

PROJEKTRAPPORT GENOMBROTTSPROGRAM VI

TEAM NR: 97

Deltagande avdelning och teamdeltagare

Äldrepsykiatriska vårdavdelningen i Umeå Team 97

Avdelningschef Sara Hannuksela-Oscarsson

Överläkare Håkan Edvardsson

Sektionschef Lena Schaeder

Sjuksköterska Gertrud Ahlström

Sjuksköterska Evelina Eriksson

Skötare Jenni Backlund

Skötare Tommy Rönnlund

Sammanfattning

I vårt förberedelsearbete fann vi att det fanns en osäkerhet i lagstiftning och de lokala rutinerna omkring tvångsåtgärder. Vårt syfte med att delta i projektet var att göra dessa rutiner mera kända och tillvarata patienternas upplevelser av tvångsåtgärder för att förbättra vården. Vi ville också bibehålla det relativt låga antalet tvångsåtgärder. Vi ville även att vårt förbättringsarbete skulle leda till en tryggare miljö för patienter och personal samt ett ökat patient- och anhörigfokus.

Arbetsplatsträffar, korta avdelningsmöten och projektdagar har fungerat som forum för genomgång av projektet förutom teamets egna träffar.

Bakgrund/problembeskrivning:

Verksamhetschef och ledningsgrupp motiverade klinikens vårdavdelningar att delta i förbättringsarbete omkring tvångsvård, och vårdavdelning 3 med inriktning mot äldre anmälde sitt intresse att delta. Vi hade hört positiva åsikter från tidigare team som deltagit från kliniken. En ansökan gjordes till SKL och vi fick godkännande att delta. På en arbetsplatsträff informerades om projektet och personal som kände att de ville jobba med förbättringsarbete i syfte att minska tvång och förbättra vården fick anmäla sig. Det var flera intresserade som anmälde sig så lottning fick ske. Ingen i gruppen har bytts ut under projektets gång utan alla har varit kvar i arbetet omkring detta.

De som utsågs var en sköterska på natten, en på dagen, samt två skötare och sektionschef. Självklara deltagare var avdelningschef samt överläkare på avdelningen.

Den äldrepsykiatriska slutenvårdsavdelningen (Psyk avd 3) tillhör den äldrepsykiatriska enheten på den psykiatriska kliniken i Umeå och ingår i ett block där Äldrepsykiatrisk öppenvård ingår samt Enheten för ECT och uppföljning.

Avdelning 3 är en akutpsykiatrisk vårdavdelning med dygnet-runt-intag. Vår målgrupp är patienter över 65 år och patienter med kroniskt psykiskt funktionshinder över 60 år. Avdelning 3 har 13 vårdplatser men det är vanligt med överbeläggningar. Avdelningen är indelad i två vårdlag, där varje patient vid inläggning får en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en skötare som kontaktpersoner. Vanliga inläggningsorsaker hos oss är olika psykossjukdomar, depression och ångest tillstånd. Då vi vårdar i huvudsak äldre patienter så har många även somatiska sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes mm.

Vi får också med jämna mellanrum inläggningar av patienter med en demensdiagnos med komplikationer eftersom Psykogeriatriken inte har ett akutintag här i Umeå. Det förekommer även övertag från somatiska avdelningar där exempelvis patienter med hjärnskador med utagerande eller aggressivt beteende på grund av somatisk sjukdom, ej går att vårda på öppen somatisk avdelning.

Vi har de senaste åren noterat att en ökad andel patienter vi vårdar initialt behöver vårdas enligt

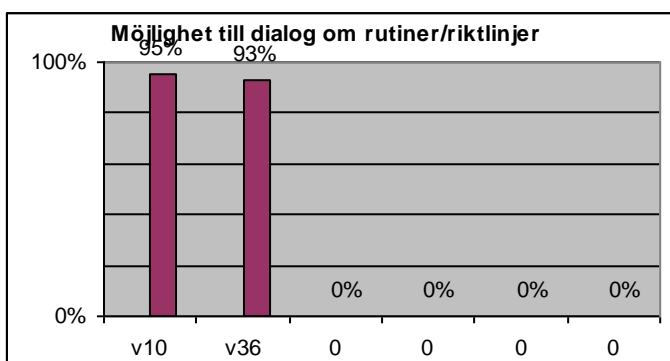
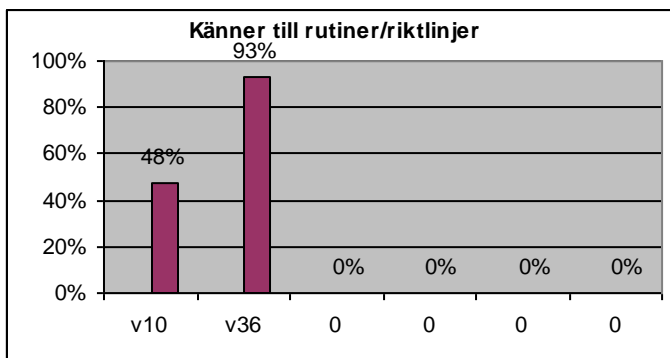
lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Några exakta uppgifter kring detta saknas, men ökat tryck på slutenvården tillsammans med minskat antal vårdplatser inom somatik, geriatrik och även psykiatri antas ligga bakom.

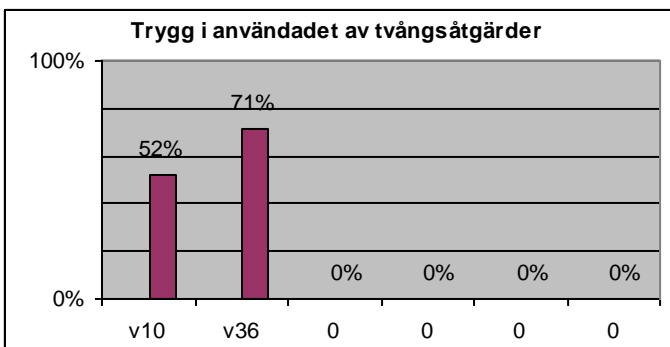
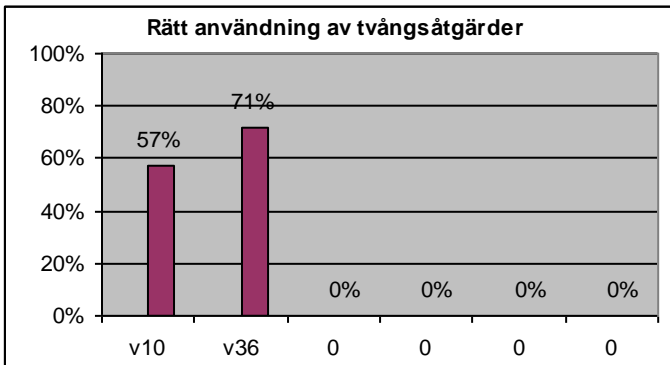
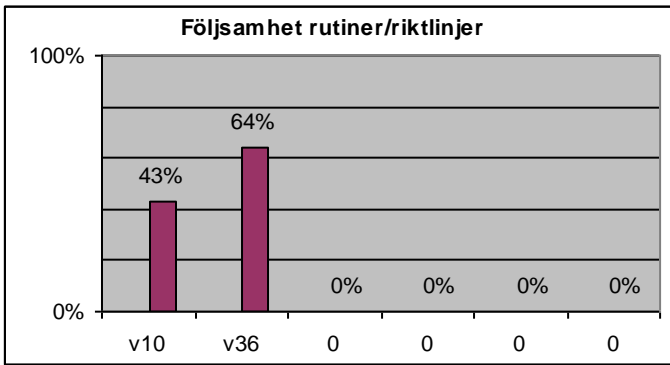
Vi har ett nära samarbete med den Äldrepsykiatriska öppenvårdsmottagningen som deltar i patientens planering av vård efter utskrivning samt följer patienten via egna öppenvårdsplaner.

