

# Projektrapport

## Bättre vård – Mindre tvång

Team 40- Avd 363 Östra Sjukhuset Göteborg – Projektrapport 2011-06-10

Syfte med deltagandet i Genombrott	Teammedlemmar
Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	<i>Vårdenhetschef, Diana Sewerin, diana.sewerin@vgregion.se</i> <i>Sjukgymnast, Siv-Inger Gran, siv-inger.gran@vgregion.se</i> <i>Psyk.Ssk, Irina Collao, irina.collao@vgregion.se</i> <i>Psyk.Ssk, Annette Nilsson, anette.h.nilsson@vgregion.se</i> <i>Ssk, Jennie Sundh, jennie.sund@vgregion.se</i> <i>Skötare, Bengt Ahlberg, bengt.ahlberg@vgregion.se</i> <i>Skötare, Asenai Saleh, asenai.saleh@vgregion.se</i> <i>Skötare, Britt Johnsson, britt.johnsson@vgregion.se</i> <i>Skötare, Anna Björkman, anna.bjorkman@vgregion.se</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

Vi har fokuserat på säkerhet för patienter och personal i detta projekt. Grundläggande är också det goda bemötandet som följs upp med utskrivningsenkät. Tyngdpunkten ligger i att förebygga tvångsåtgärder. Vi har tagit fram och vidareutvecklat Säkerhetsronden för att ”säkra” patienternas rum samt dessutom infört Säkerhetsnivåer per patient. I testningar av testcykler har framkommit brister, vilket lett till fler testcykler som är värdefullt i lärandet. Vi har sett ett samband mellan internutbildningen Självskydd och alla tre mål i Genombrottsprojektet.

### Bakgrund

Avd 363 är en akut heldygnsvårdsavdelning med 14 vårdplatser för vuxna allmänpsykiatriska patienter. 23 tjänster (Vårdenhetschef, överläkare, sjuksköterskor, skötare, psykolog, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut och läkarsekreterare).

Vi finns i PK-huset (PK – Psykiatriska Kliniken), beläget på Östra sjukhuset tillhörande Sahlgrenska Sjukhuset. 2006 stod det nybyggda PK-huset färdigt och då flyttades den psykiatriska vården hit från Lillhagens sjukhus. Det finns ingen psykiatrisk intensivvårdsavdelning (PIVA) i Göteborg. Sedan ett år tillbaka finns endast *en* psykiatrisk akutmottagning i Göteborg och den finns här i PK-huset.

Vi ville delta i Genombrottsprojektet för att bibehålla och vidareutveckla den höga

vårdkvalitet som vi strävar efter på avdelningen och minimera tvångsåtgärderna. Avd 363 har en låg andel tvångsåtgärder (ca 1%) trots stort patientflöde – 810 inläggningar under år 2010. Många patienter är nyinsjuknade vuxna med allmänpsykiatriska diagnoser. De och deras anhöriga är ofta i en akut kris och behöver extra mycket information och stöd. Det finns förstås en koppling mellan gott patientbemötande och låg andel tvångsåtgärder – vi arbetar mycket med ett grundläggande gott bemötande. Vi ville utveckla detta och ytterligare höja säkerheten för patienter och personal, genom medverkan i Genombrottsprojektet och hoppades att det även skulle kunna ge oss ett mer strukturerat sätt att arbeta med tvångsvård och tvångsåtgärder.

Under tiden som Genombrottsprojektet har pågått, har vår avdelning ingått i en större omorganisation. Fr o m 2011-01-01 ingår avd 363 i en organisation där vi tar emot patienter från flera olika upptagningsområden, bl a områden med tung psykosocial problematik vilket också visar sig extra betungande då patienter kommer in i kriser på grund av detta. Vi arbetar mot flera öppenvårdsmottagningar, primärvården och privata vårdgivare. Vi får asylsökande patienter samt patienter boende i andra länder (Skandinavien) och där blir det mycket administrativt arbete, transportfrågor och kontakter med utländska sjukhus. Platsbrist på Beroendekliniken och Rättspsykiatriska Akutvårdsavdelningen (RPAV) medför att vi får patienter som egentligen skulle dit. Under våren har vi haft fall där patienter kommit från häktet med väktare och varit handfängslade under inläggningen.

Säkerhetsfrågorna är ständigt aktuella. Självskydd är en internutbildning för personal i PK-huset. Utbildningstillfällen finns fyra ggr/v för att förbättra rutiner och säkerhet för personal och patienter vid tvångsåtgärder samt hot- och våldssituationer. Det läggs stor vikt på att instruera och utbilda personal i verbal kommunikation/kroppsspråk samt olika tekniker som ska leda till ökad kunskap och gott samarbete inom personalgruppen vid t ex nedläggning och fastspänning. All personal från PK-husets nio vårdavdelningar samt Psykiatriska Akutmottagningen kan träna strukturerat tillsammans och lär sig samma tekniker vilket leder till ett säkrare och humanare arbetssätt vid hotfulla situationer. Man lär känna personal också från andra avdelningar, vilket ger ytterligare trygghet vid larm. Teknikerna tränas praktiskt i iscensatta hot- och våldssituationer. Man tränar även situationer där personal hamnar ensam med en hotfull patient, där fokus då ligger på att ta sig ur situationen - t ex strypningar och när patienten har tillhyggen - med hänsyn till att inte skada patienten. Detta inom ramen för nödvärnslagen.

I den teoretiska delen av Självskyddet, läggs mycket kraft på att *förhindra* hot- och våldssituationer. Det viktiga är kommunikation mellan personal och kunskap om att kunna identifiera och urskilja situationer som kan bli hotfulla, t ex vid framförandet av besked till patienten som han/hon kan uppröras av. Lagar, t ex nödvärnslagen och riktlinjer beträffande tvångsvård och tvångsåtgärder tas upp och kopplas till olika patientfall.

På avdelningen finns ett avskilt rum med flyttbar säng för fastspänning. I möjligaste mån förflyttar man patienten till det rummet, undantagsvis flyttar man ut sängen till de gemensamma utrymmena och utför fastspänningen där. I det senare fallet flyttas sedan säng med patient tillbaka till det avskilda rummet där personal sitter hos patienten så länge tvångsåtgärden ordinerar.

Sammanfattningsvis läggs mest fokus på att *förebygga* hot- och våldssituationer för att *förhindra* att en tvångsåtgärd måste vidtas. Men om tvångsåtgärden måste vidtas, ska detta utföras på bästa och säkraste sätt gentemot patienten och även personal.

## Mål

### ***SKL: Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder***

**Mål 1) Att förbättra läkares och omvårdnadspersonals möjligheter att bedöma risksituationer samt förbättra insatser för att undvika tvångsåtgärder. Utvärderas genom enkät till personal.**

1a) Att 100 % av patienterna som vårdas enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård – LPT, ska ha skattats med GAF (Global funktionsskattningsskala) och värdet journalförts inom två timmar från ankomsten till avdelningen. Målet ska vara uppfyllt innan februari 2011.

