

PROJEKTRAPPORT GENOMBROTTSPROGRAM III

TEAM NR: 46 Hudiksvall

Deltagande team, psykiatriska slutenvården Hälsingland

Kontaktperson/vårdsamordnare Ulla Ulfeldt, avd. 10B

Vårdsamordnare Tina Kroon, avd. 10A

Överläkare Daniela Rangott, avd. 10A

Skötare Åsa Mattsson, avd. 10A

Skötare Joakim Pade, avd. 10A

Skötare Kentove Frenell, avd. 10B

Sammanfattning

Två slutenvårdsavdelningar har tillsammans arbetat med att förbättra vården för tvångsvårdade patienter utifrån Genombrottsprojektets modell.

Vårt mål med arbetet var att minska och förebygga tvångsåtgärder, samt öka patientens förståelse för anledningen till att tvångsåtgärd utförts. Vi ville även höja kompetensen hos personalen gällande vård enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård)/ÖPT(Öppen psykiatrisk tvångsvård). Ett utbildningstillfälle har utförts för en av avdelningarna gällande LPT/ÖPT. Ytterligare utbildning planeras under hösten.

Vi har mätt antalet tvångsåtgärder under 2011.

Vi har infört skattningsinstrumentet BVC (Bröset Violence Checklist), se bilaga, för att tidigt upptäcka tecken på försämring i patientens emotionella status i syfte att förebygga eventuella tvångsåtgärder. Mätningar av antalet BVC-skattningar har skett en gång per vecka sedan införandet

i syfte att följa upp att mätningen utförs. Implementeringen har fallit väl ut och BVC används nu som rutin.

Uppföljande samtal sker utifrån en strukturerad mall efter varje tvångsåtgärd när patienten bedöms vara tillräckligt stabil. Samtalet genomförs av personal som utfört tvångsåtgärden. Enkäterna för uppföljande samtal omarbetades och utifrån den slutgiltiga versionen har en mätning gjorts under juli månad.

Bakgrund/problembeskrivning

Två avdelningar har deltagit i projektet gemensamt. Avdelning 10 A är en allmänpsykiatrisk slutenvårdsavdelning med 18 vårdplatser. Där ingår grupper med spetskompetens riktat mot opiatmissbruk, ECT-behandling mot depression, ätstörningar, självskadebeteende och flyktingproblematik. Avdelningens arbete utgår från ett kognitivt förhållningssätt. Avdelning 10 B är en slutenvårdsavdelning för patienter med olika psykosdiagnoser. På psykosavdelningen använder man sig av remissionsskattning, som är en strukturerad intervju där åtta av patientens kärnsymtom skattas. Detta för att planera och utvärdera vården. Avdelningen har 12 vårdplatser. Avdelningarna samarbetar mot fyra öppenvårdsmottagningar och sex kommuner i Hälsingland med en total folkmängd på 134 400 invånare och långa geografiska avstånd. Bägge avdelningarna arbetar sedan tidigare med MI, (motiverande samtal) samt strukturerade familje- och nätverkssamtal.

I projektets början var teamet i en annan konstellation, tanken var att hela slutenvården i Gävleborgs län skulle delta. Detta innebar att representanter från fyra olika avdelningar deltog. Vid närmare genomgång av projektets innebörd framkom att det skulle bli mycket svårt att genomföra övergripande förändringar med tanke på långa avstånd och att teammedlemmarnas antal skulle ha behövt dubbleras. Beslut togs att Hälsinglands två slutenvårdsavdelningar gemensamt skulle delta och nya teammedlemmar utsågs. En nystart tillsammans med metodstöd arrangerades. Där arbetades fram förbättringsområden som var viktiga för båda avdelningarna. Enkäter (se bilaga 9) delades ut till all personal med frågeställningar om LPT och lokala rutiner vid tvångsvård för att inventera kunskapsnivå. Svaren visade att majoriteten känner till rutiner och riktlinjer men resultatet för följsamhet var lägre. Man kände sig inte heller helt trygg och säker i användandet av tvångsåtgärder. Utifrån detta framkom de förbättringsområden vi ville arbeta med. Vi såg att kontinuerlig utbildning är av stor vikt och valde att initialt fokusera på utbildning om lagarna på området, LPT och ÖPT.