Vi har ofta samordnade vårdplaneringar med kommun, öppenvård och anhöriga inför utskrivning för att tillgodose patientens behov av vård och stöd i hemmet efter vårdtiden. Det är mycket vanligt med ett ökat stöd efter utskrivning som kan bestå av hjälp med annan boendeform, läkemedelsintag, mat, hjälp med hygien etc.

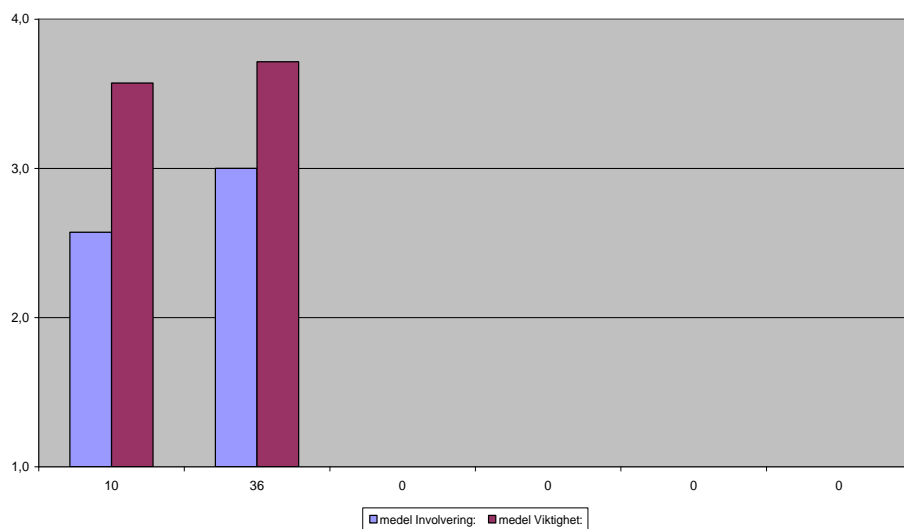
Under förberedelsearbetet kartlades hur många tvångsåtgärder vi utförde under oktober 2011-februari 2012. Det rörde sig om totalt 10 st. Vi utförde således inte särskilt många tvångsåtgärder under denna period. Upplevelsen är att periodens mätning ger en ganska rättvisande bild av hur det brukar se ut. Inför starten av projektet (vecka 10) genomfördes en medarbetarenkät och ett kunskapstest som visade på bristande kunskap kring de lokala rutinerna vid tvångsåtgärder. Vi hade heller ingen rutin för eftersamtal vid tvångsåtgärder vilket upplevdes som en uppenbar brist och något vi verkligen ville jobba med. En uppföljande mätning gjordes efter utbildning (vecka 36) som visade på ett ökat resultat.

Nedanstående diagram visar hur svaren på medarbetarenkäten såg ut:





Engagemang i förändringsarbetet



Syfte

Förbättra medarbetarnas kunskaper om våra lokala rutiner rörande tvångsåtgärder i syfte att skapa en ökad trygghet för både medarbetare och patienter när tvångsåtgärder är nödvändiga.

Tillvarata patienternas upplevelser och öka graden av begriplighet av utförda tvångsåtgärder genom införande av strukturerade eftersamtal.

Öka patientdelaktigheten genom att bättre tillvarata individuella önskemål om vårdinnehåll redan vid inläggningssamtalet.

Våra mål, mätningar och resultat

Övergripande mål: Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder

Mätbart mål:	1) Inte överskrida, om möjligt minska, det relativt låga antalet tvångsåtgärder. Det innebär max 10 tvångsåtgärder på ett kvartal, d v s max 40 per år.																																							
Mätning:	Journalgranskning varje kvartal.																																							
Resultat med förklaring och kommentarer:	<p style="text-align: center;">Kumulativt antal tvångsåtgärder Team 97 2012</p> <table border="1"><thead><tr><th>Månad</th><th>Kumulativt antal</th><th>Målvärde</th></tr></thead><tbody><tr><td>Oktober</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>November</td><td>3</td><td>6</td></tr><tr><td>December</td><td>6</td><td>10</td></tr><tr><td>Januari</td><td>6</td><td>13</td></tr><tr><td>Februari</td><td>7</td><td>16</td></tr><tr><td>Mars</td><td>10</td><td>20</td></tr><tr><td>April</td><td>19</td><td>23</td></tr><tr><td>Maj</td><td>32</td><td>26</td></tr><tr><td>Juni</td><td>42</td><td>30</td></tr><tr><td>Juli</td><td>44</td><td>33</td></tr><tr><td>Augusti</td><td>45</td><td>37</td></tr><tr><td>September</td><td>45</td><td>40</td></tr></tbody></table>	Månad	Kumulativt antal	Målvärde	Oktober	2	3	November	3	6	December	6	10	Januari	6	13	Februari	7	16	Mars	10	20	April	19	23	Maj	32	26	Juni	42	30	Juli	44	33	Augusti	45	37	September	45	40
Månad	Kumulativt antal	Målvärde																																						
Oktober	2	3																																						
November	3	6																																						
December	6	10																																						
Januari	6	13																																						
Februari	7	16																																						
Mars	10	20																																						
April	19	23																																						
Maj	32	26																																						
Juni	42	30																																						
Juli	44	33																																						
Augusti	45	37																																						
September	45	40																																						

	<p>Under perioden oktober 2011 till och med september 2012 utförde vi sammanlagt 45 tvångsåtgärder, med en tydlig topp under månaderna mars-juni. Denna korta period med många tvångsåtgärder gör att vi inte har nått vårt uppsatta mål på maximalt 40 tvångsåtgärder per år. Vi presenterar orsakerna till denna ökning av tvångsåtgärder mer ingående under rubriken Diskussion.</p>
--	---

