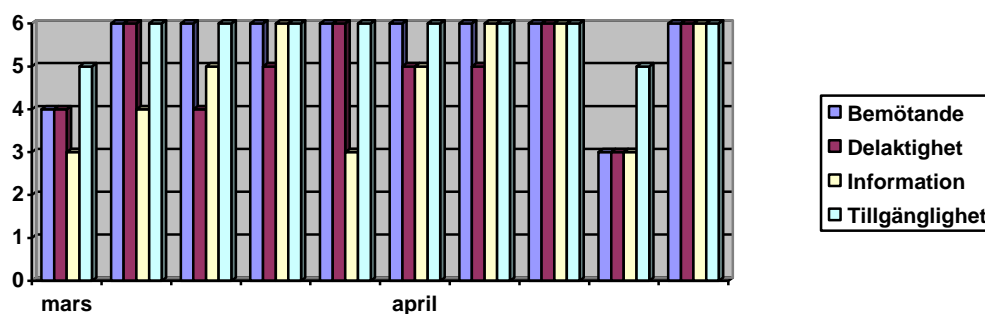
134 tvångsåtgärder blev KVÅ-registrerade, flertalet av dessa var ECT-behandling, vårdplan



vid tvångsvård enligt § 16 och samordnad vårdplan vid tvångsvård enligt § 7a. Tvångsmedicinering var lägst, 26 stycken.

**Mål 3.3.** Alla patienterna skall få möjlighet till att delge sina upplevelser på en utvärderingsenkät vid utskrivningen. Vi har infört som rutin att göra en enkätundersökning av patienternas upplevelser av vårdtiden vid utskrivningstillfället. Syftet är att vi skall kunna förbättra vården utifrån patienternas behov. Ofta är det så att vi utformar rutiner utifrån det vi själv tror är bra eller har behov av, men det är inte säkert att detta stämmer överens med patienternas upplevelser.

### En enkätundersökning av patienters upplevelser vid utskrivning



Enkäten är graderad från 1 – 6.

1 = stämmer inte alls

2

3

4

5

6 = Instämmer helt

### Diskussion

Vi trodde att patienterna skulle skatta högre på enkätundersökningen under pågående vårdtid, eftersom de flesta patienter vårdas under tvång och är mer beroende av personalen. Så det var överraskande att patienterna skattade högre när vi delade ut samma enkät vid utskrivningstillfället. Vi känner oss nöjda med att tillgänglighet och bemötande fick höga poäng, så det känns som att vi är på rätt väg.

”Gå-rond” som vi har på fredagarna kompletterades med att patienten skall ha tillgång till sin egen vårdplan, omvårdnadsplan och en aktuell läkemedelslista för att kunna påverka sin vård. Detta för att kunna vara delaktig, ges en möjlighet till ett ökat informationsflöde och få tid att förbereda sig. Resultatet blev inte riktigt vad vi hade trott, hela 40 % tyckte att de inte hade någon nytta alls.

Alla förbättringar har ännu inte stabiliserats, men vi kommer att arbeta vidare med dem. Det känns att vi är på rätt väg, miljön på avdelningen är lugnare och patienterna skattar högt på tillgänglighet och bemötande. Samtidigt som mer personal utvärderar i månadsenkäten för april; fler vill inte rekommendera någon vän/bekant att söka tjänst på avdelningen och man har under gånga veckan upplevt stress till och med olustig stress.

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

Vi informerade och bjöd in patienterna till delaktighet i sin vård genom att tillsammans med sin kontaktperson och omvårdnadsansvarig sjuksköterska utforma sitt veckoschema och sin omvårdnadsplan. Fortlöpande under vårdtiden informerade vi om projektet i samband med de olika testerna. Vi har också intervjuat patienter, deras närstående om vad/hur de upplever vården och hur vi kan förbättra avdelningen.

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

Vi hade en klinikdag i vintras för Område Psykos där vi presenterade vårt projekt med hjälp av en powerpoint-presentation.

