

Projektrapport

Bättre vård – Mindre tvång

Team 22 PIVA Malmö

Syfte med deltagandet i Genombrott	Teammedlemmar
Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	<i>Avdelningschef Teresa Mozalewski,</i> teresa.mozalewski@skane.se <i>Avdelningschef Carina Carlsson</i> <i>Msk Axel Carlsson</i> <i>Ssk Skúli Collins</i> <i>Kurator Tony Kave</i> <i>Öl Said Ghabin</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

Sammanfattning

I genombrottsprojektet har vi valt att fokusera oss på patienternas psykosociala och välmående faktorer under vårdtiden då stor fokus på att utarbeta olika manualer och rutiner kring tvångsåtgärder redan gjorts i samband med omorganisationen till PIVA. Genom att fokusera på olika ”välmående samt delaktighets förändringar” tror vi att vi kan få ner antalet tvångsåtgärder. Vi har testat olika förändringar som utevistelse, dagliga samtal samt psykosocial kartläggning och åtgärder.

Resultatet av genomförda testcykler visar att utevistelse i trädgården förhöjer patienternas välmående med flera steg på självskattad VAS-skala.

Personalen försöker ha två strukturerade samtal med patienten dagligen.

Personal tillsammans med kurator kartlägger och försöker åtgärda externa psykosociala stressfaktorer som t e x hot om vräkning, husdjur utan tillsyn mm

Då vi jämfört period 2010 med testperiod 2011 har vi minskat avskiljningarna med 81 %, bältesfixeringar < 4 timmar med 26 %, bältesfixeringar >4 med 100% samt minskat antalet tvångsinjektioner med 3,1 %

Bakgrund

2006 började ledningen för psykiatrin i Malmö diskutera kring behovet av en renodlad och specialiserad PIVA enhet och 2007 beslutade PLG (psykiatri lednings grupp) att ovanstående skulle genomföras i kvalitetshöjande och vårdspecialiserande syfte. Omorganisationen och ombyggnationen stod klar den 1 Mars 2009. Förändringen innebar att avdelning 80 med 20 vårdplatser blev PIVA med 12 vårdplatser och tydliga intagningskriterier som:

-Patienten ska på skattningsskala (BVC) ligga över 2.

-Ålder ska vara från 18-65 år, med vissa undantag för svårhanterliga BUP-patienter samt utagerande svårhanterliga neuropsykiatriska patienter.

-Vid polishandräckning då patienten är kraftigt utagerande.

-Vårdform: LPT samt LRV. Ej patienter som är på kvarhållning eller HSL,

-Vårdtiden på PIVA skall vara mellan 7-10 dagar.

I linje med omorganisationen är PIVA i Malmö intresserade att delta i genombrottsprojektet för att fördjupa och utveckla kunskaperna med hänseende på tvångsvård och tvångsåtgärder.

Population: Patienter som vårdas enligt LPT och LRV. PIVA i Malmö har upptagningsområde Malmö, Skurup, Ystad samt Trelleborg. Folkmängden för dessa städer var år 2010 ca 377 000 därav har Malmö 300 000 invånare i 10 olika stadsdelar.

Mål

1: Att minska antalet tvångsåtgärder med 1/5. (D v s minska Avskiljning, Tvångsinjektioner och Bältesfixeringar med 1/5)

2: Att öka välbefinnandet för patienter under inneliggande vårdtid.

3: Att öka patienternas delaktighet i vården.

4: Att minska vårdtiden

Förändringar som testats

Utevistelse i trädgården:

Hypotes:

Utevistelse i trädgården skulle öka välbefinnandet och därmed minska eventuell oro/ångest och i förlängningen även leda till att antalet tvångsåtgärder och vårdtiden skulle minska.

Utfall:

Daglig utevistelse har fungerat väldigt bra. Patienternas självskattade välmående blev bättre efter utevistelsen (trots att testcykeln genomfördes under vintern med snö och minusgrader). Andra faktorer som minskat VB medicineringar och bättre sömn kunde inte påvisas. Trots detta så har det blivit en rutin att en personal är huvudansvarig i att försöka få så många patienter som möjligt motiverade till att vistas ute i trädgården.

Strukturerade dagliga KP samtal:

Dagligt samtal mellan KP och patient föll väldigt väl ut, så ganska snart blev det försök med två samtal, ett på förmiddagen och ett på eftermiddagen. Detta har fungerat bra även här med majoriteten av samtalstillfällen registrerat som genomförda.