Vi hade ingen rutin att tidigt förebygga och följa upp tvångsåtgärder. Vi såg en möjlighet och ett behov att förbättra vården och minska tvångsåtgärder för tvångsvårdade patienter genom att använda oss av Genombrottsprojektets modell.

Syfte

Vårt syfte med arbetet var att erbjuda bättre och säkrare vård för patienter under tvångsvård som ordinerats tvångsåtgärder.

Vi ville minska och förebygga tvångsåtgärder, samt öka patientens förståelse för anledningen till att tvångsåtgärd utförts. Därmed även förbättra patientens upplevelse, samt öka personalens förståelse för patientens upplevelse.

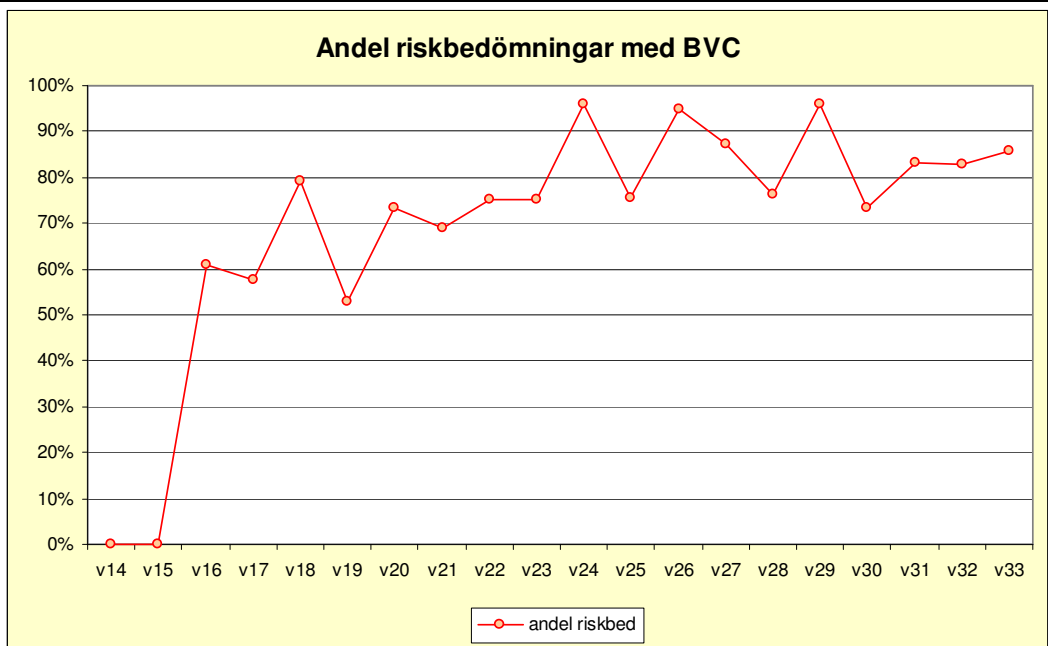
Arbetet syftade också till att höja kompetensen och öka tryggheten hos personalen gällande tvångsvård samt förbättra rutiner kring tvångsåtgärder.

Våra mål, mätningar och resultat

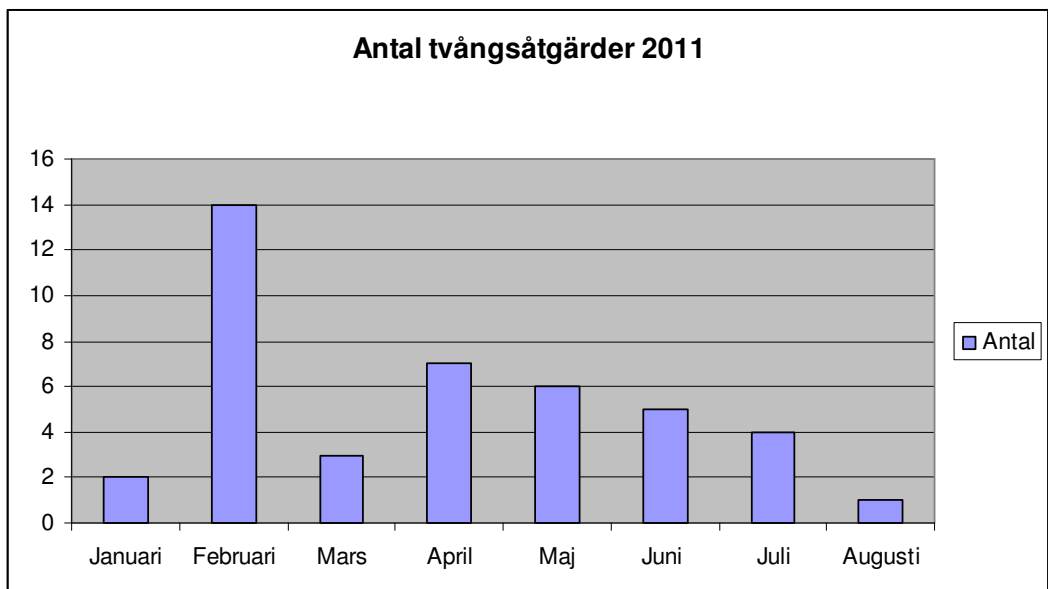
Övergripande mål: Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder

Mätbart mål:	<p>Vi arbetar för att antalet tvångsåtgärder ska minska i antal då en tvångsåtgärd alltid är ett stort ingrepp i den personliga integriteten. Målet ska vara uppnått 30/9 2011.</p> <p>Vi har infört skattningsinstrumentet BVC för att tidigt kunna upptäcka signaler hos patienten för att förebygga hot och våld och därmed minska tvångsåtgärder. Målet är att alla nyinskrivna patienter skattas med BVC tre gånger per dygn i tre dygn. Målet ska vara uppnått 30/9 2011.</p>
Mätning:	<p>Mäta antalet tvångsåtgärder 1 gång per månad genom att räkna antalet dokumenterade tvångsåtgärder via journalgranskning.</p> <p>Mäta antalet BVC-skattningar 1 gång per vecka genom att räkna antalet dokumenterade skattningar via journalgranskning.</p>

Resultat med
förklaring
och
kommentarer:



Vi har räknat BVC-skattningar genom journalgranskning från vecka 16 1 gång per vecka för att följa upp att skattningarna utförs. Skattningen ska göras 3 gånger per dygn i 3 dygn på nyinskrivna patienter. Varje onsdag har vi granskat journaler för de nyinskrivna patienterna föregående vecka måndag- söndag.



Vi började mäta antalet tvångsåtgärder 1 gång per månad samtidigt som vi började mäta BVC. Som tvångsåtgärder avsågs bältesläggning, injektion under fasthållning, avskiljning och inskränkning av elektroniska kommunikationsmedel.

Övergripande mål: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder

Mätbart mål:	Alla patienter som blivit föremål för en tvångsåtgärd ska erbjudas ett uppföljande samtal innan utskrivning. Målet ska vara uppnått 30/9 2011.
Mätning:	Mäta antalet uppföljande samtal samt patientens skattning av förståelsen för varför tvångsåtgärden utförts. Detta för att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärden.
Resultat med förklaring och kommentarer:	Efter att ha provat oss fram och omarbetat mallarna har vår första mätning genomförts utifrån halvstrukturerade intervjuer med en skala för patientens skattning av förståelse. Uppföljande samtal utifrån denna struktur har gjorts med tre patienter under juli månad. Skalan är 1-4. 1=ingen förståelse alls, 2 = förståelse till viss del, 3= förståelse efter samtal, 4=full förståelse. Två patienter skattade 4 och en patient 3. Således för litet material ännu för att redovisa resultat i ett diagram.

Övergripande mål: Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder

Mätbart mål:	Personalens kunskap gällande LPT/ÖPT och lokala rutiner vid tvångsvård. Mätningen kommer att ske via enkätundersökning.
Mätning:	Ny enkätundersökning kommer att genomföras under hösten 2011 efter utförd utbildning.
Resultat med förklaring och kommentarer:	Arbetet med detta är under utveckling och därför kan resultat ännu inte redovisas.