1b) Att 80 % av LPT-patienterna ska ha skattats med Bröset BVC (Bröset Violence Checklist) under tre dagar. Målet ska vara uppfyllt innan maj 2011.

### ***SKL: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder***

**Mål 2) Att 90 % av patienterna ska svara på Utskrivningsenkäten. Målet ska vara uppnått maj 2011.**

2a) Att 90 % av patienterna som erhållit tvångsåtgärder ska skatta ett värde *lika med* eller *mindre än 3* angående upplevelsen av ha känt sig *kränkt* på Visuell Analog Skala - VAS på Utskrivningsenkäten.

2b) Att 80 % av patienterna ska vid sin utskrivning veta om de vårdats enligt Hälso- och SjukvårdsLagen – HSL eller LPT. Målet ska vara uppfyllt innan maj 2011.

2c) Att 80 % av patienterna ska ha känt sig delaktiga i sin vård och behandling vid utskrivningen. Målet ska vara uppfyllt innan maj 2011.

2d) Att 100 % av LPT-patienterna som har godkänd LPT, även ska ha en vårdplan upprättad så fort patienten har ett godkänt vårdintyg. Målet ska vara uppfyllt innan februari 2011.

2e) Att alla patienter som vårdas inom ramen för LPT skall erbjudas ett uppföljningssamtal under vårdtiden. Samt de pat som erhållit tvångsåtgärder såsom tvångsinjektion, fastspänning, avskiljning ska erbjudas uppföljningssamtal inom 24 tim. Målet ska vara uppfyllt innan maj 2011.

2f) Att 80 % av de patienter som inte har frigång, ska kunna gå ut med personal eller anhöriga inom 48 timmar från ankomsten till avdelningen. Målet ska vara uppfyllt innan maj 2011

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

**Mål 3) Att 100 % av personalen kan återbeskriva riktlinjerna vid tvångsåtgärder. Målet ska vara uppnått maj 2011.**

3a) Att 100 % av den personal som deltagit vid en tvångsåtgärd ska ha deltagit i ”spegling” efteråt. Målet ska vara uppfyllt innan maj 2011.

3b) Medarbetarenkät ska göras en gång per månad på arbetsplatsträff - APT. Målet ska vara uppfyllt innan maj 2011.

## **Förändringar som testats**

Testcykel 1: Mål 1a – GAF

Testcykel 2: Mål 2 – Införande av kaffevagn för anhöriga/patient

Testcykel 3: Mål 2 – Hälsningsrond efter rapporten av kvällspassets personal.

Testcykel 4: Mål 2 – Morgonsamling

Testcykel 5: Mål 2 – Avvikelse rapportering

Testcykel 6: Mål 2 – Utskrivningsenkät

Testcykel 7: Mål 1 – Förbättringsarbetet systematiseras

Testcykel 8: Mål 1 – Säkerhetsrond

Testcykel 9: Mål 1b – Bröset BVC

Testcykel 10: Mål 2 – Uppföljande samtal

Testcykel 11: Mål 1 – Säkerhetsnivåer.

Testcykel 12: Mål 2 – Promenad med patient

## Resultat

### *SKL: Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder*

**Mål 1) Att förbättra läkares och omvårdnadspersonals möjligheter att bedöma risksituationer samt förbättra insatser för att undvika tvångsåtgärder.**

#### **Global funktionsskattningsskala - GAF**

Under första testcykelperioden okt-dec 2010 upptäckte vi att personalen inte gjorde tillräckligt med GAF-skattningar på patienterna, så en utvärdering av detta var inte möjlig att genomföra. Uppskattningsvis var 70 % av patienterna GAF-skattade, men inte under de första två timmarna.

Under den andra testcykelperioden jan-april 2011 fick personalen (främst nattpersonalen) information om vikten av GAF-skattningen. Det visade sig, efter att mer personal börjat använda GAF-skattningen, att det fanns brister i kunskapen angående hur GAF-skattning går till. Målet var att GAF-skatta 100 % av patienterna inom de första två timmarna efter inläggning, detta mål uppnåddes under den andra testcykelperioden. Kvarhållna patienter fick ett lägre värde på GAF-skattningen.

Mål med testcykeln var att undersöka om det finns något samband mellan GAF-symtom och tvångsåtgärder. Detta har ej kunnats utvärderat ännu pga av tidsbrist och avskrivna vårdintyg. Syftet var också att förebygga hot och våld, relaterat till GAF-skattningen.

#### **Förbättringsarbetet systematiseras**

Systematiseringen ledde till att personalen fick känna sig delaktiga i Genombrottsprojektet. Det har framkommit fler positiva tankar kring projektet. All personal indelades i grupper under en eftermiddag där de arbetade med en eller flera testcykler. De upprättade arbetspärmar samt postfack för enkäter, vilket skapade en struktur.

#### **Säkerhetsrund/Säkerhetsnivåer**

Säkerhetsronden är framtagen som en säkerhetsrutin, för att säkerställa patientsäkerheten och förebygga självskadehandlingar och suicidförsök på avdelningen.

Säkerhetsronden utförs två ggr/dag, av dagpersonal samt nattpersonal.

Första versionen av säkerhetsronden baserades från början på basal genomgång av rummet, där det ingick överblick av interiör samt föremål som patienten kunde tillfoga sig skada med.

Dock fanns det inga specifika riktlinjer angående vilka föremål som skulle tas bort från rummen. Risk fanns att olika personal definierade föremål olika, som tillåtna och inte tillåtna, vilket skapade osäkerhet och därmed brister i patientsäkerheten.

Det beslutades därför att säkerhetsronden skulle revideras och förbättras för att kunna bedöma *varje* patients självskade- och suicidrisk.

I samråd med avdelningens överläkare utarbetades en ny säkerhetsrund där patienterna bedöms utifrån en suicidriskbedömning – SRB som används på Beroendekliniken SU/Östra.

Utifrån SRB bedöms patienten tillhöra en risknivå som innehåller vilka åtgärder som skall utföras, vilka föremål som skall förvaras på expeditionen. (SE BILAGA).

Riskenivåer :

**Nivå I** - låg suicidrisk, omfattar de allmänna riktlinjerna som gäller alla patienter inneliggande på avdelningen.

**Nivå II** - måttlig suicidrisk, omfattar de allmänna riktlinjerna samt ännu en åtgärd.

**Nivå III** - hög suicidrisk, omfattar alla åtgärder från nivå I och II samt ytterligare antal åtgärder ( SE BILAGA).

Suicidrisken bedöms av läkare och teamet vid varje teamkonferens (varje dag). Nyinlagda patienter som inte hunnit bedömas avdelningsläkaren, skattas som nivå III då suicidrisken fortfarande är okänd.

Enkät med fyra frågor beträffande Säkerhetsrond och Säkerhetsnivåer, delades ut till omvårdnadspersonalen. Svarefrekvens var 60 %.