Testcykeln är nu inne på sin tredje omgång och är inte klar i nuläget. Tanken är att utveckla de dagliga samtalen till att mer kvalitativt arbeta med samtal och omvårdnadsdokumentation.

Kartläggning av patienters psykosociala behov på Akuten o PIVA

Denna testcykel startades då många patienter är oroad över externa faktorer som obetalda hyror, husdjur i fara osv så hypotes blev:

OM en snabb och god kartläggning av patientens psykosociala problemområden görs och åtgärdas så kommer patientens eventuella stress/oro relaterat till dessa områden att minska vilket skulle leda till ökat välbefinnande, färre tvångsåtgärder samt kortare vårdtid.

Patientenkät

Är ett sätt för oss att få patienternas utvärdering av vården samt de olika testcykler som görs och ska göras. De olika områdena som utvärderas i enkäten berör bland annat: Delaktighet, tillgänglighet, välmående mm.

Resultat

Resultat testcykel trädgården: Efter första testgenomgången så saknades det många utvärderingsmallar och de mallar som inkom var inte helt korrekt ifyllda men en tendens till att patienter skattade sitt upplevda välmående högre efter utevistelse i trädgården kunde anas så testet togs om efter att förtydligande gjorts i testmallar samt att personalen informerats bättre om syftet med testet och hur utvärderingsmallarna skulle ifyllas. Resultatet från testcykel 2 blev att patienterna upplevde att deras välmående ökade med mellan två och tre steg på en VAS-skala. Andra effekter som bättre sömn, minskat VB medicinering samt mindre tvångsåtgärder kunde inte utvärderas från detta test.

Resultat strukturerade dagliga KP samtal: Den första testcykeln blev lyckad såtillvida att av totalt 120 samtalstillfällen så utfördes det 76 samtal och 7 samtal avböjdes. Detta innebär att det missades att utföra/dokumentera att man utfört 37 samtal. Efter detta genomfördes det en ytterligare testcykel med två dagliga samtal. Resultatet är fortsatt bra med stor andel av samtalen som registrerade men vidare resultat som ökad delaktighet för patienterna mm har inte kunna utvärderas då patientenkäten har legat i efterkant.

Kartläggning av patienters psykosociala behov på Akuten o PIVA

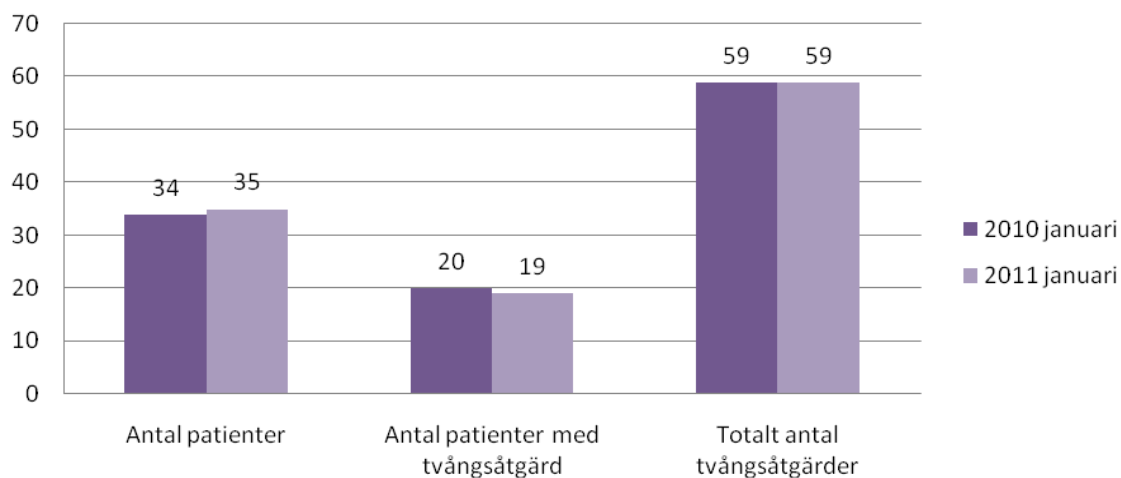
Hur utfallet av denna testcykel faller vet vi inte i nuläget då utvärderingsenkäterna blev fördröjda och därav saknas det material för en korrekt utvärdering. Känslan på avdelningen är att det arbetas lite snabbare och bättre med att kartlägga olika psykosociala behov, samt att samarbetet mellan omvårdnadspersonal och kurator har fördjupats och förbättrats