Våra genomförda tester/förändringar

BVC-skattning: I syfte att förebygga hot och våld och därmed minska tvångsåtgärder har vi infört en rutin för BVC-skattning på alla nyinskrivna patienter. Skattningen genomförs tre gånger per dygn i tre dygn samt vid behov. Skattningen dokumenteras i journalen. Ett nytt sökord har upprättats för detta samt anpassats till avdelningens rapportblad. I samband med att inskrivningsrutiner utförs påbörjas skattningen. Vid varje rapporteringstillfälle fördelas ansvaret för skattningen. På varje rond tas aktuella skattningar upp. Vi har introducerat ett åtgärdsförslag (se bilaga 3) som används av läkare och övrig personal när patienten skattar högre än 0 på skalan.

Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd: För att öka patientens förståelse och delaktighet under tvångsvården skapades en rutin för uppföljande samtal efter tvångsåtgärd. Vi utgick från mallarna som finns i Genombrottsprojektet och anpassade dem efter våra behov. Mallarna lämnades till representanter för patientorganisationer, IFS (Intresseföreningen för schizofreni) och RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa), för synpunkter. Uppföljande samtal sker med berörd personal när det bedöms vara lämpligt. Målet är att samtalet ska ske innan utskrivning. En "tvångsåtgärdsbok" har upprättats där information om tvångsåtgärden finns, samt där signering ska ske av uppföljande samtal.

Kontinuerliga möten med IFS och RSMH: Vi har initierat kontinuerliga möten med

intresseorganisationerna i syfte att öka delaktighet, förbättring och utveckling av vården. Ambitionen är att vi ska träffas var tredje vecka.

Våra genomförda aktiviteter

Testenkät har delats ut till all personal gällande LPT/ÖPT/lokala riktlinjer för tvångsvård för att inventera kunskapsnivån hos personalen.

På avd 10 B har vi haft en informations/utbildningsträff om Genombrottsprojektet, BVC och uppföljande samtal. Där ingick även ett fingerat patientfall med frågeställningar knutna till LPT/ÖPT, lokala riktlinjer avseende tvångsvård och tvångsåtgärder.

Vi har träffat IFS och RSMH för att påbörja ett samarbete gällande delaktighet och utveckling av vården. Vi har vid ett möte med Handikappföreningarnas samarbetsorgan (där IFS och RSMH ingår) informerat om vårt arbete med förbättringsåtgärder vid tvångsvård.

Ett åtgärdsförslag vid BVC-skattningar har arbetats fram.

SOAS-R är under introduktion och kommer att implementeras under senhösten 2011. SOAS-R är ett instrument för att kartlägga utlösande faktorer när hot – och våldssituation har uppstått, (se bilaga 4).

Ny vårdenhetschef tillträdde på 10 B i maj. Hon har blivit introducerad i arbetet med Genombrottsprojektet. Övriga vårdenhetschefer i länet har informerats om arbetet med Genombrottsprojektet som pågår.

Tre arbetskamrater är utsedda till genombrottsambassadörer för projektet. Dessa fungerar som en länk mellan teamet och övrig personal.

Samarbete med polisen i hela Hälsingland har påbörjats för att öppna en diskussion kring mottagande och överlämnande av tvångsvårdade patienter. Patienten är denna situation i ett utsatt läge och då är risken för hot och våld stor. Två möten har genomförts och ytterligare träffar är planerade under hösten 2011.

Teamet, enhetschefer och ambassadörer för projektet har varit till St:Görans sjukhus, avd 2 och 24 som även ingår i projektet. Syftet var att utbyta erfarenheter kring Genombrottsprojektet och patienter som vårdas under tvång.

Studiebesök på Neuropsyk i Bollnäs är planerat under hösten 2011. Denna privatägda klinik vårdar svårt sjuka och utåtagerande patienter. Vi är intresserade av deras förhållningssätt utifrån att de ej kan använda tvångsåtgärder.

Nytt sökord i vår datajournal har skapats för BVC. En riskbedömning per dygn öppnas, där finns förmiddag, eftermiddag och natt att fylla i. Det är lättöverskådligt och hela dygnets skattningar finns på samma ställe.

Lathund för BVC har upprättats.

Vi har utarbetat en metod för att säkerställa att alla patienter har en upprättad omvårdnadsplan inom 48 timmar. Upprättande av omvårdnadsplan ingår som en del i våra

inskrivningsrutiner.

Teamträffar har påbörjats en gång per vecka avseende omvårdnadsplanering för patienterna.

Så här har vi involverat våra patienter och närstående i förbättringsarbetet

På våra avdelningar har vi informerat patienterna via anslagstavla och muntligt i samband med t ex uppföljande samtal.