Fråga 1: Görs säkerhetsronden oftare nu när vi har kopplat säkerhetsnivåer till varje patient? 88 % svarade ja

Fråga 2: tycker du att säkerhetsronden är lättare att utföra nu när vi har kopplat säkerhetsnivåer till varje patient? 88 % svarade ja

Fråga 3: Känns säkerhetsnivån som ett stöd i patientarbetet? 100 % svarade ja

Fråga 4: Är det bra att säkerhetsnivån tas upp på varje team? 88 % svarade ja

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att den nya säkerhetsronden upplevs som en positiv förändring i patientsäkerheten. De reaktioner vi fått från patienter angående den nya säkerhetsronden har varit genomgående positiva. Patienterna har uttryckt att de känner sig säkra och trygga på avdelningen när personal kontrollerar rummet.

### **Bröset Violence Checklist – Bröset BVC**

BVC används för att kunna ha möjlighet att förutsäga patienters risk för våldsamhet under kommande dygn. Mätningen utförs tre ggr/dygn. Patienten skattas utifrån förekomst av olika beteenden, ex. förvirring, retlig, verbalt hotfull, som noteras med en etta eller nolla (Ja eller Nej). Detta resulterar sedan i en summa som visar om patienten har någon risk för våldsamhet. Vikten ligger i att ha en plan med förebyggande åtgärder som vidtas om patienten visar någon tendens för våld. Vår hypotes med BVC är att den skall användas som en prevention. En säkerhetsåtgärd för att upptäcka risk för aggression och våldsamhet. För att utvärdera om BVC är fungerande på vår avdelning, var vårt mål att först skatta fem patienter. En pärm med all info ang. BVC upprättades, samt en grupp personal engagerades. Blanketten för aktuell skattning sattes tydligt på expeditionen för att den inte skulle glömmas bort att utföras.

En patient har under denna tid skattats med indikation om aggression efter rapportering från annan avdelning där patienten vistats tidigare. Hos oss visade patienten inte någon indikation på irritation/aggression och åtgärder behövde inte vidtas.

Det största problemet har varit att få tid till att ägna sig åt BVC, speciellt upprätta förebyggande åtgärder, p.g.a. hög arbetsbelastning. Ytterligare faktorer är att vi inte haft många potentiella riskpatienter samt att inte samtlig personal informerats om att utföra skattningarna.

### ***SKL: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder***

**Mål 2) Att 90 % av patienterna ska svara på Utskrivningsenkäten. Målet ska vara uppnått maj 2011.**

Det blev ett oväntat lågt resultat, endast 15 % besvarade utskrivningsenkäter. En förklaring är att patienter flyttas över till annan avdelning, språksvårigheter, handfängsel, ovilja eller att personal glömmet att lämna ut enkäten då patientflödet är stort.

### **Vård- och behandlingsplan**

Målet att 100 % av LPT-patienterna ska ha en vårdplan upprättad inom 24 timmar, uppfylldes inte. Bristande rutiner hos läkare då dessa har ansvaret för vårdplanerna.

### **Införande av kaffevagn för anhöriga/patient**

Införandet av kaffevagn för patientens närstående och patienten under besöksstid. Testet gjordes för ett välkomnande bemötande där patienten får "bjuda sitt besök" och därmed öka patientens självkänsla. Främst för de patienter som saknar frigång. Kaffevagnen dukas fram klockan 11:45 och ställs utanför besöksrummet, där står den till 16:00. Patienter och besökare

kommenterar att det är ”trevligt”, ”bra initiativ” med kaffevagnen. Denna förändring har införts. Kaffevagnen utvärderas i Utskrivningsenkäten där 90 % av patienterna ska skatta ett värde *lika med* eller *mer än* 3 på VAS-skalan för bemötande. 87 % av patienterna skattade så och målet är nästan uppnått.

### **Hälsningsrond**

Hälsningsronden efter rapport av den personal som arbetar kvällen, samt av nattpersonal har utförts i det närmaste dagligen, av berörd kvällspersonal/nattpersonal även vikarier och studenter. Ett gott bemötande där patienten blir sedd. Det har gett tydlighet för patienten som fått veta vem som arbetar och vem hon/han ska vända sig till under kvällen/natten. Patienten får känna delaktighet och ökad säkerhet, då vi rådgör hur vi kan hjälpa henne/honom om det uppstår problem. Hälsningsronden utvärderas i Utskrivningsenkäten där 90 % av patienterna ska skatta ett värde *lika med* eller *mer än* 3 på VAS-skalan för bemötande. 87 % av patienterna skattade så och målet är nästan uppnått.

### **Morgonsamling**

En gång/vecka deltar alla patienter samt personal i gemensam morgonsamling. Där ges information om avdelningens rutiner och regler. Där får samtliga patienter uttrycka sina upplevelser av vården. Protokoll förs av en patient. Detta ökar patienternas delaktighet och minskar deras frustration som kan leda till tvångsåtgärder. Detta är ett tillfälle då personalen kan upptäcka aggressioner hos patienterna. I omedelbar anslutning till morgonsamlingen har personalen en återkoppling med avdelningens läkare och övrig personal. Uppföljning av eventuella brister åtgärdas snarast och uppföljning sker på nästkommande morgonsamling. Detta möte sänker ev. stressfaktorer då patienterna får snabbt svar och/eller förklaring. Minst hälften av avdelningens patienter deltar. Citat: ”bra information”, ”bra med presentation av kurator, sjukgymnast”, ”bra forum att komma med förslag”. Denna testcykel utvärderas genom utskrivningsenkät. Utskrivningsenkäten där 90 % av patienterna ska skatta ett värde *lika med* eller *mer än* 3 på VAS-skalan för bemötande. 87 % av patienterna skattade så och målet är nästan uppnått.

### **Avvikelse rapportering**

Under en veckas tid gjordes fem stycken avvikelserapporteringar gällande patientsäkerhet. Ingen koppling mellan säkerhetsrond och avvikelserapporteringen har gjorts, eftersom säkerhetsronden ändrades under tiden. Positivt med testcykeln är att personalen blivit mer medvetna om vad avvikelserapportering innebär, att alla kan göra det och man är nu mer motiverade att själva rapportera. Ett generellt säkerhetstänkande hos personalen har ökat. Framkommer tekniska brister då viss personal saknat inloggningsuppgifter. Tidigare har personal också haft svårt att särskilja avvikelserapportering från anmälan om arbetsskada. Personalen känner sig mer delaktig i patientens säkerhet.

### **Utskrivningsenkät**

Utskrivningsenkäten delades ut till patienter som skrevs ut från avdelningen, under en tremånadersperiod 2011. 30 st enkäter har besvarats och detta motsvarar 15 % . Målet var att 90% skulle besvara denna enkät och målet är därmed inte uppfyllt.

