

PROJEKTRAPPORT GENOMBROTTSPROGRAM VI

TEAM NR: 109

Deltagande avdelning och teamdeltagare

Team 109 Avdelning 64 RPK Växjö

Anthony Persson, behandlingspedagog – anthony.persson@ltkronoberg.se
Natalie Pettersson, behandlingspedagog – natalie.pettersson@ltkronoberg.se
Andreas Bergqvist, skötare – andreas.bergqvist@ltkronoberg.se
Susann Åkesson, sektionsledare – susann.akesson@ltkronoberg.se
Mateusz Paluch, läkare – mateusz.paluch@ltkronoberg.se

Sammanfattning

Syftet med våra mål i genombrottsprojektet är att öka patienternas delaktighet i vården, att minska det informella tvånget på avdelning samt att få personalen att känna en ökad säkerhet gällande de lokala riktlinjerna för tvångsåtgärder. Totalt fem tester genomfördes. Det uppstod svårigheter att utvärdera testerna då omsättningen på både personal och patienter är omfattande. Ett test fick avbrytas av säkerhetsskäl. Flera av de tester som genomfördes kommer att fortlöpa som rutin på avdelningen. Nya projektidéer kring framtida utforskningsområden har uppkommit.

Bakgrund / problembeskrivning

Vi arbetar på Sveriges enda renodlade kvinnoavdelning, på avdelning 64 Rättspsykiatri i Växjö. Våra patienter har en omfattande problematik som framförallt inbegriper självskadeproblematik. Diagnoserna hos våra patienter varierar mellan neuropsykiatri, personlighetsstörningar och/eller missbruksproblematik (såsom mat, droger etc.). Våra patienter är mellan 17 – 40 år och vårdas inom LPT, LRV samt LRV med särskild utskrivningsprövning. Patienterna kommer från hela Sverige. Avdelningen har 12 vårdplatser. Till avdelningen hör även en utslussingsenhet Talludden, här finns fem vårdplatser. Vården präglas av ett KBT- och DBT-perspektiv med fokus på

kommunikation och miljöterapi. Majoriteten av våra patienter har flera olika aktiviteter inbokade på sina scheman, vilket kan innebära olika sysselsättningar såsom ridning, sy- och träterapi, skola, musik, promenader, friskvård, m.m.

Vår avdelning inkluderar en observationsenhet där 3-5 patienter av de totala 12 patienterna vårdas. Observationsenheten strävar efter att minska behovet av extravak. Miljön skall vara strukturerad och inge trygghet. Här skall alltid två personal vara närvarande. På observationsenheten vårdas patienterna när de först anländer till avdelningen. Här får patienten landa, lära känna avdelningens personal och rutiner. Personalen har en möjlighet att lära känna patienten och vilken problematik som patienten behöver hjälp med. Här kan även patienter vårdas om de försämras i sitt mående. På observationsenheten finns det minimalt med saker som man kan skada sig med, till skillnad från den mer stimulerande miljön på avdelningen.

Det informella tvånget på vår avdelning kan beskrivas genom bland annat regler och rutiner som är egenkonstruerade och inte är förankrade i klinikövergripande rutiner. Patienterna begränsas genom en del av avdelningens aktuella rutiner. Patienterna ska exempelvis bära patientkläder på observationsenheten. Då patienten anländer till kliniken sker ett klädbyte för att man ska försäkra sig om att patienten inte bär några föremål som denna kan skada sig eller andra personer med. Patienterna har även särskilda röktider och begränsade möjligheter att tillgå köket. I köket förvaras besticken inlåsta. Den klinikövergripande säkerhetsregeln lyder att alla bestick på klinikens avdelningar ska vara av hårdplast. Efter ett tillsynsbesök av Socialstyrelsen i mars månad konstaterades att patienterna inte känner sig delaktiga i planeringen av sin vård.

Syfte

Syftet med våra mål i genombrottsprojektet är att öka patienternas delaktighet i vården, att minska det informella tvånget på avdelning samt att få personalen att känna en ökad säkerhet gällande de lokala riktlinjerna för tvångsåtgärder. Genom dessa tre mål vill vi kunna utveckla och förbättra kunskapen och därmed kvaliteten i vården.