Kontinuerlig information förs till intresseföreningarna – där många anhöriga till våra patienter är aktiva - via möten. Vi har efterfrågat synpunkter på förbättringsåtgärder och bedriver en fortlöpande dialog.

Så här går vi vidare

Alla i teamet har upplevt arbetet med projektet mycket positivt och kommer att arbeta vidare med utvecklingsarbete enligt modellen.

Vi fortsätter följa upp och genomföra de aktiviteter som påbörjats i nuvarande projekt, bland annat implementering av SOAS-R och utbildning för personal gällande LPT/ÖPT.

Vuxenpsykiatri Landstinget Gävleborg kommer att delta i Genombrottsprojekt även 2012.

Diskussion

Framgångsfaktorer för projektet har varit engagerade chefer som bidragit till att projektet hållits levande samt vårdsamordnare som funnits på plats under hela projekttiden. Teamets sammansättning har fungerat väl. Ambassadörerna har betytt mycket för implementeringsarbetet samt stärkt kontinuiteten i projektet.

Ett misstag begicks i början av projektet då vi kasserade testenkäterna för personalen efter att ha sammanställt svaren. På grund av detta kunde inte diagram redovisas.

Samverkan med polisen har fallit väl ut. Vi har inlett kontinuerliga möten för att diskutera överlämnandet och mottagandet av handräckta patienter. Båda parter upplever detta värdefullt då det öppnar en förståelse för varandras verksamheter som i slutändan gynnar patienten.

Dialogen med intresseföreningarna har bland annat lett till att patienter som har dåliga erfarenheter av tvångsvård har trätt fram. För dessa patienter erbjuds samtal med personal från psykiatri.

Det har varit en turbulent vår och sommar med varsel om uppsägningar som har verkställts, en total ombyggnation av en sjukhusdel där en avdelning flyttat två gånger under sommaren, samt byte av vårdenhetschef för en av avdelningarna. Trots detta har

implementeringen av nya arbetssätt förlöpt förvånansvärt bra. Att avdelningarna arbetat tillsammans i projektet har inneburit en ökad förståelse för varandras verksamheter som lett till positiv effekt för samverkan.

Således kunde vi med glädje och stolthet presentera vårt arbete för vårdgrannar, landstingspolitiker och allmänhet vid invigningen av nya "Psykiatrins hus" i Hudiksvall september 2011.

Detta har vi lärt oss

- Våga testa
- Viktigt att utvärdera om en förändring är en förbättring
- Att förändring är möjligt trots svårigheter

För ytterligare information

Avd 10 A, vårdsamordnare Tina Kroon 0650-59 30 25

Avd 10 B, vårdsamordnare Ulla Ulfeldt 0650-59 30 20

BVC

SOAS-R

Instruktioner:

för skötare och sjuksköterskor att arbeta med
Bröset Violence Checklist (BVC) och Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R)

Vad är BVC?

BVC är en metod att förutsäga patienters risk för aggressivt utbrott eller våldsamhet under *kommande 24 timmar*, en slags farlighetsbedömning. Metoden har tagits fram på vetenskapligt sätt på ett rättspsykiatriskt sjukhus i Norge av en psykiatrisjuksköterska, Roger Almvik. Syftet har varit att bättre ta till vara observationer från sjuksköterskor och skötare när det gäller patienters riskbeteenden kopplade till våld.

Hur använder man BVC?

Ett beslut behöver tas på enheten om vilka patienter som ska mätas. Det kan t.ex. vara samtliga patienter under de tre första vårddygnen, de patienter som pga sin anamnes i samband med inskrivning identifieras som riskpatienter eller patienter som under pågående vårdtid bedöms som relevanta att mäta under en period.

BVC används tre gånger per dygn, en mätning görs per arbetspass:

- Dagpasset observerar patienterna mellan kl. 10-12
- Kvällspasset observerar patienterna mellan kl. 15-17
- Nattpasset observerar patienterna mellan kl. 21.30-23.30

Efter observationstiden fyller utsedd personal i en BVC-blankett för varje patient. BVC-blanketten innehåller sex olika beteenden och omfattar en veckas riskmätning. Utsedd personal, t.ex. en personal från respektive vårdlag eller en enda personal per pass, noterar med en **etta eller nolla** om den observerade patienten uppvisat något av dessa beteenden eller inte – en etta står för JA och en nolla för NEJ. Varje pass summerar aktuell mätning. Summan tolkas enligt följande:

0 = Ingen eller liten risk för våld under kommande 24 timmar.