Övergripande mål: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder

<p>Mätbart mål:</p>	<p>2 a) 100 % av de som utsatts för tvångsåtgärder ska erbjudas eftersamtal.</p> <p>2 b) 100 % av alla som varit utsatta för tvångsåtgärder ska på en VAS skala 1 till 10 skatta minst 7 på en fråga om begriplighet. Detta ska ske vid eftersamtalet.</p> <p>2 c) Minst 80 % av de som erbjudits eftersamtal ska ha tackat ja och samtalet ska genomföras så snart som möjligt utifrån patientens mående.</p>															
<p>Mätning:</p>	<p>2 a) Vi mäter genom att använda frågeformuläret <i>Eftersamtal efter tvångsåtgärd</i> (se bifogad bilaga 1), där begripligheten skattas med VAS-skala där 1 står för ingen begriplighet och 10 för full begriplighet. Mätningen görs i intervjuform, och inte som enkät.</p>															
<p>Resultat med förklaring och kommentarer:</p>	<div data-bbox="432 1055 1150 1592" data-label="Figure"> <p style="text-align: center;">Eftersamtal psyk avd 3</p> <table border="1"> <caption>Data for Eftersamtal psyk avd 3</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Antal</th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Antal</td> <td>8</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Erhållna</td> <td>5</td> <td>62%</td> </tr> <tr> <td>Ej erbjudna</td> <td>2</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Ville ej</td> <td>1</td> <td>12%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>2 b) <i>Samtliga</i> patienter som deltog i eftersamtalet har <i>efter</i> eftersamtalet på en VAS-skala 1 till 10 skattat 10 på begripligheten av tvångsåtgärden. Målet var att samtliga åtta berörda patienter skulle erbjudas eftersamtal, men två av de aktuella patienterna blev <i>ej erbjudna</i> samtal på grund av deras grava hjärnskador som omöjliggjorde eftersamtalet.</p> <p>2 c) Av de åtta patienter som utsatts för tvångsåtgärder var det en patient som <i>ej ville</i> medverka till eftersamtal. Tiden mellan den aktuella tvångsåtgärden och eftersamtalet har varierat beroende på olika faktorer. I vissa fall har vi inväntat att patientens psykiska tillstånd skall stabiliseras något innan eftersamtalet. I de fall då enskilda patienter</p>	Kategori	Antal	Procent	Antal	8	100%	Erhållna	5	62%	Ej erbjudna	2	25%	Ville ej	1	12%
Kategori	Antal	Procent														
Antal	8	100%														
Erhållna	5	62%														
Ej erbjudna	2	25%														
Ville ej	1	12%														

	vårdats med flera tvångsåtgärder under en kort period har eftersamtalet ibland fått spegla flera tvångsåtgärder. Vi har även tagit ett beslut att det skall vara någon ur personalen som varit med under själva tvångsåtgärden, och vad som föranledde den, som skall hålla i eftersamtalet. Därför har även personalens arbetsschema påverkat tidsrymden mellan tvångsåtgärd och eftersamtal.
--	--

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

Mätbart mål:	3) 100 procent av personalgruppen på avdelning 3 skall efter utbildning få minst 80 procent rätt på frågor gällande klinikens rutiner vid tvångsåtgärder.									
Mätning:	3) Teamet sammanställde ett kunskapstest (se bifogad bilaga 2) utifrån klinikens gemensamma riktlinjer kring tvångsåtgärder; där ett antal påståenden skall besvaras med "sant" eller "falskt".									
Resultat med förklaring och kommentarer:	<div style="text-align: center;"> <p>Kunskapstest psyk avd 3</p> <table border="1"> <caption>Data from Kunskapstest psyk avd 3</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Godkända</th> <th>Underkända</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maj 2012</td> <td>69</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Augusti 2012</td> <td>86</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>3) Kunskapstestet delades ut till personalgruppen på Projektplaneringsdagen – innan gruppen fått utbildning kring de aktuella riktlinjerna – för att få ett mätbart före-värde. Samma testformulär lämnades sedan ut vid senare tillfälle – efter utbildning – för att få ett nytt värde. Resultatet av kunskapstestet: vid första testtillfället blev 69 procent av personalgruppen godkända, dvs klarade minst 80 procent av testfrågorna. Vid det andra testtillfället blev 86 procent godkända.</p>	Månad	Godkända	Underkända	Maj 2012	69	31	Augusti 2012	86	14
Månad	Godkända	Underkända								
Maj 2012	69	31								
Augusti 2012	86	14								

Våra genomförda tester / förändringar:

Promenadgrupp:

Vi har under en period testat att införa fasta promenadtider – tisdagar och torsdagar kl. 13.00. Under testperioden, som varade i fem veckor, ombads de berörda patienterna att utvärdera sitt mående direkt efter promenaden. Vi bad dem att skatta sitt mående enligt följande: "Har mitt psykiska mående förbättrats efter att jag varit på promenad?". 80 procent av deltagarna svarade "Stämmer väl", och 20 procent svarade "Stämmer till viss del". Alltså upplevde 100 procent av testgruppen ett förbättrat psykiskt mående efter promenaden. Efter dessa fem veckor breddinfördes därför promenadgrupp. Personal har även noterat att antalet individuella promenader har ökat, inspirerat av det positiva utslaget från promenadgruppen.

Korridorsansvar:

Under LS2 dök idén om en "korridorsansvarig" upp, som vi tog upp som förslag på Projektplaneringsdagen. Tanken var att det alltid skulle finnas en personal avsatt för att enbart finnas tillgänglig ute bland patienterna i primärpreventivt syfte för att skapa en lugnare och säkrare miljö på avdelningen. Redan efter ett par dagars test lades dock försöket ner eftersom vårdtyngden gjorde att det inte gick att låsa en personal vid uppgiften. Personalen behövdes istället för att exempelvis sköta extravak. Personal uttryckte även känslor av stress över att inte hinna med dokumentation och andra obligatoriska sysslor under dagen. Idén har ändå satt fokus på ett behov, och personal vistas nu mer ute i korridor och dagrum.

Strukturerade läkarsamtal på fasta tider:

Vi har infört som rutin att överläkaren på avdelningen avsätter ett visst antal tider per dag där personal efter patienternas önskemål kan boka in samtalstid. Detta har medfört att patienten bättre kan planera sin dag. Personal på avdelningen har också observerat att detta system medfört minskad oro och stress i patientgruppen, och det har blivit lättare att få med deras anhöriga på dessa i förväg inplanerade läkarsamtal. Även personal upplever det positivt med tidsbokningen eftersom det då går att ge tydliga besked till patienten när denna skall få träffa sin läkare.

Underlagsmall vid inskrivning:

För att få ett tydligare patientperspektiv redan vid inläggningen på avdelningen gjordes en omformulering av mallen vi använder oss av vid inkomstsamtalet med patienten (se bilaga 3). Vi har bland annat lagt till frågor om hur patienten vill bli bemött, och hur vi kan se på denna att han/hon mår dåligt, samt ber om patientens medgivande att ta kontakt med anhöriga. Vi har nyligt börja använda den, och den ligger ännu öppen för ytterligare justeringar.

Våra genomförda aktiviteter:

Vi har utarbetat en mall utifrån för klinikkens gemensamma rutiner kring tvångsåtgärder; kortfattade och enkla punkter steg för steg (se bilaga 4).

Skriftligt prov av tvångsåtgärder har utformats för personal och testats före och efter utbildning.

Promenadgrupp är testat, utvärderat och breddinfört.

Vi har haft två planeringsdagar omkring förbättringsarbete/tvång (se bilaga 5), där hela personalgruppen har deltagit.

Översyn och omformulering av underlagsmall vid inkomstsamtal är gjord (se bilaga 3).

Vi har infört som rutin att hålla eftersamtal med berörd patient efter behandling med tvångsåtgärder.

Korridoransvarig personal har testats, för att skapa en lugnare och säkrare miljö på avdelningen. Detta blev inte infört som rutin på avdelningen, eventuellt kommer ansvarsområdet att modifieras.

Patienterna erbjuds nu fasta tider för läkarsamtal.

För att öka anhörigas känsla av delaktighet så har vi lämnat ut en anhörigenkät där vi ber om synpunkter på förslag och förbättringar. Utifrån de svar vi fick på enkäterna har vi utformat ett informationsblad som vi lämnar ut till anhöriga vid närståendes inskrivning på avdelningen, samt fått många bra tips kring både bemötande och andra praktiska frågor.

Psykiatriska kliniken i Umeå har tagit fram en gemensam kompetensplan med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder. Se bilaga 8.