Våra mål, mätningar och resultat

Övergripande mål: Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder

Mätbart mål:	Att minska informellt tvång på avdelningen.
Mätning:	Tre praktiska förändringar skedde på avdelningen. Dörren till köket hölls öppen kl. 07-21.00, besticklådan hölls upplåst samt patienterna fick ha sina privata kläder även på observationsenheten.
Resultat med	Teamet enades om tre undersökningsområden som ansågs prioriterade

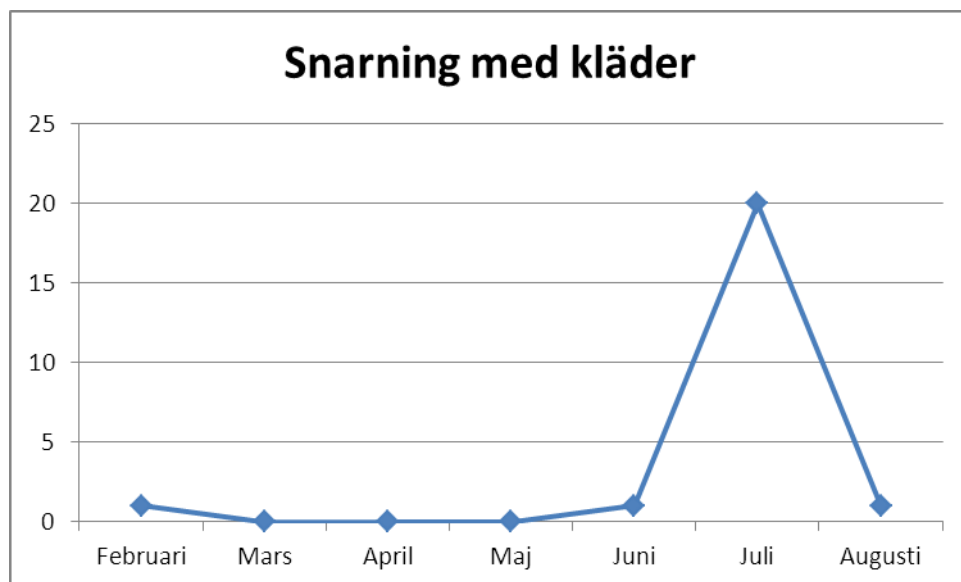
förklaring och kommentarer:

gällande informellt tvång på avdelningen.

Det första undersökningsområdet avsåg patienternas tillgång till avdelningsköket utan ständig tillsyn av personal. Resultatet visade att antalet självskadehandlingar under testperioden inte ökade. Med självskadeincident avses i den här undersökningen skada som patienten tillfogat sin egen kropp med föremål som finns i köket. Incidenten ska ha skett utan att personal varit närvarande. Resultatet visade att inga sådana självskadeincidenter som direkt följd av kökets öppettider inträffat under projekttiden.

Den andra undersökningen avsåg att mäta självskadehandlingar åsamkade av fri tillgång till bestick. Resultatet visade att inga självskadeincidenter inträffade under den första testmånaden. Därefter fick testet avbrytas på grund av att bestick försvann.

Det tredje undersökningsområdet avsåg patienterna på observationsenheten. De rekommenderades att använda sina privata kläder istället för landstingskläder. Vår hypotes var att det inte skulle ske några självskadeincidenter till följd av patienternas möjlighet att bära privata kläder. Resultatet visade att snarningar med kläder inträffade vid 20 tillfällen under juli månad. Under resterande projekt månader skedde totalt tre snarningar på observationsenheten, en i februari, en i juni och hittills en i augusti.