Redovisning av tvångsåtgärder

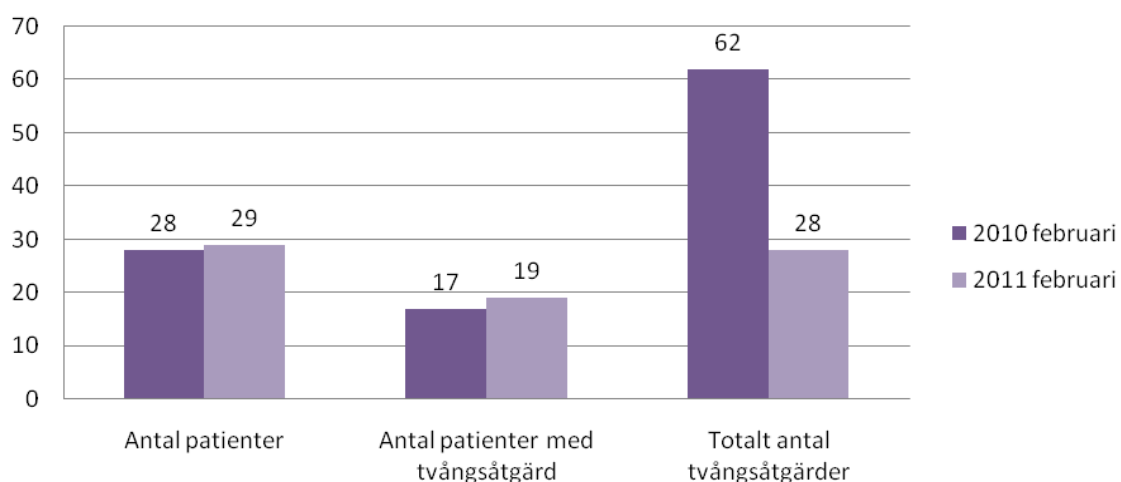
Vi har valt att jämföra två perioder mot varandra. De valda perioderna är januari, februari mars 2010 mot januari, februari och mars 2011. Urvalet gjordes för att kunna få en uppfattning om statistiken innan genombrottsprojektet och under genombrottsprojektet. Vidare så har vi valt att räkna ihop månaderna för respektive år för att (1) att vi tror att det är

lättare att jämföra en period mot varandra en tre perioder samt (2) att vi *tror* att det blir rättvisare att räkna ett genomsnittsvärde för att få ett bättre kvantitativt medelvärde.