Så här har vi involverat våra patienter och närstående i förbättringsarbetet:

En förslagslåda för patienter att lämna förbättringsförslag i har installerats på synlig plats inne på avdelningen.

Vi har skapat en enkät (se bilaga 6) som lämnas ut till anhöriga där vi försöker fånga upp deras upplevelse av vårdtiden, samt ber om synpunkter och förslag på förbättringar.

Av enkäten framgick att de anhöriga överlag upplevde att personalen gett ett gott bemötande på avd 3. Gällande praktisk information som besökstider, rondstruktur, telefonnummer osv. framkom att det inte utgått någon direkt information, utan att man fått fråga sig fram. På frågan

om man som anhörig till en patient på avd 3 känt sig delaktig i patientens vård, var vissa nöjda medan andra upplevde att de inte fått den kontinuerliga kontakt med vårdpersonalen på avdelningen som de önskat.

Kontinuerliga läkarsamtal, med anhöriga och framförallt med patienterna var också ett önskemål som framkom. Den fysiska miljön på avdelningen var också någonting som anhöriga varit kritiska till, med omoderna och överbelagda patientrum.

Med anledning av de önskemål som framkommit i anhörigenkäten har vi formulerat ett informationsblad till anhöriga med praktisk information och avdelningsrutiner, som lämnas ut i samband med inläggning på avdelningen (se bilaga 7).

Så här går vi vidare:

Fortsätta med redan införda aktiviteter såsom promenadgrupp, eftersamtal vid tvångsåtgärder samt strukturerade läkarsamtal.

Kontinuerligt fortsätta mäta antalet tvångsåtgärder som ett slags egenkontrollsredskap.

Vi har redan efterlyst utbildning kring hur vi bättre kan bemöta patienter med demens och hjärnskador, eftersom vi är övertygade om att detta kan minska antalet tvångsåtgärder ytterligare.

Vi kommer att införa planerade träffar i smågrupper, två gånger i månaden, där vi kan bolla idéer och komma med ytterligare förbättringsförslag.

Diskussion:

När vi gick in i projektet var vi en avdelning som var ovan vid tvångsåtgärder, och en enkätundersökning som gjordes i personalgruppen vid projektets början visade på att det mycket riktigt fanns en osäkerhet kring LPT-lagen och rutinerna vid tvångsåtgärder. Vi hade en utbildningsdag med information om gällande lagstiftning och gick även igenom klinikens gemensamma rutiner. Under våren 2012 hade vi dessvärre fler tvångsåtgärder än vanligt, vilket medförde att personal fick erfara praktiskt hur bältesläggningen går till. Detta pga tre särskilt vårdkrävande patienter som tillsammans stod för den största delen av antalet tvångsåtgärder. En förklaring till att det blev så många tvångsåtgärder på just dessa patienter var att deras nedsatta kognitiva förmåga relaterat till olika grader av hjärnskador, samt demensutveckling. Två av dessa vårdades inte på avdelning i första hand för psykisk sjukdom, utan hade ett utåtagerande aggressivt beteende och behövde därför vistas på låst avdelning. De tvångsåtgärder som gjordes på dessa två patienter berodde på att de framförallt utgjorde fara för andras säkerhet, eller inte kunde medverka i omvårdnadssituationer såsom toalettbestyr, medicinintag och duschning. Att det till en början blev upprepade tvångsåtgärder på dessa patienter kan delvis förklaras av deras

begränsade förståelse till sin situation och handlande, men även en okunskap från personals sida om hur vi ska bemöta patienter med denna problematik. Eftersom vi tar emot allt fler patienter med demens- och hjärnskador är detta ett område vi behöver lära oss mer om - hur man bemöter patienter med hjärnskador och demenssjukdom. Den tredje patienten som stod för ett stort antal tvångsåtgärder är sedan länge känd på kliniken, med komplex sjukdomsbild och mycket svår att behandla.

Tack vare utbildning i lagstiftning och rutiner, samt att vi under våren 2012 frekvent var nödgade att använda tvångsåtgärder i större utsträckning har gjort att personalgruppen nu känner sig säkrare i att använda tvång i vården. Något som vi tror kommer att spegla sig i nästa medarbetarenkät.

Som ett förbättringsarbete kring tvångsåtgärder har vi infört eftersamtal med berörd patient där vi går igenom vad som föranledde tvångsåtgärden, patientens upplevelse av den och personalens agerande i situationen. Vi försöker även tillsammans med patienten resonera oss fram till vad som kunde gjorts annorlunda för att förhindra tvångsåtgärden. Detta har varit mycket uppskattat av både patienter och personal som deltog i eftersamtalet. Vi tror även att detta eftersamtal i förlängning kan minska antalet tvångsåtgärder eftersom vi öppnat en dialog mellan patient och personal och bättre vet hur vi kan agera nästa gång vi ställs inför en liknande situation.

Vi på avdelning 3 har även känt att det saknats en tidig dialog med anhöriga till de patienter som vårdas hos oss. Vår patientgrupp har ibland inte förmågan att beskriva sina problem på ett adekvat vis, eller ge en bra bild av mående och hemsituation beroende på kognitiv svikt. Vi vill bli bättre på att fånga upp anhörigas erfarenheter i ett tidigare skeende under vårdtiden. Ofta får vi denna information först när det närmar sig utskrivning och anhöriga kallas till vårdmöte. Ett önskemål om medgivande från patienten att ta kontakt med anhöriga har därför tagits med i den nya mallen till inskrivningsamtalet.

Detta har vi lärt oss:

I ett sådant här förändringsarbete behövs ett tydligt forum med kontinuerliga träffar för informationsspridning för att nå ut till resten av arbetsgruppen. Det har vi saknat litegrann. Arbetsplatsträffarna exempelvis har ett väldigt begränsat tidsutrymme, och det är bara en liten del av personalgruppen som deltar vid varje träff. Planeringsdagen i maj gav projektet ett uppsving, eftersom hela arbetslaget kunde träffas och diskutera syftet och bolla idéer. Ytterligare en heldag är avsatt för hela personalgruppen i september.

Genombrottsprogrammet inleddes då det var svajigt i personalgruppen pga sjukskrivningar, vidareutbildningar samt omplacering av personal. Energin och entusiasmen inför att göra förändringar i sitt arbetssätt var inte alltid hög. Nya idéer mottogs ibland med skepsis och ett problemfokuserat tankesätt – man såg inte möjligheterna utan oroade sig över allt som kunde gå fel. Promenadgruppen är ett exempel på detta. Det blev mycket diskussioner om det praktiska kring denna aktivitet,

men när den väl var inarbetad fungerade den oväntat bra.

Ofta tror man att nya aktiviteter och förändrade rutiner innebär ett merarbete, fast det i själva verket underlättar och förbättrar verksamheten.

För ytterligare information:

Avdelningschef Sara Hannuksela-Oscarsson (Sara.Oscarsson-Hannuksela@vll.se)

Överläkare Håkan Edvardsson (Håkan.Edvardsson@vll.se)

Sektionschef Lena Schaefer (Lena.Schaefer@vll.se)

Sjuksköterska Gertrud Ahlström ([Gertrud.Ahlström@vll.se](mailto:Gertrud.Ahlstrom@vll.se))

Sjuksköterska Evelina Eriksson (Evelina.Eriksson@vll.se)

Skötare Jenni Backlund (Jenni.Backlund@vll.se)

Skötare Tommy Rönnlund ([Tommy.Rönnlund@vll.se](mailto:Tommy.Ronnlund@vll.se))

Bilagor:

Bilaga 1.