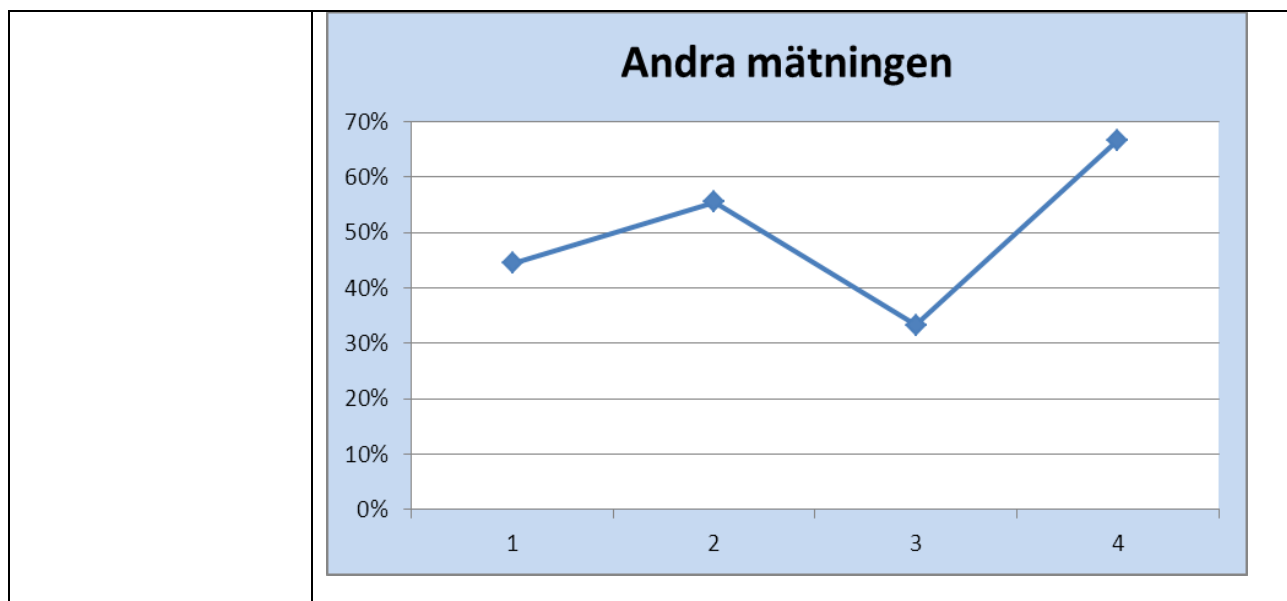
Antal snarningar under projekttiden. Med snarning menas då patienten knutit klädesplagg runt halsen i självskadesyfte.

Övergripande mål: Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder

Mätbart mål:	Att förbättra patienternas upplevelse av delaktighet i vården och därmed förbättra patientens upplevelse av de tvångsåtgärder som denna kan tänkas utsättas för. Minst 30 % av patienterna ska känna ökad delaktighet i sin vård.
Mätning:	Samtliga dåvarande 13 patienter erbjöds att delta i en enkätundersökning (bilaga 1). Undersökningen kunde slutligen baseras på nio fullständiga enkäter. Därefter skapades ett informationsblad (bilaga 2) som projektansvariga förmedlade till samtliga patienter. Slutligen gjordes en eftermätning.
Resultat med förklaring och kommentarer:	<p>Det är viktigt att patienterna känner delaktighet och man kan anta att en avsaknad av detta kan försämra kvaliteten på vården. Hypotesen i detta fall var att genom ökad information om vad vårduppdrag, vårdkonferens, omvårdnadsplan och vårduppföljning är, skulle patientens känsla av delaktighet i vården öka. Den första mätningen visade att patienterna upplevde en låg känsla av delaktighet i sin vård.</p> <p>Båda nedanstående linjediagram anger i procentenhet hur många i patientgruppen som angett värdet 4 eller 5 som svarsalternativ på de fyra frågorna i enkäten (bilaga 1). En fyra eller femma indikerade att patienten instämmer mycket eller helt i påståendet. För fråga 2 innebär det exempelvis att en patient som angett värde 5, helt instämmer med påståendet att denna vet vad ett vårduppdrag är och vad det innehåller. Diagrammen nedan visar att fler patienter angav ett högre värde vid andra mättillfället. Diagrammen nedan visar att hur stor andel av patienterna som angav något av de höga värdena 4 eller 5 på frågorna. Vid den andra mätningen hade tre värden stigit medan ett värde var oförändrat.</p>