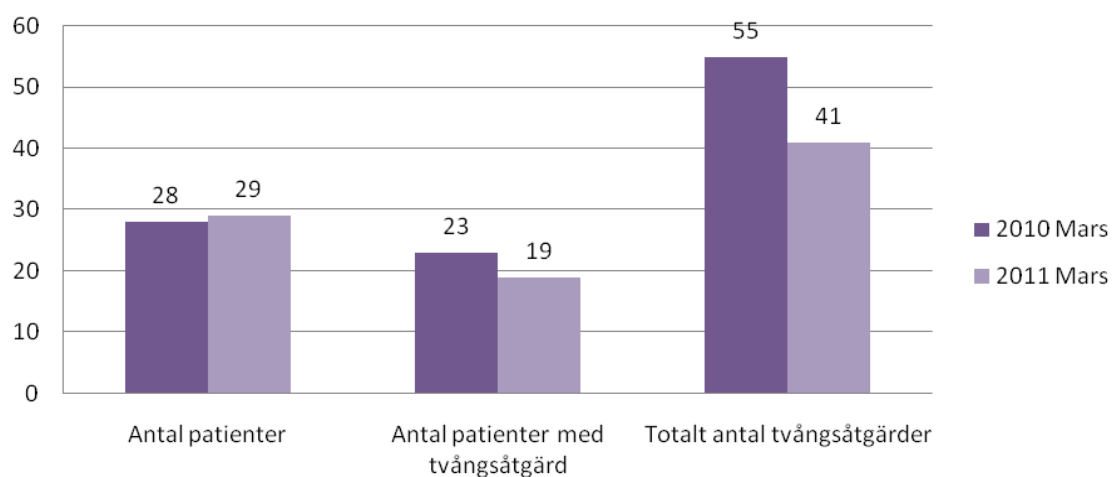
Januari 2010/2011



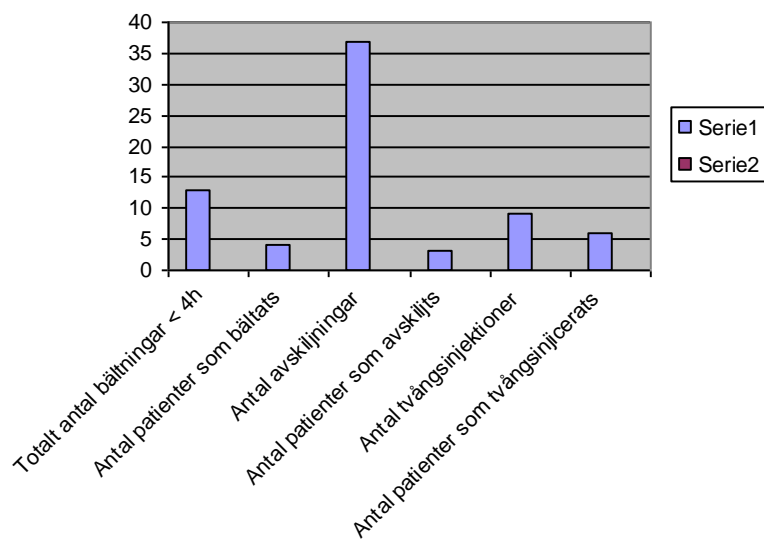
Februari 2010/2011



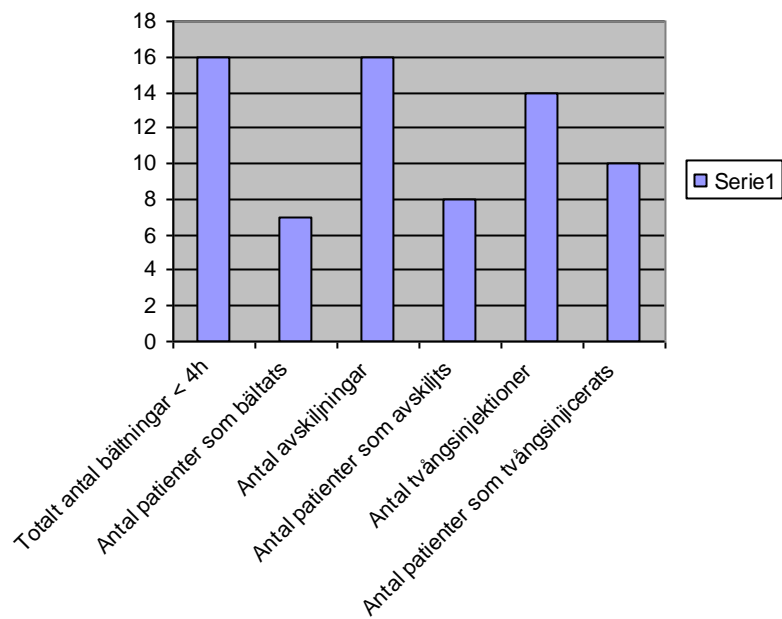
Mars 2010/2011



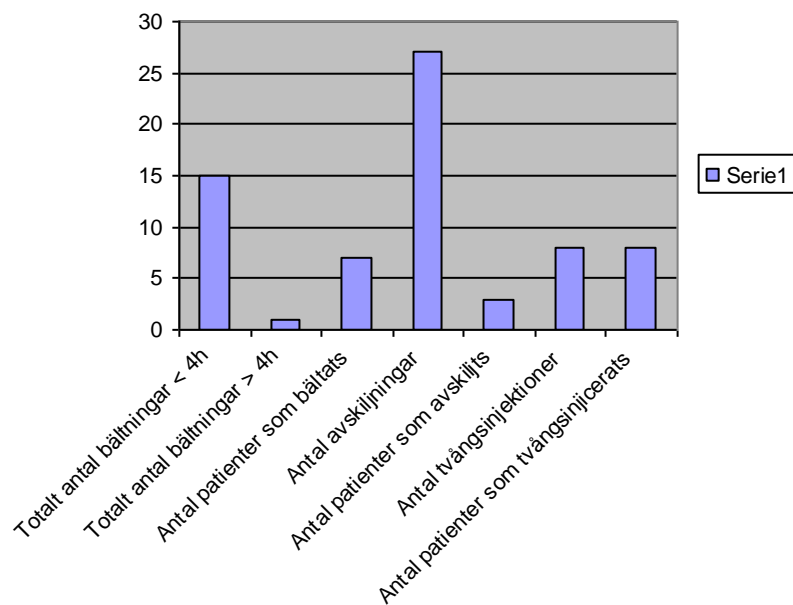
Januari 2010



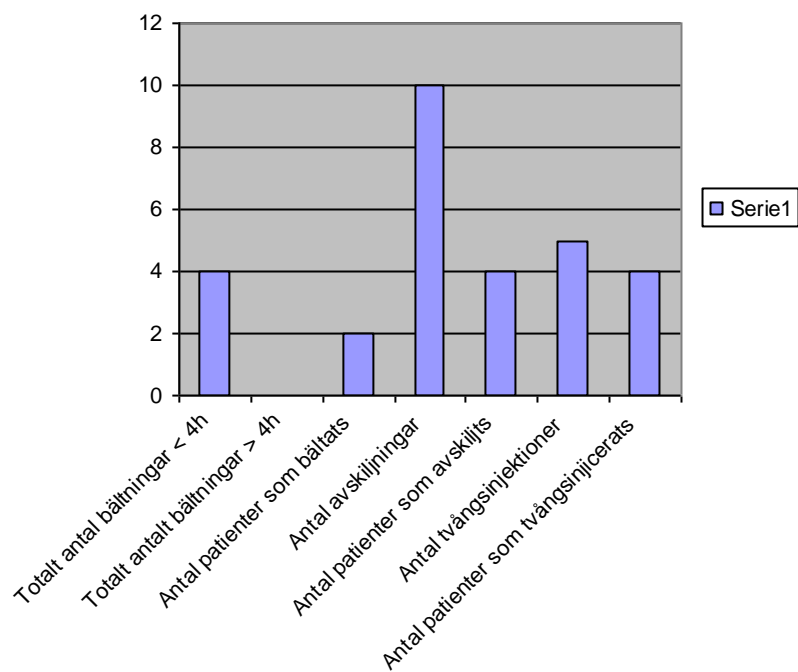
Januari 2011



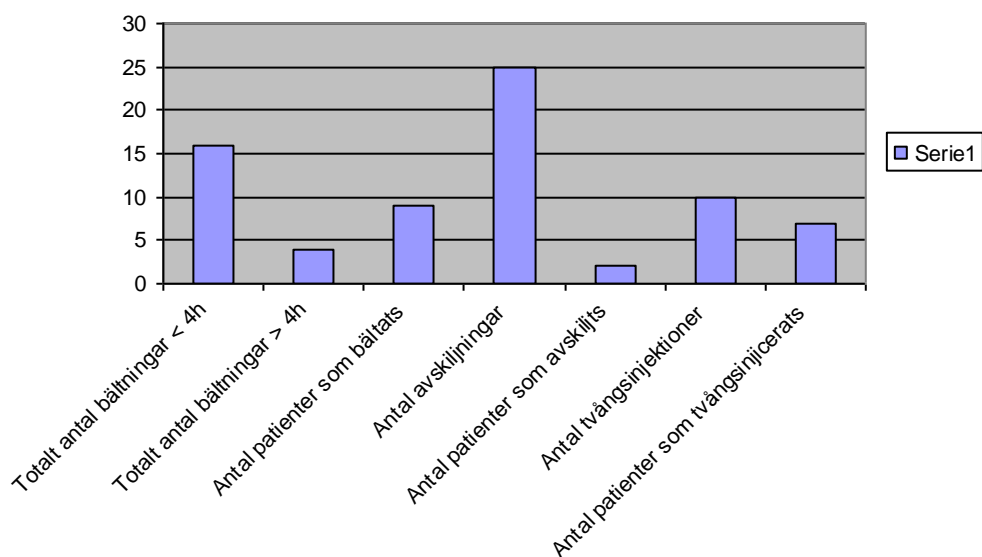
Februari 2010



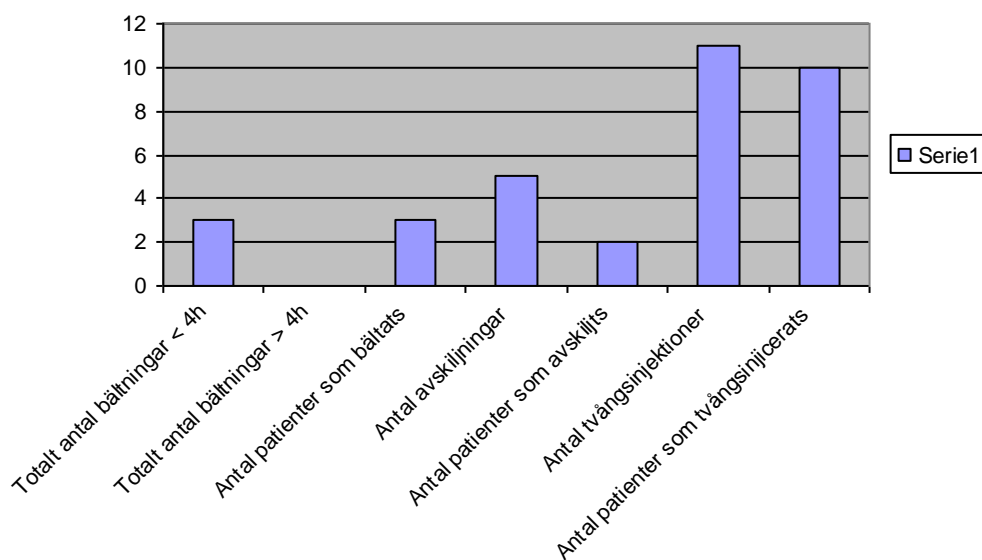
Februari 2011



Mars 2010



Mars 2011



Statistik för år 2010 Jan-Mars

Antal patienter:	Januari	Februari	Mars	Totalt:
	34	28	28	90
Antal patienter med tvångsåtgärd:	Januari	Februari	Mars	Totalt:
	20	17	23	60
Totalt antal tvångsåtgärder:	Januari	Februari	Mars	Totalt:
	59	62	55	176
Antal tvångsåtgärder/patient:	1,96			

Statistik för år 2011 Jan – Mars				
Antal patienter:	Januari	Februari	Mars	Totalt:
	35	29	29	93
Antal patienter med tvångsåtgärd:	Januari	Februari	Mars	Totalt:
	19	19	19	57
Totalt antal tvångsåtgärder:	Januari	Februari	Mars	Totalt:
	59	28	41	128
Antal tvångsåtgärder/patient:	1,38			