Eftersamtal efter tvångsåtgärd

Värdera din känsla av begriplighet för tvångsåtgärden, på en skala från 1 - 10 där 1 står för ingen begriplighet och 10 för full begriplighet.

1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

1. Varför tror du att det blev en tvångsåtgärd?

2. Personalens upplevelse var att Beskriv händelseförloppet.

3. Kunde du ha gjort något annorlunda för att ha undvikit tvångsåtgärden?

4. Kunde personal ha gjort något annorlunda för att undvika tvångsåtgärden?

5. Värdera din känsla av begriplighet för tvångsåtgärden på en skala 1 till 10 där 1 står för ingen begriplighet och 10 för full begriplighet.

1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Bilaga 2.

Kunskapstest Tvångsåtgärder

Besvara följande påståenden med "SANT" eller "FALSKT".

Avskiljande:

___ MAS (Medicinskt ansvarig Ssk) på avd kan besluta om en patient skall avskiljas.

___ En avskiljd patient bör ha tillsyn minst en gång i timmen.

___ Avskiljning får ske i högst 10 timmar.

___ Man får inte låsa dörren om patienten.

Bältesläggning:

___ MAS på avd kan besluta om en patient behöver läggas i bälte.

___ Samtliga bälten på bältessängen skall alltid användas vid en bältesläggning.

___ Bältesläggningen får fortgå i högst 4 timmar, därefter krävs en ny läkarbedömning.

___ En bälteslagd patient bör ha extra tillsyn var femtonde minut.

___ Överläkaren fattar beslutet om när bältesläggningen kan upphöra.

Tvångsmedicinering, samt övriga tvångsåtgärder:

___ Behovet av tvångsåtgärder kräver alltid en överläkarebedömning.

___ MAS kan bedöma tillsynsgraden efter en utförd tvångsåtgärd.

___ Injektion under bältesläggning är inte en tvångsåtgärd.

___ ECT-behandling under tvång samt tvångsmatning av patienter kräver ingen överläkarebedömning.

Ditt namn och dagens datum: _____

Bilaga 3.

Inläggning omvårdnad – hjälp med första samtal

Anamnes

Kontaktorsak:

Pat egna uppfattning, förväntningar.

Egna strategier/önskemål om bemötande, hur ser vi att du mår dåligt?

Uppllysning:

Får vi lämna ut uppgifter om någon ringer?

Till vem och vad.

Närstående:

Namn och telefonnummer samt relation. Får vi ta kontakt?

Hälsohistoria/vårderfarenhet:

Sammanfatta vårdkontakter somatiskt och psykiatriskt (kort).

Nuvarande sjukdomar (diabetes, KOL, epilepsi, hjärt- kärlsjukdomar).

Överkänslighet:

Mat, läkemedel, reaktion.

Omvårdnadsstatus

Kommunikation:

Syn, hörsel, tal, språk. Ordflöde, svarslatens?

Psykiatriskt status:

Emotionell och formell kontakt.

Grundstämning, psykotiska symtom (vanföreställningar/hallucinationer).

Orienterad till tid, rum, person, situation? Självmordstankar, självmordsplaner, hot/våld, självskaideimpulser?

Kunskap och utveckling:

Hälsouppfattning, sjukdomsinsikt, hantera sin situation/symtom.

Andning/cirkulation:

Andningsproblem, hosta, feber,

stödstrumpor. Symtom vid ångest; yrsel, illamående?

Nutrition:

Normalkost/specialkost, vikt, mun och tandstatus.

Elimination:

Förstoppad, anv läkemedel? Inkontinent, blöja, kateter, toapassas.

Hud/vävnad:

Sår, eksem, torr hud/slemhinna, klåda.

Aktivitet:

Funktionsförmåga och begränsningar. Hjälpmedel, ex rollator. Intressen, sysselsättning, motivation.

Sömn:

Sömnstörningar, sömnmedel, antal timmar per natt, dygnsrytm.

Smärta:

Fysisk, psykisk (ångest, sorg, smärta).

Psykosocialt:

Hemtjänst, kontakt med distriktsköterska, APO-dos/eget medicinanvar. Kans, kontaktnät, familj, typ av boende, arbete, ekonomi, missbruk. Något annat vi bör känna till?

Andligt/kulturellt:

Kultur, religion.

Sexualitet:

Pågående kärleksrelation; problematisk/kärleksfull, förändrad sexualdrift?

Personals intryck av resurser, behov och allmäntillstånd.

Bilaga 4.

Sammanställning av riktlinjer och rutiner vid tvångsåtgärder på psyk 3

Avskiljning

Bakgrund

- Avskiljning får endast ske om "patienten försvårar vården och tex har en uppenbar negativ effekt på de övriga patienterna."
- Avser att patienten hindras/förbjuds att gå ut från rummet, mot sin vilja.
- Det räknas som avskiljning även om personal vistas med patienten, tex extravak.
- En överenskommelse med patienten om att stanna på rummet är inte en avskiljning.
- En patient med avskiljning bör ha tillsyn minst 1gång i timmen av personal, detta dokumenteras på tillsynslista.
- Ansvarig överläkare beslutar om avskiljning.
- Avskiljning får ske i högst 8h, tiden får förlängas med ytterligare 8h, men då ska beslutande läkare själv ha undersökt patienten och underlettat socialstyrelsen.
- Öl beslutar när avskiljningen börjar/slutar.
- Dokumenteras under rätt paragraf av ansvarig öl, alternativt ansvarig ssk i öls namn och motiverar varför.

Rutin på avd 3

- Kontakta överläkare/bakjour, som fattar beslutet.
- En avskiljning får pågå i max 8h, sedan krävs en ny bedömning
- Tillsyn minst 1gång i timmen
- Dokumenteras av öl alternativt ansvarig ssk i öls namn under rätt paragraf.
- ÖC034§20 Avskiljning start kl..., ÖC 037 §20 avskiljning upphör.
- Avgör om det räcker med avskiljning eller om det krävs ytterligare åtgärder ex. extravak, kontakta i så fall överläkare på nytt.

Fastspänning:

Bakgrund

- Om det finns en omedelbar fara att patienten kan skada sig själv eller någon annan.
- På överläkarbeslut, kontaktas före den aktuella tvångsåtgärden vidtas. Undantag är farosituationer/överhängande våld.
- Bör i normalfallet föregås/följas av en personlig läkarbedömning.
- Bältesläggning får fortgå i 4h. Om det finns synnerliga skäl får tiden förlängas med ytterligare 4h, då ska beslutande läkare själv ha undersökt patienten och socialstyrelsen underrättas.
- Med fastspänning avses midjebälte; om det inte går att skydda patienten på annat sätt får hand och fotfängsel användas. Detta dokumenteras och motiveras då tydligt i journal.
- Fastspänning alltid = extravak.
- När det inte längre bedöms vara behov av fortsatt bältesläggning kontaktas ansvarig överläkare som fattar beslutet om upphörande.
- Dokumenteras under rätt paragraf av överläkare, alt. ansvarig ssk i öl namn.