1-2 = Måttlig risk för våld, förebyggande åtgärder **bör** vidtas. Rapporteras till nästa arbetspass samt till läkare på rond.

>2 = Stor risk för våld. Förebyggande åtgärder **ska** vidtas samt planering för hur ett eventuellt utbrott ska hanteras. Rapporteras till nästa arbetspass samt läkare senast på rond. Exempel på förebyggande åtgärder är att sätta in standardvårdplanen "Risk för våld mot andra" och/eller kontakt med läkare för ytterligare bedömning. Ifyllda BVC-blanketter förvaras i patientens journal. Efter utskrivning kan kodad eller aidentifierad kopia av blanketterna sparas separat för att få ut statistik.

Vad är SOAS-R?

Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R) är ett rapporteringsinstrument för aggressionsincidenter. Metoden är framtagen av Tom Palmstierna, psykiater som disputerade på denna metod.

HUR ANVÄNDER MAN SOAS-R?

SOAS-R används efter en aggressionsincident har inträffat. Aggressionen kan ha uttryckts i hot om våld eller genom annan våldshandling. Den eller de i personalgruppen som uppfattat detta som en aggressionsincident fyller i en SOAS-R blankett, flera blanketter kan användas för samma incident om personalens upplevelse är olika. Flera aggressionsincidenter som inträffar inom en kortare tidsperiod (ca 1 tim) kommer bedömas som en incident (men kan ha flera SOAS-R blanketter ifyllda).

Ifyllda SOAS-R-blanketter förvaras i patientens journal. Efter utskrivning kan kodad eller aidentifierad kopia av blanketterna sparas separat för att få ut statistik. För statistiken kan även en nyckel för bedömning av incidentens allvarlighetsgrad läggas till.

BILAGOR

BVC-blankett
SOAS-R blankett

Bröset Violence Checklist – BVC

1 = förekomst av beteendet

0 = ingen förekomst

BVC beteende	Definition
Förvirring	Beter sig uppenbart virrigt och desorienterat. Kan vara omedveten om tid, plats och person.
Retlig	Lättirriterad och retlig. Oförmögen att tolerera andras närvaro.
Bullrig	Ett uppenbart bullrigt och ljudligt beteende, t ex slå i dörrar, skrika istället för att tala.
Fysiskt hotfull	En tydlig avsikt att kroppsligen hota en annan person, t ex en aggressiv kroppshållning, ta tag i någon annan persons kläder, hötta med knytnäven.
Verbalt hotfull	Ett verbalt utbrott som är mer än att bara höja rösten och har för avsikt att förödmjuka eller skrämja annan person.
Attackerar föremål	En direkt attack mot ett föremål och inte en person, t ex kasta saker, slå på eller krossa fönster. Sparka, slå eller skalla ett föremål eller slå sönder möbler.

R. Almvik

ABJ 2000-10-10/Challden

År: _____

Avd: _____

BVC - Bröset Violence Checklist

Måndag /	Dag	Kväll	Natt
Förrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
Summa			
Signatur			

Tisdag /	Dag	Kväll	Natt
Förrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
Summa			
Signatur			

Onsdag /	Dag	Kväll	Natt
Förrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
Summa			
Signatur			

Torsdag /	Dag	Kväll	Natt
Förrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
Summa			
Signatur			

Freitag /	Dag	Kväll	Natt
Förrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
Summa			
Signatur			

Lördag /	Dag	Kväll	Natt
Förrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
Summa			
Signatur			

Söndag /	Dag	Kväll	Natt
Förrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
Summa			
Signatur			

Frånvaro av symptom/beteende ger 0 poäng.
 Förändring i, eller förekomst av beteende ger 1 poäng
 (t ex är pat vanligtvis förrad ger detta 0 poäng, men ökar förringen ges 1 poäng).
 Totalpoäng (Summa) är summan av vertikal kolumn.
 Bedömning:
 Summa:
 = ingen eller liten risk för våld
 1-2 = måttlig risk för våld, förebyggande åtg bör vidtas
 > 2 = hög risk för våld. Förebyggande åtg bör vidtas och man bör planera för hur ett eventuellt utbrott skall hanteras



Åtgärdsförslag vid skattning över 0 på BVC

Utforska orsak

Samtal

Aktivitet, ex promenad

Individuella strategier

Erbjuda medicin

Kalla in extrapersonal

Avskiljning

Bältesläggning

Tvångsmedicinering

Diskutera/samråd alltid med arbetslaget!