För att få en hanterbar/rättvisare bild av tvångsåtgärderna och förändringarna mellan tidsperioderna räknade vi fram ett medelvärde av åtgärder/patient (detta gjordes för att diskutera/hantera åtgärderna kvantitativt och lättare jämföra mellan de två tidsperioderna)

% skillnad mellan år 2010/2011 Jan - Mars	
% skillnad i antal patienter:	3,20%
% skillnad i antal patienter med tvångsvård:	5%
% skillnad i antal tvångsåtgärder:	27,30%

Det var en ökning av antalet patienter 2011 gentemot 2010 med 3.2 %. Andelen patienter som erhöll tvångsåtgärder minskade med 5 % och det totala antalet tvångsåtgärder minskade med 27,3%

Förändring inom specifika åtgärder 2010 Jan - Mars		
		Åtgärd/patient
Bältning > 4h	5 st på 3 patienter	1,67
Bältning < 4h	44 st på 17 patienter	2,59
Avskiljning	89 st på 8 patienter	11,13
Tvångsinjektion	27 st på 21 patienter	1,29

Antal specifika åtgärder 2011 Jan - Mars		
		Åtgärd/patient
Bältning > 4h		0
Bältning < 4h	23 st på 12 patienter	1,92
Avskiljning	31 st på 14 patienter	2,21
Tvångsinjektion	30 st på 24 patienter	1,25

% skillnad i specifika åtgärder mellan år 2010/2011 Jan - Mars	
% skillnad i bältning > 4h (åtgärd/patient)	Minskning 100%
% skillnad i bältning < 4h (åtgärd/patient)	Minskning 26%
% skillnad i avskiljningar (åtgärd/patient)	Minskning 81%
% skillnad i injektioner (åtgärd/patient)	Minskning 3,1%

Diskussion

Angående Skillnader:

Som tabellerna visar så har avskiljningen minskat med 82 % och bältesfixering <4h med 26%. Bältesfixering >4 har minskat med 100 % medan skillnaden i tvångs injektioner bara är på 3,1% . Detta är intressanta siffror och det väcker en del intressanta diskussioner om vilka faktorer som föranlett skillnaderna. Är nedgången i statistiken relaterat till genombrottsprojektet eller finns det andra förklaringar till nedgången? Är siffrorna ”vetenskapliga” och hur kan man jämföra två perioder på lika grunder då patient populationen inte är den samma d v s är resultatet empiriskt riktigt eller är det en statistisk slump?