Vårdtider	Mindre än en vecka 20%	1-4 veckor 60%	1-3 månader 10%	Mer än 3 månader 3%	Vet ej 3%	Ej svarat 3%	
Vårdformer	76 % av de svarande vet vilken vårdform de vårdats under						
Delaktighet i vård och behandlingsplan	Mycket delaktig 13,3%	Ganska delaktig 33,3%	Lite delaktig 20%	Lite delaktig 20%	Har inte vårdplan 10%	Ej svarat 6,7%	Vet ej 16,7%
Bemötandeskattning	1: 3,3%	2: 6,7%	3: 17 %	4: 20%	5: 50%	Ej svarat – 3%	
Tvångsåtgärder	JA – 6%						
Kränkning i samband med tvångsåtgärder	Ja – 3%						
Tycker du vården har hjälpt?	1: 13,3%	2: 10%	3: 30%	4: 13,3%	5: 33,4%	Ej svarat: 0 %	

### Uppföljande samtal

Uppföljande samtal (enligt dansk modell) med patient efter tvångsåtgärd, där första samtalet skulle hållas 1-2 dagar efter tvångsåtgärden, andra samtalet efter 7-14 dagar med kontaktperson samt tredje samtalet är utskrivningssamtal med läkare. I samband eller i direkt anslutning till att patienten släpps ur bälte ska ett kortare samtal föras med två frågor, fråga ett vad som var anledningen till fastspänningen och den andra frågan om patienten fått information om sina lagliga rättigheter. Vi hade som mål att genomföra uppföljande samtal med fem patienter fram till maj 2011, men endast tre samtal genomfördes.

Patient A flyttades till psykosavdelning vilket medförde att inte fler uppföljningssamtal genomfördes av kontaktperson. Uppföljande samtal med patient A visade att detta samtal lugnade patienten och gav patienten information om vad som hänt under tvångsåtgärden och varför den genomfördes.

Patient B och C fick samtal 1 och 3. Patient C:s LPT avskrevs efter en vecka och blev därefter utskriven från avdelningen, vilket ledde till enbart två samtal.

Uppföljande samtal med patient B visade att patienten var osäker på vilka grunder hon vårdades enligt LPT. Hon upplevde sig väl behandlad av personalen och att hon fått information om vad gäller sina lagliga rättigheter. Pat upplever att tvångsvården påverkat henne mycket då hon inte själv kunnat påverka sin vardag och delta i aktiviteter som hon brukar göra.

Uppföljande samtal med patient C visade att han hade svårigheter att förstå vad läkaren



menade, trodde att det var för han försökt suicidera. Patienten har svårt att komma ihåg om han fick information om sina lagliga rättigheter. Det han minns var att han inte får gå ut. Det patienten upplevde vara mest jobbigt var att inte vara hemma hos familjen. Patienten anser att det är rätt att han vårdas enligt LPT. Patienten upplever att han blev väl behandlad av personalen som har ett gott bemötande.

Målet med de uppföljande samtalen var att få ökad kännedom om patienten som ska kunna förhindra vidare tvångsåtgärder, samt att få ökad insikt hos patient och personal.

Uppföljningssamtalen utvärderas i Utskrivningsenkäten där 90 % av patienterna ska skatta ett värde *lika med* eller *mer än 3* på VAS-skalan för bemötande. 87 % av patienterna skattade så och målet är nästan uppnått.

### **Promenad med patient**

Testcykeln skulle ha genomförts under vecka 16, men p g a storhelg, permissioner, personalbrist, extravak och 11 nya patienter fick vi inget resultat – det fanns helt enkelt inga möjligheter att genomföra testcykeln.

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

**Mål 3) Att 100 % av personalen kan återbeskriva riktlinjerna vid tvångsåtgärder. Målet ska vara uppnått maj 2011.**

Under våren 2011 genomfördes en utbildning i riktlinjer vid tvångsåtgärder för all personal. Varje vecka finns möjlighet att delta i Självskyddet där lagar, riktlinjer och patientfall tas upp i samband med praktiska övningar, här speglas också tvångsåtgärder som skett under veckan som personal diskuterar under handledning, vilket grundas i lagstiftningen. Beträffade speglingar i samband med tvångsåtgärder på vår avdelning har vi under testcykelperioden ej haft några egna speglingar på avdelningen då vi ej haft tvångsåtgärder, däremot har vi haft möjlighet att delta i de speglingar som genomförts på självskyddet angående tvångsåtgärder på andra avdelningar.

### **Utvärdering av utbildningsdagen om riktlinjer vid tvångsåtgärder:**

50 % av deltagarna kände sig säkra på rutinerna kring tvångsåtgärder och visste var de skulle finna information om dem redan *innan* utbildningen. 90 % av deltagarna hade *efter* utbildningen kunskap om detta. 10 % visste fortfarande inte var man finner information om rutinerna, trots genomgången utbildning.

### **Medarbetarenkät från SKL**

Det har varit svårt att få in enkäterna. Vår ambition var att enkäten skulle delas ut och lämnas in varje månad. Vi har tre redovisningar från nov-10, jan-11 och mars-11. Svarsfrekvensen är c:a 50 %. Efter halvdagen i mars, då vi fokuserade på systematiseringsarbetet, blev resultaten bättre beträffande kunskapen om Genombrottsprojektet och hur man kände sig engagerad i det.

### **Diskussion**

#### ***SKL: Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder***

När all personal får tid tillsammans för att engagera sig i Genombrottsprojektet och systematisera arbetet får vi en tydlighet, delaktighet och gemenskap. Testcykel 1 har hjälpt oss att upptäcka bristerna i GAF-skattningen och kunnat åtgärda detta i form av utbildning för nattpersonal. Vi upplever ändå att GAF-skattningen är adekvat för syftet. Då alla fått utbildning, kan denna skattning vägleda oss i arbetet och utifrån symptoms- och funktionsskattningen förebygga hot- och våldssituationer.

Vid uppstartandet av den nya säkerhetsronden upplevde personal en större trygghet vid utförandet och strukturering kring tillvägagångssättet. Tack vare den individuella suicidriskbedömningen och de färdiga riktlinjerna samt åtgärderna, blev säkerhetsronden enklare att genomföra, gav bättre översikt och medförde större säkerhet samt gav trygghet i personalgruppen.

Vid överrapporteringen från psykiatrisk akutmottagning är det viktigt att mottagande avdelningspersonal får en indikation om att BVC-skattning kan vara aktuell. Samt en påminnelse om redan pågående BVC-skattning till avdelningens personal vid passbyte. När det gäller förslag på förbättringar när det gäller BVC-skattning är ett förslag att ta upp detta på teamkonferens om vilka som bör skattas med BVC alternativt följa upp åtgärder.

### ***SKL: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder***

Vårt införande av kaffevagn har endast haft positiv respons. Kaffevagnen är placerad vid ingången till avdelningen där besöksrummet är placerat vilket gör att besökare inte behöver gå in på avdelningen vilket är en fördel för övriga patienter och personal. Detta för att upprätthålla säkerhet såväl som sekretess.

Hälsningsronden har visat att vi som personal kan fånga patientens aktuella mående vilket är mycket bra såväl för patienten som för personalen så att olika former av stödåtgärder kan sättas in. Både gamla som nya patienter känner trygghet när de vet vem som är i tjänst. Nya patienter får ett ansikte på personalen och även ett ansikte på personal i den grupp hon/han tillhör. Denna hälsningsrond är nu permanent.