Rutin på avd 3

- Larma på mer personal om situationen kräver det.
- Kontakta överläkare/ bakjour, som fattar beslutet.
- Hämta bältessängen på avdelning 4 , finns på TNE.
- Nycklar till bältessängen finns i läkemedelsrummet på psyk avd 3, MAS ansvarar för dem och de förvaras i en uppmärkt plastficka i läkemedelsrummet.
- En bältesläggning får fortgå i 4 timmar, sedan behövs en ny bedömning.
- Bältesläggning fodrar alltid x-vak.
- Överläkaren fattar beslutet om att få släppa upp ur bälte.
- Om hand och fotfängsel behövs, dokumenteras och motiveras detta tydligt i journal.
- Överläkare/ansvarig ssk i öl namn dokumenterar under rätt paragraf .
- ÖC031 §19 fastspänning start..tid.. ÖC033§19 upphörande tid

Tvångsmedicinering, samt övriga tvångsåtgärder:

Bakgrund

- Avser tvångsinjektioner, ECT under tvång och andra åtgärder som måste utföras under tvång tex. tvångsmatning.
- Alla tvångsåtgärder är alltid överläkarbedömningar.
- Skall ske under så lugna former som möjligt.
- Injektion under bältesläggning = (i det flesta fall) en tvångsinjektion
- Vid tvångsmedicinering bör alltid ansvarig överläkare bedöma vilken tillsynsgrad patienten bör ha.
- Ansvarig överläkare/ansvarig ssk i överläkarens namn dokumenterar i BMS under rätt paragraf.

Rutin

- Kontakta överläkare/ bakjour, som gör bedömningen, samt ordinerar ev. injektion.
- Larma om det finns behov.
- Ge injektionen under så lugna och säkra förhållanden som möjligt.
- Överläkare bedömer tillsynsgrad.
- Ansvarig överläkare alt. Ansvarig ssk dokumenterar.
- ÖC029§17 Tvångsåtgärd, iform av...
- Öc030§17 Tvångsmedicinering

Bilaga 5.

Projektplaneringsdag 120425 Bättre vård- Mindre tvång

Deltagare all personal på psyk avd 3 utom Kent- semester Karin- Sjukskriven, Ledningsansvariga Khristina Smedh, Sara Hannuksela-Oskarsson samt Håkan Edvardsson.

Denna dag är planerad utifrån vårt Projekt Bättre Vård- Mindre tvång där vi har ett uppdrag att tillsammans förbättra vården för våra patienter.

Målen i förbättringsarbetet ska utgå ifrån projektets huvudmål

- 1) Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder.
- 2) Att förbättra patienters upplevelse av tvångsåtgärder.
- 3) Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder.

Projektgruppen har valt att formulera avdelningens mål som:

- 1) Bibehålla det låga antalet tvångsåtgärder.
- 2) 100% av alla patienter som utsatts för tvång ska på en VAS skala skatta minst 7 på en fråga om begriplighet.
- 3) 100% av personalgruppen på avdelning 3 skall efter utbildning få minst 80% rätt på frågor gällande klinikens rutiner vid tvångsåtgärder.

Vi börjar vår dag genom att gå igenom Senior Alert- ett kvalitets rapporterings system där vi riskbedömer samtliga patienter över 65 år i fråga om risk för trycksår, risk för undernäring, samt risk för fall. Tanken är att vi genom att systematsikt riskbedöma ska kunna sätta in förebyggande åtgärder för att hindra fall, undernäring o trycksår.

Riskbedömningarna sker via färdiga mallar i pappersform. Kontaktpersoner för patienten ansvarar för att det blir gjort så snart patienten medger sin medverkan. När samtliga uppgifter är ifyllda på risker samt planerade åtgärder så läggs det i särskilt fack på exp så för natt sköterskorna in det i registret. Det finns en pärm på exp , märkt Senior Alert, där samtliga blanketter finns utskrivna samt extra information om hur man gör. Det finns också bra information på www.senioralert.se, där finns även film etc. Om patienten nekar medverkan initialt så fråga igen efter en tid då patienten kanske fått medicin o mår bättre. De resultat ni kommer fram till ska tas med i överrapportering till annat boende, annan klinik etc, allt för att minska risker för patienter.

Vi fortsätter dagen med en fortsatt information om vårt projekt innan vi lämnar ut en enkät med frågor om vad lagen tillåter och inte i fråga om tvångsåtgärder, vem som ansvarar osv.

Tanken är sedan att en ny enkät ska lämnas ut efter föreläsning. Några ska också jobba med patientfall. Vi tänker att vi ska se om dessa personer sedan har lärt sig bättre om dessa frågor.

Khristina Smedh, medicinskt ledningsansvarig överläkare föreläser om Tvångsvårdens lagar och föreskrifter, möjlighet till frågor.

Efter lunch fortsätter vi med grupparbete utifrån frågeställningarna

Hur Förbättras patienters inflytande över vården?

Hur förbättras patienters upplevelse av vården?

Egna förslag till förbättringsarbete.

Redovisning av de fem grupperna, mycket tankar som varje grupp redovisar

1) Skriva vårdplaner tillsammans

- Bemötande strategier vid ino - ex hur märker vi om du mår dåligt? Vad gör vi då?
- Veckoscheman ?
- Morgonmöte?
- Strukturerade veckosamtal med kontaktpersoner.
- Tydlig info/ återkoppling efter roder o VPL.
- Hur får patienterna träffa läkare oftare?
- Tydligare VPL.

Grupp 2

- Mera inflytande vid VPL - se den själva?
- Uppdatera vår informationsbroschyr på avd.
- Förslagslåda till patienter.
- Tydligare Läkarinformation ex vid läkemedelsändringar.
- Tid för återkoppling och prat-tid mellan personal ca 1 ggr per månad. APT-tider är för korta för att man ska kunna sitta och bara prata om saker.
- Ej låst dörr. (Förslaget dock ej genomförbart med nuvarande klinikstruktur).

Grupp 3

- Förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och patient.
- Kalla till snabba vårdmöten och vara tydliga med hur planeringen ska se ut för att minska vårdtider och förbättra att patienter också är med på sin egen planering.
- Snabbt in med anhöriga och öppenvård.

- Tätare och bättre bedömningar omkring frigång.
- Rökning, förhållningsätt?
- Ronder, träffa läkare?
- Visa patienten vårdplanerna?
- Öppenvården deltar i vårdplaneringar.
- Korridorsansvarig personal.
- Fysiskt: aktivitet- promenadgrupper.

Grupp 4

- Läkarbedömningar, nu svårigheter för pat att få träffa läkare.
- Återkoppling till patienter efter VPL, flytta tider?
- Ino/omv - Tydliggöra patientens behov.
- Mera näringsriktigt kvällsfika för patienterna.
- Aktivering - uppdatera aktivitetsrummet med pussel, spel etc.
- Morgonsamlingar - involvera pat.
- Røktider - mera patientvänliga.
- Handledning -prioritera!!

Grupp 5 Läkarna

- Lämna två fasta tider per vecka för vårdmöten med primärvård och kommun.
- Fasta tider för läkarsamtal dagligen av ÖL, samt tider för underläkarna.
- Snabbare och tätare bedömningar angående patienters frigång.
- Läkaren skriver lite kort om varje patient vad som beslutas vid Vårdplaneringen.
- Förslag om att de uppgifter patienten lämnar om tex hur man kan se att patienten mår dåligt, hur de vill bli bemötta osv, som är viktigt att det finns med kan noteras på blankett som förvaras i patientens pärm och kan bifogas sammanfattningen som under läkaren uppdaterar vid varje vårdtillfälle.