Möjliga förklaringar till detta är:

Bättre förebyggande åtgärder som t e x samtal, medicinering, utevistelse samt bättre bemötande.

En annan förklaring kan vara att det har varit ”svårare” patienter 2010

Vad det gäller den statistiska analysen så har den gjorts på lekamanna nivå och förändringarna är inte på något sätt statistiskt fastställda enligt konstens alla regler.

Andra faktorer som bör beaktas är hur tillförlitliga utgångs siffrorna är d v s har *alla* tvångsåtgärder rapporterats eller kan det finnas gråzoner och mörkertal som aldrig blir inrapporterat.

Trots detta ger resultatet en fingervisning om att gjorda förändringar har haft effekt på utfallet utförda tvångsåtgärder.

Så här involverade vi patienter och deras närstående

En utvärderingsenkät har konstruerats för att försöka utvärdera olika förändringar att genom patient feedback kunna se hur de värderar de olika åtgärderna. Denna enkät ska även fungera som ”förslagslåda” för ett kontinuerligt förändringsarbete.

På vår planerings dag i december hade vi fokus på bemötande. För att öka förståelsen och förbättra bemötandet i personalgruppen bjöd vi in två attitydambassadörer. Detta ledde till en givande dialog/diskussion mellan personalgruppen och attitydambassadörerna. Resultatet av diskussionerna har vi tagit med oss i det dagliga patientarbetet på avdelningen.

Sammanfattning av projekt tiden så här långt

Efter en trög start så har arbetet med genombrottsprojektet fått styrfart. Genombrottsteamet på avdelningen har underskattat arbetsbördan och har inte riktigt kunnat ”frigöra” berörd personal i tillräckligt stor utsträckning för att ligga i fas med LS 3. Dessutom var det vissa svårigheter att engagera personalen för att aktivt arbeta med projektet i början.

Tre testområden är klara eller nästa klara och flera testcykler är redo att sjasättas. Dessutom har avdelningen valt att hoppa över en del tilltänkta testområden då andra i genombrottsprojektet haft samma tankar och redan testat dessa områden.

En BVC testcykel med stor fokus på åtgärder då patienter får BVC poäng ligger i startgropparna. Tanken är att fokusera på åtgärderna och medvetandegöra betydelsen av aktiva

insatser tidigt. (Inom ramen för denna testcykel så blir det mer utbildning i HUR BVC ska användas samt Åtgärderna.)

Personal ska även gå i en "sömnskola" för att lära sig mer om sömnvanor och andra aspekter kring sömn för att bättre kunna hjälpa patienterna med att reglera sin sömn.

Utvärderingsenkäterna är nu gjorda och resultaten av denna kommer att utvärderas fortlöpande för att förbättra vården.

En grupp arbetar med att utveckla psykosociala miljön på avdelningen och ska kolla på olika möjligheter till att använda media/datorer för att eventuellt kunna förbättra/öka patienternas välmående.

Gällande vårt mål nr 4 så har vi inte i nu läget fått någon statistik så vi kan inte föra någon diskussion kring vårdtider.

Förändringar som gjorts eller ska göras utan testcykler

Uppföljningssamtal efter tvångsätgärder.

Förtydligande av gällande rutiner kring bältesläggning med avseende på omvårdnad, somatiska kontroller (puls, bltr osv.)

Planerade utbildningar/studie cirklar kring olika sjukdomstillstånd. Fokus kommer att ligga på intensivpsykiatrisk omvårdnad.

Sammanfattningsvis så ligger PIVA lite efter vår planering gentemot våra mål. Det viktiga som vi har tagit med oss ifrån genombrottsprojektet är all kunskap och erfarenheter (våra egna och alla andra teams som man möt under resans gång) Samt det kanske viktigaste av allt:

Att arbeta enligt genombrottsmodellen.

Att kontinuerligt utvärdera arbetssätt och kritiskt granska rutiner och bemötande för att fördjupa och förbättra vården. Vi kommer att fortsätta att registrera och analysera tvångsätgärderna och vi kommer att jobba vidare med de övriga projekt som vi inte riktigt har sjösatt ännu.