På grund av att en teamkonferens ligger strax före morgonsamlingen, kan denna förskjutas i tid vilket kan ge irritation hos patienterna. Utskrivna patienter som återkommer till avdelningen kan uppleva mötet som en upprepning för dem. Beroende på patientens tillstånd kan dock denna upprepning vara till fördel. Lugnande för patienterna är att de får information kring gruppstillhörighet såsom "ett ansikte på sina kontaktpersoner". Även rutiner på avdelningen förmedlas. Detta ger patienterna trygghet, delaktighet och autonomi.

En tänkbar orsak till den låga svarsfrekvensen på utskrivningsenkäten kan vara det stora patientflödet. Ibland mycket korta inläggningstider och ofta överflyttningar till andra avdelningar och verksamheter. Enkäten lämnas ut i samband med att patienten ska skrivas ut från avdelningen, kanske ska man istället dela ut den redan vid inskrivningen eller att läkaren delar ut denna vid utskrivningssamtalet. Ett annat alternativt kan vara att lämna ut den tillsammans med de andra skattningsskalorna. Namn på enkäten byttes från "Patientenkät" till "Utskrivningsenkät" för att förtydliga hur den ska användas. Personalen skulle kunna ge mer information tex vid morgonsamlingen på onsdagar, men då många patienter har kort inläggningstid kanske de missar morgonsamlingen. Den nuvarande placeringen av plastfickan med enkäter är inte optimal, bör ha en mer framträdande plats. Beträffande patienternas känsla av delaktighet i sin vård och behandling, uppger 66 % att de känner sig delaktiga i sin vård och behandlingsplan. Patienterna får information att de kan få ut sin vård- och behandlingsplan i pappersform, men många patienter väljer att inte ta ut den på grund av att de då själva ansvarar för den. Nackdel är att denna utskrivningsenkät endast finns på svenska då vi har en stor andel patienter med annat modersmål.

Då vi haft få patienter som vårdats enligt LPT under våren har det varit svårigheter att få till dessa uppföljande samtal. Dessutom gäller det att den Ssk/skötare som är ansvarig för patienten kommer ihåg att genomföra dessa eller kommer ihåg att genomföra dem enligt mallen. Det har också funnits någon LPT-vårdad patient som inte kunnat tala svenska vilket medfört att då tolk tillkallats har detta uppföljande samtal genomförts men inte enligt mall eller har registrerats. Vi hade en hypotes om ökad kännedom om patienten för att förhindra vidare tvångsåtgärder, samt en ökad insikt hos patient som personal. Trots de få uppföljande

samtalen har vi anat att patienten känt sig betydelsefull då vi varit intresserade av att få kunskap om deras upplevelse av deras situation. Vi fortsätter att arbeta med att få till dessa viktiga uppföljande samtal och testa i större skala.

Testcykeln ”promenad med patient” fick ingå i projektet för att förbättra kontakten och alliansen mellan personal och patient då detta kan upplevas av vissa som lättare utanför sjukhusmiljön. Självklart kan det också förbättra patientens fysiska hälsa och det ger också effekter på den psykiska hälsan. När testcykeln skulle genomföras, hade vi just då inga ineliggande LPT-patienter. Vi ändrade testcykeln så den skulle omfatta även HSL-patienter och hoppades kunna genomföra den under den planerade veckan. Patienterna skulle skatta sitt mående på en femgradig skattningsskala före och efter promenaden. Två patienter tillfrågades att gå ut med personal, en av dem tackade ja men då promenaden inte blev av den planerade tiden, tackade patienten nej till den nya tiden och hänvisade till att hon då mådde sämre. Andra patienten tackade ja, men då avdelningen hade hög belastning och personalbrist, var personal tvungen att ställa in promenaden. Sammanfattningsvis ställer vi oss fortfarande positiva till testcykeln ”Promenad med patient”, men den gick tyvärr inte att genomföra under de rådande omständigheterna. Testcykeln kommer alltid att vara beroende av patientens egen vilja och inställning till promenaden, vilket vi får ha i beaktande vid genomförandet. Detta gör den, till skillnad från de andra testcyklerna, mer svår att genomföra och påverkbar beroende av omständigheterna. Vi behöver en längre tidsperiod nästa gång vi testar den, och att den genomförs när omständigheterna tillåter. Fortfarande hoppas vi att denna testcykel kan vara positiv i arbetet med förbättring av psykiatrisk tvångsvård och att detta kan påverka kommunikation och tillit mellan patient och personal på ett positivt sätt. Det bör tilläggas att vi har förmånen att avdelningen ligger i marknivå och har en stor innergård med grönska och växter samt promenadstråk som alla patienter har tillgång till såväl LPT som HSL. Patienterna med frigång väljer många gånger själv att vistas på innergården istället för att gå ut på sjukhusområdet.

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

Utifrån utbildningsdagen i riktlinjerna vid tvångsåtgärder fick all personal möjligheterna att delta och lära. Däremot var det endast hälften av personalen som deltog i utbildningen. Det fanns ett behov hos personalen att uppdatera kunskap samt möjlighet för ny personal att få denna kunskap. Det blev bra diskussioner med patientfall. Dessutom har vi varje vecka självskydd som bidrar till att vi utvecklar en bra teknik i eventuella omhändertagande i hot och våldssituationer.

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

På avdelningen finns inget forum för patientföreningar. Övergripande inom slutenvården finns brukarråd.

## Sammanfattning av projektiden så här långt

Att delta i projektet har gett oss kunskap genom seminarierna samt projektplatsen vilket har varit mycket inspirerande. Personalen har blivit mer analyserande kring situationer och vi har diskuterat mer på arbetsplatsen. Detta upplevs som engagerande och att omvårdnadsarbetet lyfts. Positivt var att få med all personal i detta projekt och med vilken glöd de deltagit. Det kan upplevas frustrerande att inte ha uppnått alla mål, men detta är ett pågående arbete som vi fortsätter med och ger oss möjligheter att utveckla.