Vad börjar vi nu med att jobba vidare med??

1)Promenadgrupp - blir en rutin efter att patienter visat på ett förbättrat mående.

2)Tydliggöra patientens egna tankar och önskemål om vårdtiden vid ino under inläggningsorsak och önskemål.

3)Vårdplanen formuleras i samråd med patienten. Veckosamtal med KP.

- 4) Eftersamtal med patienter som varit utsatta för tvångsåtgärder. MAS vid aktuellt tillfälle ansvarar för att det blir gjort. Pat skattar via VAS skala.
- 5) Korridorsansvar - 2fm, 2 em. För att öka patienters trygghet, minska oro. Utvärderas om 1 månad.
- 6) Morgonsamling som förut, tiden kan styras lite av den som ansvarar.
- 7) Fasta läkartider för samtal och vårdmöten.
- 8) Ändrade röktider på fm för att tillmötesgå patienternas önskemål. Tid efter frukost 09.15. Utvärderas om 2 veckor.
- 9) Tätare läkarbedömningar med hänseende till frigång.
- 10) Läkare skriver en kort daganteckning vid VPL.

Bilaga 6.

Anhörigenkät

Avdelningen arbetar med att förbättra kvaliteten på vården och vill gärna ta tillvara patienters och anhörigas synpunkter.

Som ett led i detta vill vi ställa några frågor till dig som anhörig som skall ligga till grund för ett förbättringsarbete. Dina svar behandlas anonymt.

1. Hur upplever du dig ha blivit bemött som anhörig på avdelning 3?
2. Tycker du att du har fått tillräcklig information om avdelningen?
Exempelvis besökstider, telefonnummer, kontaktpersoner?
3. Tycker du att du fått medverka i din anhöriges vård, genom exempelvis anhörigmöte, vårdplanering eller via telefon?
4. Har du som anhörig några förslag på förbättringar i avdelningens rutiner gällande anhörigmedverkan?
5. Övriga tankar och önskemål?

Bilaga 7.

ANHÖRIGINFORMATION PSYK AVDELNING 3

Besökstider på avdelningen är mellan kl. 10.00-20.00.

Om du som anhörig vill prata med någon personal, ring 090-7856421, vi svarar gärna på frågor och tar emot synpunkter.

Om du som anhörig vill nå din närstående under vårdtiden finns en patienttelefon för inkommande samtal; 090-7856304 (med denna telefon går det inte att ringa ut).

Patienten får ha tillgång till sin mobiltelefon under vårdtiden.

Er närstående kommer på avdelningen att ha två kontaktpersoner; en sjuksköterska samt en skötare. Om du som anhörig har funderingar eller vill lämna information, så är det i första hand kontaktpersonerna du ska vända dig till.

Läkaren har sittrond med dagens ansvariga sköterska varje dag kl. 9.00.

Läkaren går inte ut och träffar patienten vid rondan. Läkarsamtal schemaläggs efter rondan. Kontaktpersonerna vidareförmedlar patientens önskemål och frågor .

Vårdplanering av patienterna sker 1 gång i veckan, där vi fördjupar oss i patientens problematik samt fortsatt planering av vården.

Avdelningens överläkare är Håkan Edwardsson.

Avdelningschefen heter Lena Schaefer.

Bilaga 8.

Kompetensplan 2012-2013 för personal inom den psykiatriska heldygnsvården Psykiatriska kliniken vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå Fokus: Tvångsvård och tvångsåtgärder

Syfte

Psykiatriska kliniken vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå ska ge invånarna inom upptagningsområdet god och säker vuxenpsykiatrisk specialistvård. I uppdraget ingår att ge vård enligt HSL och i de fall patienten inte förmår medverka till nödvändig behandling enligt tvångsvårdslagstifningarna LPT, LRV, ÖPT och ÖRV.

Det mångfasetterade uppdraget medför bredd och komplexitet vad gäller de arbetsuppgifter våra medarbetare ställs inför. Därför behövs en strategisk och långsiktigt hållbar kompetensplan för att säkerställa att medarbetarna inom den psykiatriska heldygnsvården tillägnar sig och vidareutvecklar det professionella förhållningssätt och den kompetens som behövs för att verksamheten ska nå uppsatta mål.

Av klinikens fem vårdavdelningar har två slutfört Genombrottsprogrammet Mindre tvång bättre vård och två vårdavdelningar deltar i programmet under 2012. Erfarenheterna hittills utgör tillsammans med stimulansmedlen grund till en klinikgemensam kompetenssatsning för all slutenvårdspersonal kring förebyggande av tvångsåtgärder och ett professionellt omhändertagande under och efter tvångsåtgärd.

Organisation

Kliniken har idag fyrtionio slutenvårdsplatser fördelade på fyra vårdavdelningar inom allmänpsykiatri och tolv slutenvårdsplatser inom den rättspsykiatriska verksamheten.

Vårdavdelning 1	Allmänpsykiatrisk inriktning
Vårdavdelning 2	Psykosinriktning
Vårdavdelning 3	Äldrepsykiatrisk inriktning
Vårdavdelning 4	Beroendepsykiatrisk inriktning
RP vårdavdelning	Rättspsykiatrisk inriktning

Kompetens.

Kompetensbegreppet innefattar kunskap och förmåga att lösa de uppgifter medarbetaren ställs inför. Här vägs även värderingar och beteenden in. Kompetens handlar även om att inhämta, använda och dela med sig av kunskap och erfarenheter. Medarbetarna utgör den psykiatriska vårdens värdefullaste tillgång. Genom att regelbundet inventera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjlighet till kompetensutveckling kan verksamheten nå uppsatta mål och utvecklas. I anslutning till det obligatoriska årliga medarbetarsamtalet med närmaste chef upprättas en individuell plan för respektive medarbetares behov av fortsatt kompetensutveckling.

Kliniken lägger stor vikt vid att motivera och möjliggöra för sjuksköterskor att gå vidareutbildning i psykiatri. På lång sikt är målet att alla sjuksköterskor inom slutenvården har denna kompetens.

Kliniken har ett introduktionsprogram som riktar sig till alla nyanställda på kliniken. Programmet innefattar allmän psykiatrisk kunskap, bemötande, professionellt förhållningssätt etc. Övrig information till nyanställda enligt landstingets riktlinjer ansvarar närmaste chef för. En årligen återkommande orienteringskurs i kognitiv teori och praktik drivs i regi av klinikens psykoterapienhet. Via egna utbildade instruktörer anordnas kontinuerligt teoretisk och praktisk utbildning i bemötande vid våld och hot om våld för alla medarbetare. Sektionscheferna uppmuntrar medarbetarna att delta i relevanta utbildningar som anordnas av landstingets Kompetensutvecklingsbyrå, ex läkemedelsutbildningar, kompetensbevis för provtagning, träning av "sällan-saker".

Eftersom klinikens vårdavdelningar har olika inriktningar utvecklar medarbetarna utifrån erfarenhet, fortbildning och handledning en särskild kompetens kring de patientgrupper man främst möter i sitt arbete. Vårdavdelningarna skiljer sig åt vad gäller frekvensen tvångsåtgärder, vilket medför skillnader i teoretisk och erfarenhetsbaserad kompetens.

Det är väsentligt att det finns en gemensam baskompetens rörande tvångsvård och tvångsåtgärder. I anslutning till att en vårdavdelning larmar och behöver hjälp krävs exempelvis ett smidigt och säkert samarbete mellan vårdavdelningarnas medarbetare.