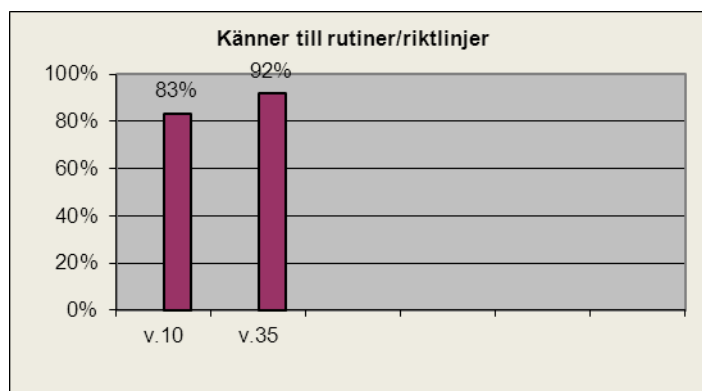
Första mätningen

Fråga	Andelen (ca)
1	33%
2	33%
3	11%
4	67%

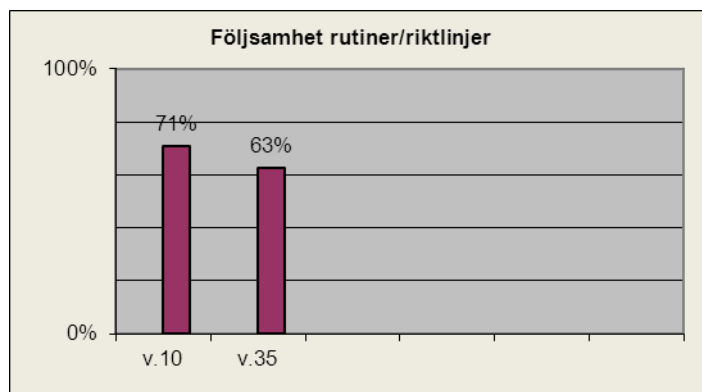


Övergripande mål: Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder

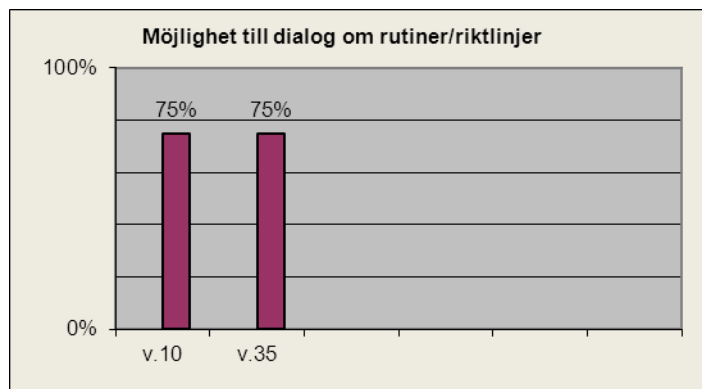
Mätbart mål:	Att undersöka personalens känsla av trygghet i samband med tvångsåtgärder samt utveckla kunskapen kring rutiner vid tvångsåtgärder genom fortlöpande information. Minst 90 % av personalen ska känna sig säkra på lokala riktlinjer för tvångsåtgärder.
Mätning:	Mätningen i personalgruppen gjordes vid två tillfällen med hjälp av en enkät (bilaga 3). Efter den första mätningen informerades personalgruppen kontinuerligt om rutinerna kring tvångsåtgärder. Därefter gjordes den andra mätningen.
Resultat med förklaring och kommentarer:	Resultatet vid den första mätningen visade att 83 % av personalen upplevde att de har en hög nivå av kunskap kring tvångsåtgärdsrutiner (baseras på antal personer som angett något av de högsta värdena 4 eller 5 i enkäten). Vid den andra mätningen hade denna siffra ökat med 9 %.