Bilaga 4

Landstinget Gävleborg Vuxenpsykiatriska kliniken Avd/Enhet:		Personnummer:		
SOAS-R: AGGRESSIONSRAPPORTBLAD (Staff Observation Aggression Scale-Revised)		Namn:		
Hur började aggressionen?	Vad använde patienten?	Vart riktades aggressionen	Vad hände/ skadades	Hur lugnades patienten
<input type="checkbox"/> Ej provocerad Provocerad av: <input type="checkbox"/> Medpatienter <input type="checkbox"/> ADL-hjälp <input type="checkbox"/> Nekas förmån <input type="checkbox"/> Krav från personal, ex medicinerig <input type="checkbox"/> Tillrättavisas av Personal. <input type="checkbox"/> Annat: _____ _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ord, ej hot <input type="checkbox"/> Ord, fysiskt hot Vanliga föremål: <input type="checkbox"/> Stol <input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> Annat: _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ Egna kroppen: <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Fot <input type="checkbox"/> Tänder (bits) <input type="checkbox"/> Annat: _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ Farliga föremål eller metoder: <input type="checkbox"/> Strypgrepp <input type="checkbox"/> Kniv <input type="checkbox"/> Sax <input type="checkbox"/> Annat: _____ _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ingen/Inget <input type="checkbox"/> Annat föremål <input type="checkbox"/> Vårdpersonal <input type="checkbox"/> Patienten själv <input type="checkbox"/> Medpatient <input type="checkbox"/> Annan person <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Inget/ingen Skada Föremål: <input type="checkbox"/> Skadat, användbart <input type="checkbox"/> Skadat, kasseras <input type="checkbox"/> _____ Personer: <input type="checkbox"/> Kände sin säkerhet hotad <input type="checkbox"/> Fick ont < 10 min <input type="checkbox"/> Fick ont > 10 min <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Fick synlig skada, t ex blåmärke, rivsår mm <input type="checkbox"/> Behövde behandling, t ex vila, värktablet, bandage <input type="checkbox"/> Behövde läkarvård <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Av sig själv <input type="checkbox"/> Samtal med pat <input type="checkbox"/> Fördes bort <input type="checkbox"/> Fick läkemedel (tabl, flytande) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Fick injektion <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Måste fasthållas <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Isolering i avskilt rum <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Bältesläggning <input type="checkbox"/> _____
Datum: _____		Klockslag: _____		Sign: _____
Vid varje aggressionstillfälle från patienten görs markering för tidpunkt samt markeringar i alla tillämpliga rutor, minst ett kryss i varje kolumn. Rapporteringen avser alla aggressionstillbud, adekvata som inadekvata				

SOAS-R Nijman/Palmstierna 1987/1998

Datum: _____

Patient: _____

Personal: _____

Uppföljande samtal efter inskränkning av elektroniska kommunikationsmedel

1. Vad tror Du var anledningen till att du fick inskränkning av elektronisk kommunikationsmedel?

- Ge vår version.... Förklara varför...

2.a) Hade personalen kunnat agera annorlunda för att undvika inskränkning?

b) Hade Du kunnat agera annorlunda för att undvika inskränkning?

3.a) Hur upplevde Du tiden under inskränkning?

b) Kan inskränkning ha hjälpt Dig?

4. Var Du införstådd med vad det innebar att få inskränkning av elektronisk kommunikationsmedel?

5. Har Du förståelse för varför du fick inskränkning?

Nej inte alls

Nja, stämmer
Till viss del

Ja, efter samtal

Ja

1

2

3

4

Datum: _____

Patient. _____ Personal: _____

Uppföljande samtal efter tvångsmedicinering

1, Vad tror du orsaken var till att du blev tvångsmedicinerad?

- Ge vår version... förklara varför...

2, Fick du information om den medicin du skulle tvångsmedicineras med?