## Övriga kommentarer

Bilaga 1 - Diagram

Bilaga 2 - Säkerhetsmanual säkerhetsnivåer

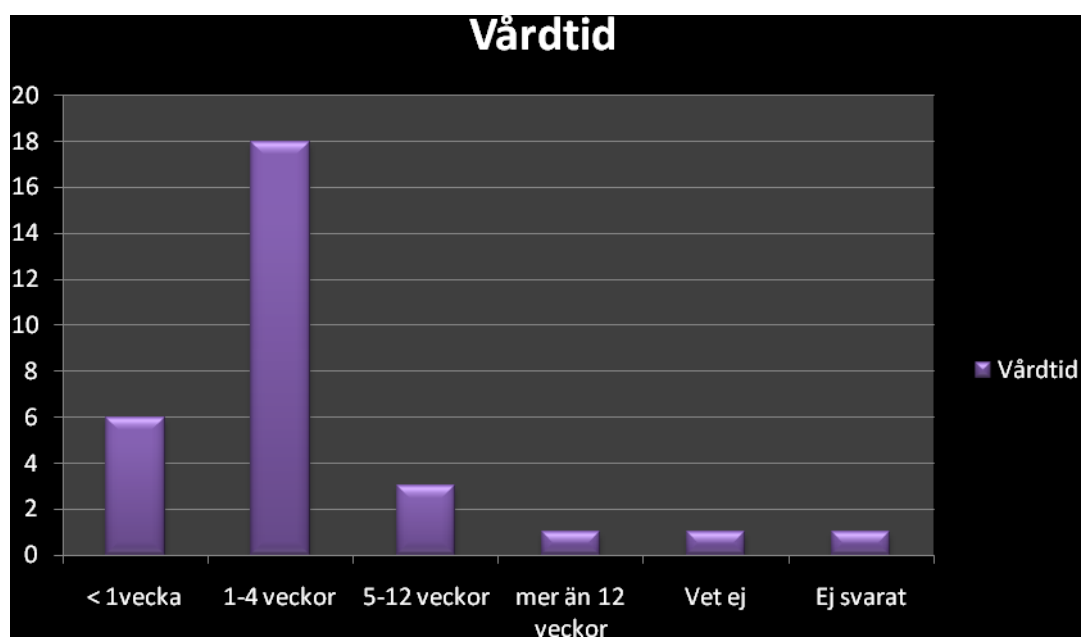
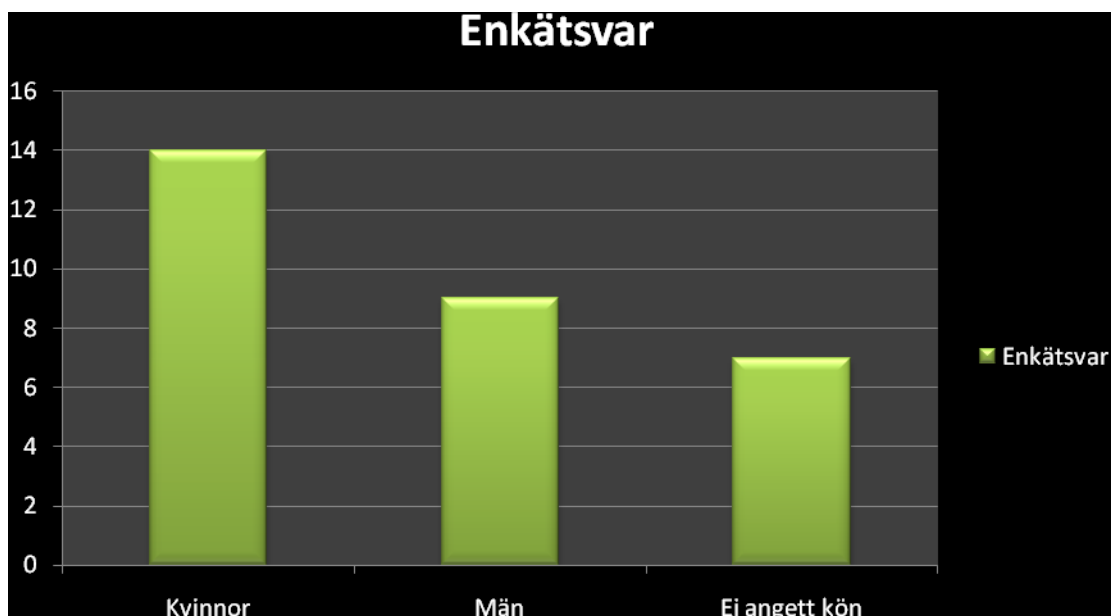
Bilaga 3 - Säkerhetsrund

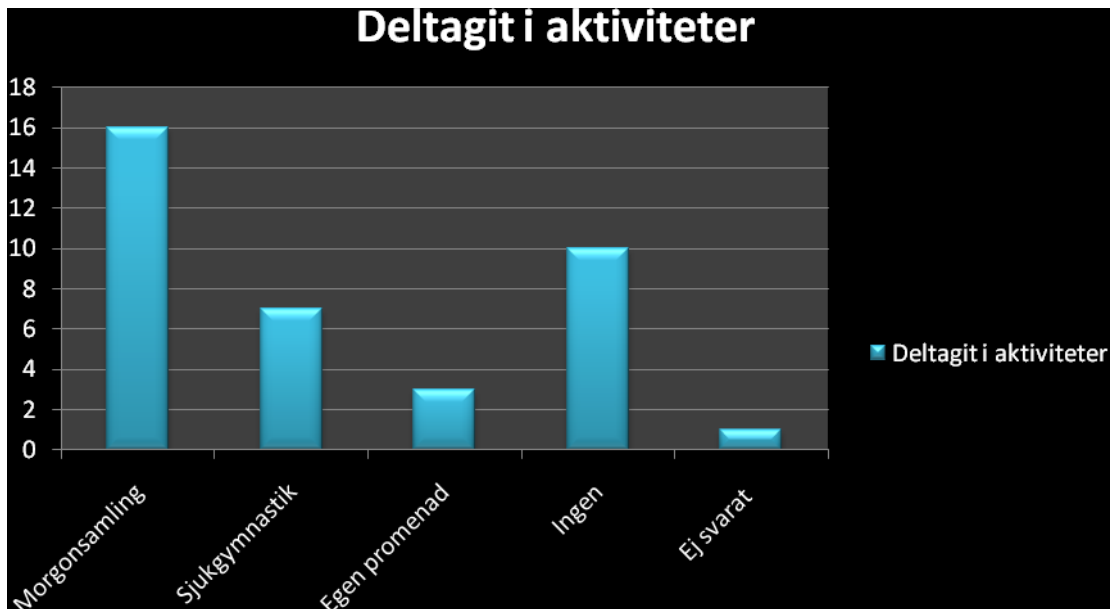
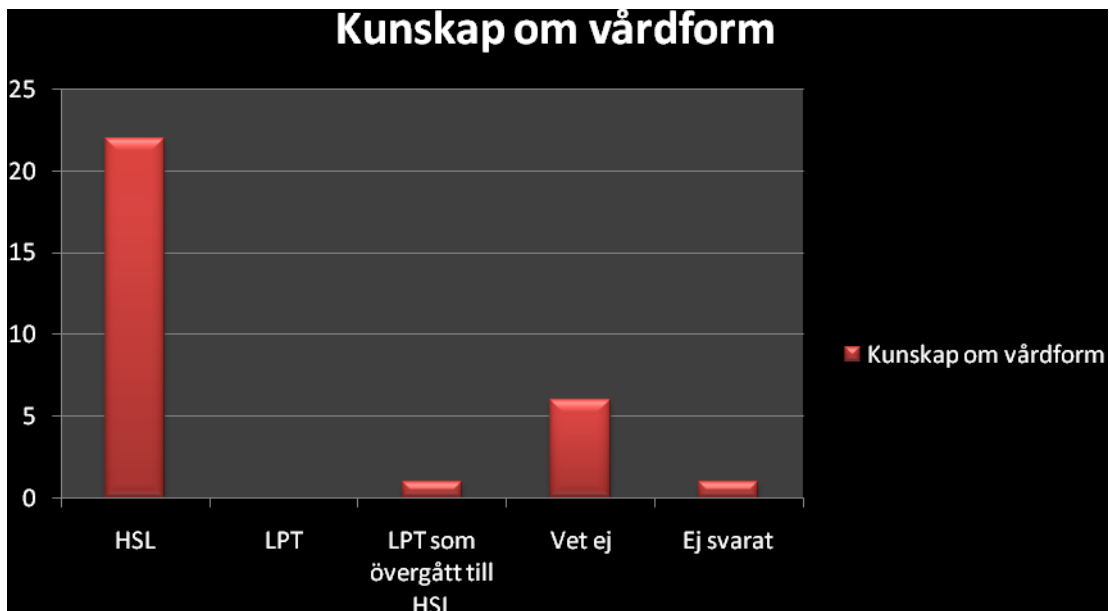
Bilaga 4 - Utskrivningsenkäten