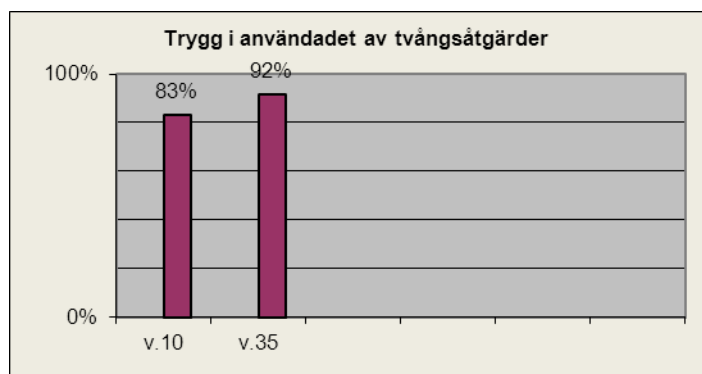
Vid första mättillfället uppgav 71 % av personalen att de följer de rutiner för tvångsåtgärder som finns. Vid andra mätningen hade denna siffra sjunkit till 63%.



Det antal personal som upplevde att de till fullo kunde föra en dialog kring rutiner för tvångsåtgärder förändrades inte under studien.

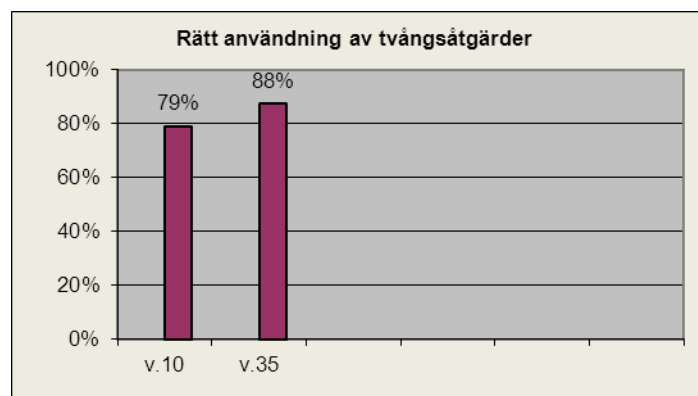


Antal personer i personalstyrkan som upplevde hög grad av trygghet i samband med tvångsåtgärder ökade under projektiden med 9%.



Även antal personer i personalstyrkan som upplevde att

tvångsåtgärder alltid används i rätt situationer, ökade.



Våra genomförda tester / förändringar

1. Delaktighet i vården.

Enligt Socialstyrelsen ska patientens delaktighet i och inflytande över vården tillgodoses i den samordnade vårdplaneringen. Om det inte är möjligt att upprätta den samordnade vårdplanen i samråd med patienten, ska orsaken till detta anges i planen. En enkät som mätte patienternas känsla av delaktighet utformades och delades ut vid två tillfällen. Däremellan informerades varje enskild patient kring begreppen vårduppdrag, omvårdnadsplan, vårdkonferens och vårduppföljning med hjälp av ett informationsblad. Det var medlemmar ur projektgruppen som gick igenom informationsbladet med den enskilda patienten. Projektmedlemmarna tilldelades två till fyra patienter utan särskilt urval. Därefter genomfördes den andra mätningen. Resultaten sammanställdes och analyserades.

2. Ökad känsla av trygghet hos personalen i samband tvångsåtgärder.

En enkätundersökning genomfördes i början av projektet där personalen på avdelningen besvarade frågor kring upplevt trygghet och kunskap i samband med tvångsåtgärder. Rutiner och riktlinjer kring tvångsåtgärder gavs av tjänstgörande sjuksköterska vid varje rapporttillfälle. Rapport hålls en gång per arbetspass. Då fanns även möjlighet att svara på frågor, reda ut oklarheter osv. Materialet som användes vid rapporttillfällena utformades utifrån rådande rutiner. Eventuella oklarheter kring rutinerna utreddes i samband med Chefsöverläkaren. I slutet av projekttiden utfördes en ny mätning med hjälp av enkät. Denna delades ut till personalen och jämfördes med den första mätningen.