3, Hur upplevde du att du blev behandlad av personalen när du skulle tvångsmedicineras?

- Resonera kring svaret...

4, Kunde personalen ha gjort något så att tvångsmedicineringen hade varit lättare att acceptera?

5, Fick du information om vad det innebar att bli tvångsmedicinerad?

6, Har du förståelse för att du blev tvångsmedicinerad?

Nej inte alls	Stämmer till viss del	Ja, efter samtal	Ja
1	2	3	4

Hur gick samtalet?

Datum: _____

Patient: _____ Personal: _____

Uppföljande samtal efter bältesläggning

1, Vad tror du orsaken var till att du blev lagd i bälte?

- Ge vår version... förklara varför...

2, Försökte du att tala om för personalen att du behövde stöd eller hjälp innan du blev lagd i bälte?

3, a) Vad kunde personalen eventuellt ha gjort för att undvika att du blev lagd i bälte?

b) Kunde Du själv ha gjort något annorlunda?

4, Hur upplevde du den tid du var i bälte?

5, Hur behandlade personalen dig när du låg i bälte?

6, Hade du smärtor eller andra obehag när du låg i bälte?

7, Fick du information när du låg fastspänd om hur länge du skulle ligga i bälte?

8, Har du förståelse för att du blev lagd i bälte?

Nej inte alls	Stämmer till viss del	Ja, efter samtal	Ja
1	2	3	4

Hur gick samtalet?

Datum: _____

Patient: _____ Personal: _____

Uppföljande samtal efter avskiljande

1, Vad tror du orsaken var till att du blev avskild på rummet?

- Ge vår version... förklara varför...

2, Försökte du att tala om för personalen att du behövde stöd eller hjälp innan du blev avskiljd på rummet?

3, a) Vad kunde personalen eventuellt ha gjort för att undvika att du blev avskiljd på rummet?

b) Kunde Du själv ha gjort något annorlunda?

4, Hur upplevde du den tid du var avskiljd på rummet?

5, Var du införstådd om vad det innebär att vara avskiljd?

6, Har du förståelse för varför du blev avskild?

Nej inte alls	Nja stämmer till viss del	Ja, efter samtal	Ja
1	2	3	4

Hur gick samtalet?

Medarbetarenkät

Din arbetsplats är med i ett förbättringsarbete/genombrottsprogram med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder. Alla enheter som deltar kommer regelbundet att genomföra medarbetarenkäter. Syftet är att i grova drag följa hur medarbetarnas uppfattningar förändras i takt med att förbättringsarbetet fortskrider. Hjälp oss genom att ge Din syn på hur Du upplever att det är på Din arbetsplats. Kryssa för det alternativ som Du tycker beskriver Din situation bäst.

I vilken mån instämmer Du med följande påståenden?	Stämmer inte alls	2	3	4	Stämmer helt
1. Jag känner till de rutiner/riktlinjer angående tvångsåtgärder som finns på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag upplever att alla på min arbetsplats följer de rutiner/riktlinjer angående tvångsåtgärder vi har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag har möjligheter att föra dialog och att lyfta oklarheter kring tvångsåtgärder på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jag upplever att tvångsåtgärder alltid används i rätt situationer och i rätt omfattning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag känner mig trygg i hur jag ska göra i samband med användandet av tvångsåtgärder vid vård av patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Anser du att det finns behov av att förbättra/utveckla rutinerna/riktlinjerna samt användandet av tvångsåtgärder? I så fall hur?

I = Hur involverad är du i det praktiska förändringsarbetet?		V = Hur viktigt anser du att förändringsarbetet är?	
4 = Helt och hållet involverad	<input type="checkbox"/>	4 = Av allra största betydelse	<input type="checkbox"/>
3 = Jag deltar i vissa aktiviteter/tester	<input type="checkbox"/>	3 = Av stor betydelse	<input type="checkbox"/>
2 = Jag deltar inte, men känner till förändringsarbetet	<input type="checkbox"/>	2 = Av liten betydelse	<input type="checkbox"/>
1 = Jag känner inte till att det pågår ett förändringsarbete	<input type="checkbox"/>	1 = Av ingen betydelse	<input type="checkbox"/>

8. Övriga synpunkter?

Vid behov använd gärna baksida