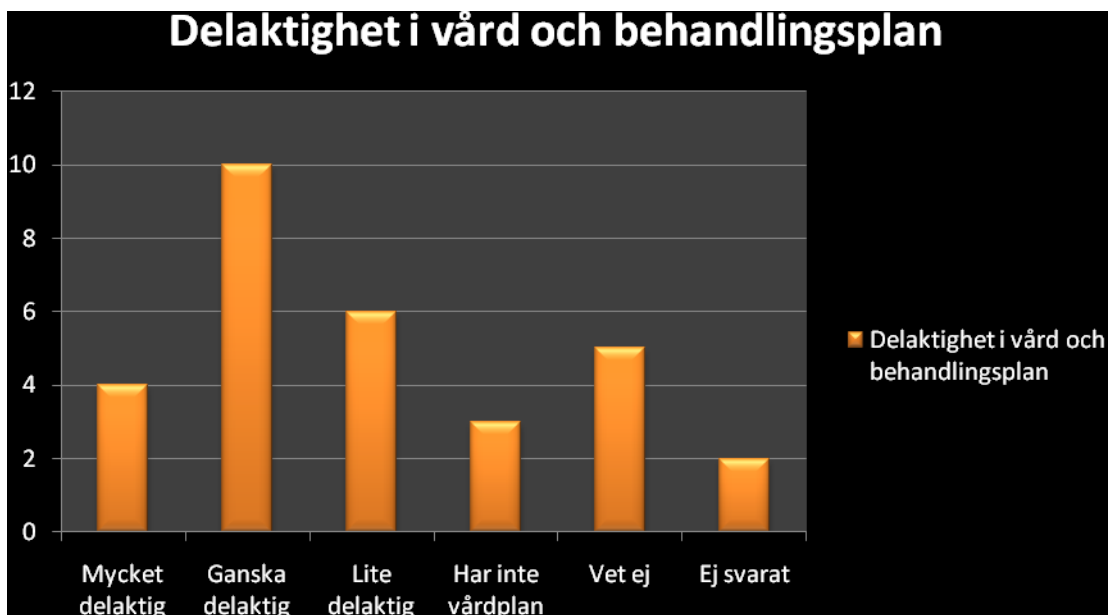
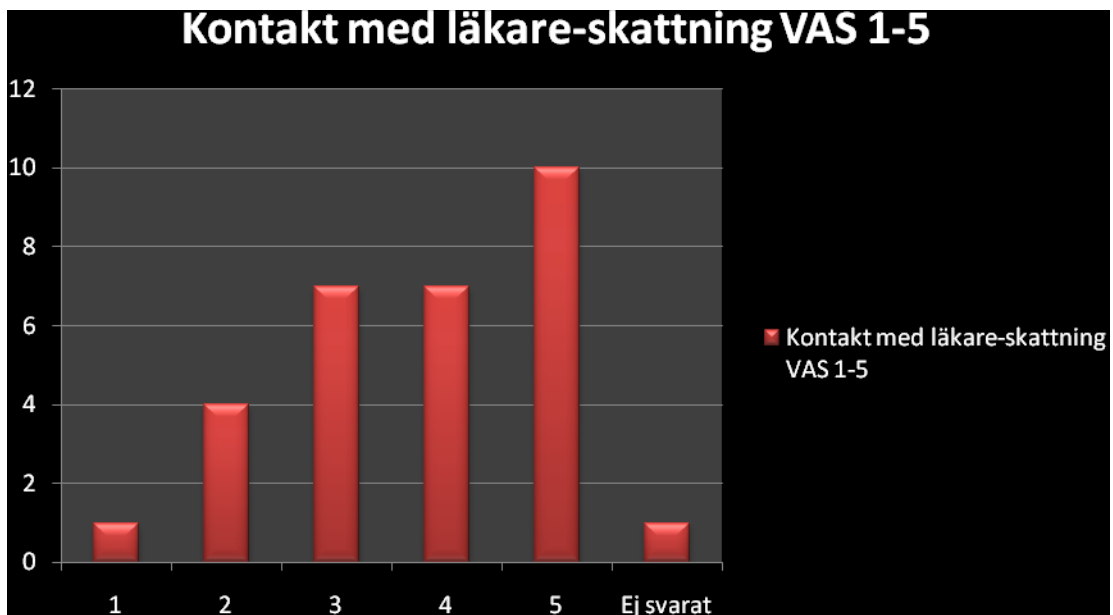
## Bilaga 1