Klinikens har gemensamma dokumenterade rutiner och riktlinjer som rör tvångsvård, tvångsåtgärder, säkerhet och avvikelshantering. Det finns också en gemensam handlingsplan för att förebygga hot och våld. För spridning av information och riktlinjer finns en gemensam hemkatalog och ett intranät kommer också att införas under våren 2012.

I syfte att göra anhöriga mer delaktiga i vården har kliniken en grupp medarbetare med utbildning i Beardslees familjeintervention. För att säkerställa att barn till psykiskt sjuka föräldrar får stöd har kliniken barnombudsmän vars uppgift är att sprida information och upprätthålla barnens perspektiv vid vårdplaneringar och behandlingskonferenser.

Kompetensutveckling

Med kompetensutveckling avses olika former av lärande och aktiviteter för att öka förmågan hos medarbetaren och gruppen att uppnå verksamhetens mål och visioner. I det följande kommer aspekter på och behov av kompetensutveckling som är gemensam för klinikens slutenvård i anslutning till tvångsvård och tvångsåtgärder beskrivas.

Utbildningar/vardagslärande

I anslutning till introduktionsprogrammet för nyanställda på kliniken kommer ytterligare teman läggas in, speciellt för personal inom slutenvården:

- ✓ Rutiner och bemötande i anslutning till tvångsvård/tvångsåtgärder, vid inläggning, vid akuta situationer
- ✓ Säkerhetsrutiner

Under de senaste två åren har kliniken i samarbete med kommunen genomfört en satsning på Motiverande Samtal där både öppen- och slutenvårdspersonal deltagit. I en fortsatt implementeringsfas håller nu s.k. Kamratstödjare på att utbildas på kliniken, d v s medarbetare som får en konsultativ, uppmuntrande funktion i syfte att tillse att hålla metoden levande.

Övriga planerade aktiviteter utgörs av:

- ✓ Utprova standardvårdplaner för psykiatrisk slutenvård
- ✓ Journaldokumentation: Inventering av utbildningsbehov, genomförande av utbildning, etablerande av stödfunktion runt dokumentation på vårdavdelningarna.
- ✓ Seminarier/föreläsningar kring av medarbetarna efterfrågade teman i psykiatrisk omvårdnad i akutvården, ex kognitiv funktionsnedsättning i kombination med psykisk sjukdom samt grundläggande utbildning för skötare kring läkemedel.

Lärande och utveckling i det befintliga arbetet

Inom slutenvården är det i allmänhet logistikmässigt mer komplicerat att genomföra kompetensutvecklingsåtgärder än i öppenvården. Kompetensutveckling måste i stor utsträckning ske fortlöpande inom ramen för den ordinarie verksamheten genom ett effektivt nyttjande av de tillfällen man naturligt träffas; arbetsplatsträffar, vårdplanering, arbetsmöten. De olika vårdavdelningarnas specifika handledning ingår också som en viktig del av lärande och utveckling i den kliniska vardagen.

Seminarier/konferenser, studiebesök

Utöver fortsatt deltagande i Genombrottsarbetet är ambitionen att i så stor utsträckning som möjligt se till att medarbetare inom slutenvården får möjlighet att delta i seminarier, konferenser där relevanta teman som rör modern slutenvård tas upp.

Omvärldsbevakning inkluderat införande av kunskap av bästa tillgängliga vetenskapliga stöd
Klinikens FoU-enhet är en värdefull resurs vid ex. framtagande av vårdprogram, införande av ny kunskap på kliniken, undersökningar och inventeringar.

Brukarmedverkan

I Umeå finns det Brukarråd där en pågående kontakt sker med föreningarna om vad som planeras inom kliniken. En fortsatt dialog med brukarföreningarna om planerade utvecklingsarbeten kommer att ske.

Projektarbete

Vårdavdelningarnas deltagande i Genombrottsprogrammet har förutom goda erfarenheter och inspiration från andra team medfört klinikgemensamt ökat fokus på frågor som rör tvångsvård, förebyggande av tvångsåtgärder och när tvångsåtgärder blir nödvändigt, ett professionellt omhändertagande under och efter åtgärden. Två vårdavdelningar är i dagsläget knappt halvvägs i projektet, men redan idag finns vissa mål och aktiviteter som kommer att införas gemensamt för klinikens slutenvårdavdelningar:

- ✓ Alla medarbetare inom slutenvården ska ha minst baskompetens rörande kliniska riktlinjer, omvårdnadsaspekter och kommunikation vid tvångsvård och tvångsåtgärder. Som utgångspunkt för fortbildning finns klinikens gemensamma rutiner och riktlinjer och det material som teamen producerat och fått sig tillhanda från andra under projektets gång.
- ✓ Obligatoriskt eftersamtal efter tvångsåtgärd. Alla medarbetare ska kunna genomföra eftersamtal. Till stöd finns mallar för eftersamtal, både generella och för olika typer av tvångsåtgärder.
- ✓ Vad gäller tvångspreventiva åtgärder ska vårdavdelningarnas erfarenheter utifrån projektet inventeras i syfte att sammanställa och införa vissa gemensamma riktlinjer.
- ✓ Alla medarbetare ska på ett professionellt sätt kunna möta och genomföra samtal med anhöriga till patienter som vårdas under tvång.

I planerade fortbildningsaktiviteter kommer både teoretiska och praktiska moment ingå.

Ansvarsfördelning

Ledningens ansvar

Att tillse att medarbetare har rätt kompetens och får den kompetensutveckling som krävs för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett ändamålsenligt sätt utifrån ett professionellt förhållningssätt.

Ansvara för att det finns en kompetensplan för slutenvården med riktlinjer och mål som står i relation till verksamhetens uppdrag.

Tydliggöra och följa upp de uppdrag som s-cheferna har.

S-chefens ansvar

Tillse att nyanställda och studerande får en bra introduktion.

Tillse att rutiner följs och att planerade aktiviteter genomförs.

Genomföra årliga medarbetarsamtal stämna av varje medarbetares kompetens och behov av kompetensutveckling utifrån de mål som finns i den gemensamma kompetensplanen för slutenvården och även intern vårdavdelningsspecifik kompetensplan.

Medarbetarens ansvar

Känna till aktuella rutiner

Aktivt medverka i utvecklings- och kvalitetsarbete

Aktivt medverka i risk- och avvikelshantering

Medverka i sin kompetensutveckling och påtala utbildningsbehov

Utifrån förmåga introducera och handleda nyanställda och studerande

Patienter och anhöriga

Viktigt att skapa ett klimat och rutiner där patienters och anhörigas åsikter efterfrågas, uppmuntras och tas tillvara.

Hur stimulansmedlen använts hittills

- ✓ Deltagande i Genombrottsprogram
- ✓ Resor i anslutning till programmet
- ✓ Projektarbetsdagar, seminarium
- ✓ Vikariekostnader

Kontaktpersoner

Psykiatriska kliniken avdelningschefer:

Sigrid Holmgren, 090-785 63 99, sigrid.holmgren@vll.se

Gunilla Moritz, 090-785 63 77, gunilla.moritz@vll.se

Sara Oscarsson Hannuksela, 090-785 46 02, sara.oscarsson.hannuksela@vll.se

Elisabet Björe, 090-785 64 83, elisabet.bjore@vll.se