Större delen av personalen har genomgått Terma-utbildningen och även repeterat under våren. Det mobila bältet är borttaget och bältesläggning sker i säng med hjälp av PIVA-personal.

Vi använder BVC-skattning (Bröset) och skattar 2 dygn efter en incident.

All vårdpersonal har fått utbildning i GAF-skattning (Global Assessment of function scale) och alla patienter GAF-skattas både in- och ut i journalen.

Vi har fått en ny dokumentationsanteckning i Melior (vårt dokumentationsprogram) som har rubriken tvångsåtgärder som vi använder vid formellt tvång (det som är reglerat enligt lagen). Det informella tvånget har vi beslutat att dokumentera i journalen under sökorden läkemedelshantering eller specifik omvårdnad.

Vi har kartlagt det informella tvånget som ibland kan förekomma på avdelningen och ständiga etiska diskussioner förekommer. All personal har blivit mer medveten om hur/vad vi säger och hur/vad vi gör. Vi hade en planeringsdag i mars månad för personalen där vi informerade om projektet. En beteendevetare som var inhyrd gjorde oss medvetna om att iaktta vad ”var och en av oss bidrar med och varför saker och ting blir som de blir”. Detta har gjort oss mer observanta och varit bra för att ytterligare förbättra vårdmiljön. Idag sägs saker på ett annat sätt och patienterna får ett bättre bemötande och ofta en valmöjlighet.

Våra frukosttider är ändrade och patienterna har fått längre tid på sig att äta. Det blir lugnare miljö och inte så trångt. De som behöver sova längre får frukost när de vaknar. Kaffe, the, saft och citronvatten står framme större delen av dagen och fruktfaten fylls på för- och eftermiddag.

Vi upplever att vi trots motgångar har kommit en bra bit på vägen för att uppnå syfte och mål. En del tester som vi inte har kunnat fullfölja planerar vi att genomföra under hösten. Avdelningens rutiner är uppdaterade och de flesta är införda, det återstår att ständigt följa upp så att de inte glöms bort.

Vi har börjat ”att knäcka koden” med genombrottsmetodiken. Det har varit svårt att avsätta tid och få in vikarier. Avdelningen har under hela tiden haft en överbeläggning, 2-4 patienter på nattpermission och dessa platser har genast belagts. Vi har 2 stycken öppenvårdspatienter som vägrar gå på mottagningen. I skrivandets stund har vi 22 stycken patienter på vår rapportlista (avdelningen skall ha 12 patienter).

Trots hög arbetsbelastning känns det ändå meningsfullt att vara med i projektet eftersom vi ser resultat i det dagliga livet. Våra patienter upplever en relativ god vårdmiljö trots att de flesta inte är här frivilligt, hot och våld förekommer sällan.

Vi vill gå vidare med projektet att förbättra vården genom att fortsätta testa och utvärdera. Vi

har en tanke att projektet skall leda till en beskrivning av ”patientens väg genom avd.88”. Detta är ett projekt som har startats många gånger men aldrig fullföljts.

Tanken är att utgå från en vårdtid på 5 veckor, beskriva vad som skall ske vecka för vecka, vilka dokument som skall användas, vilka insatser patienten behöver, vem som skall kontaktas och vem följer upp efter utskrivning osv.

Vår ambition är att kunna presentera ett färdigt arbete på LS4 som planeras under hösten, vi har inte satt något datum ännu. Vår målsättning är att arbetet skall leda till att ingå i det informationsmaterial patienten får vid inskrivning så att den planerade vården bli tydlig och förutsägbar både för patienterna och deras anhöriga.

### **Övriga kommentarer**

Svårast har det varit att få tiden att räcka till och övervinna motståndet i vissa delar av personalgruppen, men det går att förändra även om det ibland känns omöjligt och som vi säger i Skåne ; *”trägen vinner”*.