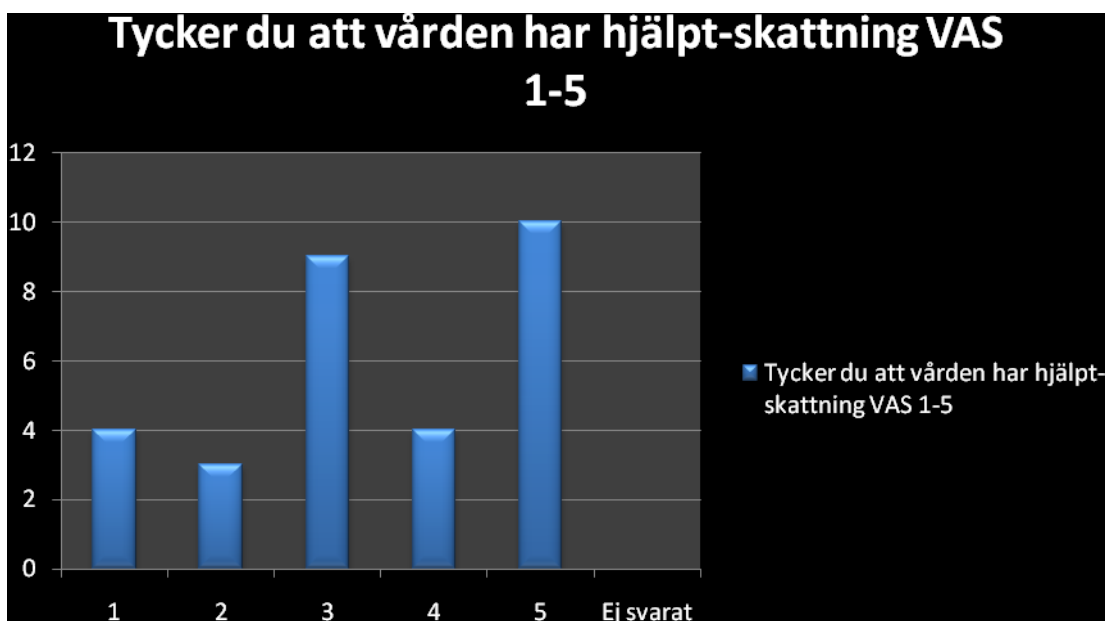
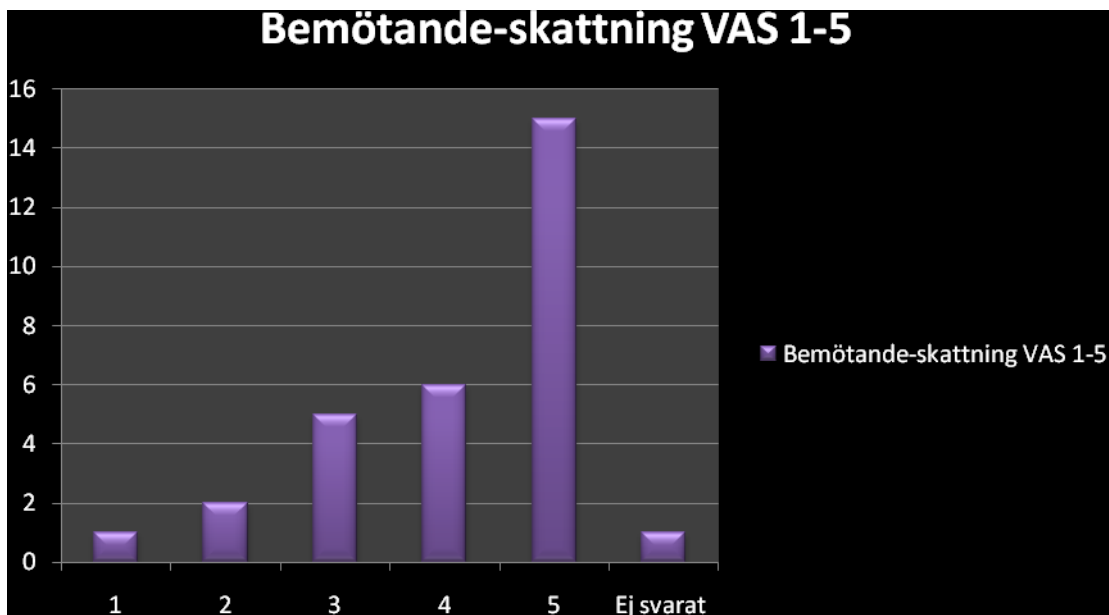
### Utskrivningsenkäten utvärdering

Där VAS-skala 1-5 används där hög siffra är positiv.











# Säkerhetsnivåer

## Manual för säkerhetsrond avd 363

Varje patientrum ska kontrolleras enligt nivåerna I, II eller III

**Nivå I = Ingen/Låg suicidrisk** (motsvarande Suicidriskbedömning SRB 0-1 ingen eller låg risk)

- Plocka bort bestick/porslin/glas från rummet.
- Duschslang ska tas med till sköljen.
- Droger, vapen mm ska tas om hand och direkt anmälas till ansvarig sjuksköterska.
- Trasiga eluttag och annat trasigt i rummet ska felanmälas till Bravida av den som gör Säkerhetsronden *eller delegeras vidare*. Notera även det i kommentarsfältet.

**Nivå II = Måttlig suicidrisk** (motsvarande Suicidriskbedömning SRB 2 moderat risk)

- Plocka bort bestick/porslin/glas från rummet.
- Duschslang ska tas med till sköljen.
- Droger, vapen mm ska tas om hand och direkt anmälas till ansvarig sjuksköterska.
- Trasiga eluttag och annat trasigt i rummet ska felanmälas till Bravida av den som gör Säkerhetsronden *eller delegeras vidare*. Notera även det i kommentarsfältet.

- Plocka bort datorsladdar och andra sladdar.

**Nivå III = Förhöjd/Hög suicidrisk** (motsvarande Suicidriskbedömning SRB 3-4 förhöjd eller hög risk)

- Plocka bort bestick/porslin/glas från rummet.
- Duschslang ska tas med till sköljen.
- Droger, vapen mm ska tas om hand och direkt anmälas till ansvarig sjuksköterska.
- Trasiga eluttag och annat trasigt i rummet ska felanmälas till Bravida av den som gör Säkerhetsronden *eller delegeras vidare*. Notera även det i kommentarsfältet.

- Plocka bort datorsladdar och andra sladdar.
- Plocka bort mobilladdare.
- Plocka bort halsdukar, väskor med axelrem, skosnören.
- Se över eventuella privata "pysselgrejor" i patientrummet och plocka bort exvis saxar, snören, remmar.
- Plocka bort plastpåsar/tunna plastkassar
- Titta under madrassen.

Bilaga 3

**Säkerhetsrund** avd 363 Datum ..... KI .....

RUM	Nivå	Glas/poralin	Beskick	Eluttag	Duschslang	Skåp/halsduk/remmar mm	Droger	Vassa föremål	Kommentar	Signatur
1										
2										
3										
4										
5										
6 säng 1										
6 säng 2										
7										
8										
9										
10										
11 säng 1										
11 säng 2										
12										
Dagrums	#									
Modular	#									
Bältessäng - kolla så att den är iordninggjord och att magnetlås + låsborttagare finns i påsen.										
Gard	#			#						

**OBS!! Säkerhetsnivå ska fyllas i för varje patient: I = Låg s-risk II = s-risk III = Hög s-risk**

Aktuell nivå finns på "vita tavlan". Fyll i dem här på listan i kolumnen "Nivå".

Manual i pärmen klargör hur säkerhetsronden ska utföras utifrån varje patients aktuella säkerhetsnivå.

## Anonym enkät för dig som varit patient på avd 363

Vi uppskattar om du vill fylla i denna enkät och låta oss veta hur du upplevt din vårdtid här.

Vad har varit bra/dåligt och vad behöver vi förbättra?

Tack på förhand!

1.  Kvinna  Man

### 2. Hur länge har du varit på avdelningen?

Mindre än en vecka  1-4 veckor  1-3 månader  Mer än 3 månader  Vet ej

Kommentar:

.....

### 3. Hur delaktig tycker du att du har varit i skapandet av din vårdplan?

mycket delaktig  ganska delaktig  lite delaktig  Vet ej  Har inte haft en vårdplan

Kommentar:

.....

### 4. Vet du vilken vårdform du haft under den här vårdtiden?

HSL (frivillig vård)  LPT (tvångsvård)  Vet ej

Kommentar:

.....

### 5. Tycker du att vården du fått på avdelning 363 har hjälpt dig att må bättre?

(Ringa in passande värde)

1-----2-----3-----4-----5  
Tycker inte  
vården har hjälpt  
mig alls. Tycker vården  
har hjälpt mig  
mycket.

Kommentar:

.....

.....

### 6. Hur tycker du att bemötandet från personalen på avdelningen har varit?

(Ringa in passande värde)

1-----2-----3-----4-----5  
Mycket dåligt Mycket bra

Kommentar:

.....

.....