3. Minskat informellt tvång genom öppet kök.

Detta test avsåg patienternas tillgång till avdelningsköket utan ständig tillsyn av personal. Köket hölls öppet mellan 07.00 och 21.00 utan direkt tillsyn av personal. Patienterna kunde vistas fritt i köket samt förse sig själva med mat efter behov. Det förväntades att denna förändring inte skulle bidra till ytterligare självskaideincidenter. Med självskaideincident avses i den här undersökningen skada som patienten tillfogat sin egen kropp med föremål som finns i köket. Incidenten ska ha skett utan att personal varit närvarande. Månatliga sammanfattningar gjordes under testperioden och det har konstaterats att inga självskaideincidenter till följd av patienternas fria tillgång till köket mellan klockan 07.00-21.00 har inträffat.

4. Minskat informellt tvång genom tillgängliga bestick.

Detta test avsåg att mäta självskaidehandlingar som orsakats av bestick. Besticken som tidigare förvarats i en låst låda i köket fanns istället tillgängliga för patienterna under kökets öppettider 07.00-21.00. Resultatet visade att inga självskaideincidenter inträffade under den första testmånaden. Däremot försvann bestick, vilket ledde till att testet fick avbrytas och besticken fick låsas in igen. När bestick försvinner måste visitering av avdelningen utföras, vilket är mycket resurskrävande.

5. Minskat informellt tvång genom användande av privata kläder.

Det sista testet avsåg användandet av privata kläder på observationsenheten. Patienterna uppmuntrades att använda dessa istället för landstingskläder. Personal bedömde vilka kläder som var lämpliga, ej kläder med snören eller kedjor etc.

Våra genomförda aktiviteter

Enkäter delades ut i fyra omgångar. Information om tvångsåtgärder och rutiner kring dessa gavs till personal kontinuerligt. En patientambassadör involverades i projektet och var delaktig i utdelning och insamling av patientenkäter. Samtliga patienter gavs information kring vårdåtgärder. Initialt förde sjuksköterskorna statistik över de tvångsåtgärder som utfördes.

Så här har vi involverat våra patienter och närstående i förbättringsarbetet

Vi har strävat efter att öka patienternas delaktighet i projektet. Således har en patient medverkat i utdelning och insamling av patientenkäter.

Så här går vi vidare

Öppet kök?

Efter att ha kunnat konstatera att kökets öppettider samt tillgänglighet för patienterna inte har utgjort någon risk för självskaideincidenter, kommer vi fortsätta med denna förändring

tills vidare. Testet som innebar att besticken skulle vara utlåsta fick avbrytas p.g.a. att bestick försvann. Dock har vi fört dialog med avdelningschefen om alternativa bestick som kan vara mer lämpliga vilket kan resultera i nya framtida projekt. Fram till dess kommer besticken fortsättningsvis att förvaras inlåsta.

Patienter bär privata kläder på observationsenheten?

Patienter kommer fortsättningsvis även att uppmuntras att bära privata kläder på observationsenheten. Antalet snarningar ökade inte under projektidens start, utan i mitten av sommaren. Därför har vi anledning att anta att snarningarna inte berodde på typ av kläder, utan skedde av andra anledningar. Vilka anledningar var det?

Fortsätta att informera om tvångsåtgärder på rapporten?

För att förbättra kvalitén på vården kommer vi även fortsättningsvis att öka personalens säkerhet angående de lokala riktlinjerna för tvångsåtgärder. Genom regelbunden information hoppas vi på att personalens kunskap kring tvångsåtgärder kommer att öka. De lokala riktlinjerna finns numera att tillgå inne på expeditionen.

Fortsätta att informera patienten om begrepp som förekommer inom vården?

Att hålla detta samtal med patienterna gav mycket positiv feedback från patienterna. Många har upplevt det som ett första steg att bli mer delaktig i sin vård. Enligt vår undersökning har det ökat patienternas medvetenhet kring begrepp som förekommer inom vården. Informationsbladet kan komma att komprimeras ytterligare för att sedan delas ut till patienten vid ankomst till avdelningen.

Framtida test: Efter detta projekt har det uppkommit nya intresseområden som skulle vara aktuella att studera på vår avdelning. Det skulle vara behjälpligt att hålla intervjuer eller uppföljningssamtal med patienten efter tvångsåtgärd. Detta samtal skulle vara baserat på DBT-forensicmaterial. En mall för ett sådant samtal är redan påbörjad och förhoppningen är att snarast kunna använda den som grund för uppföljningssamtal.

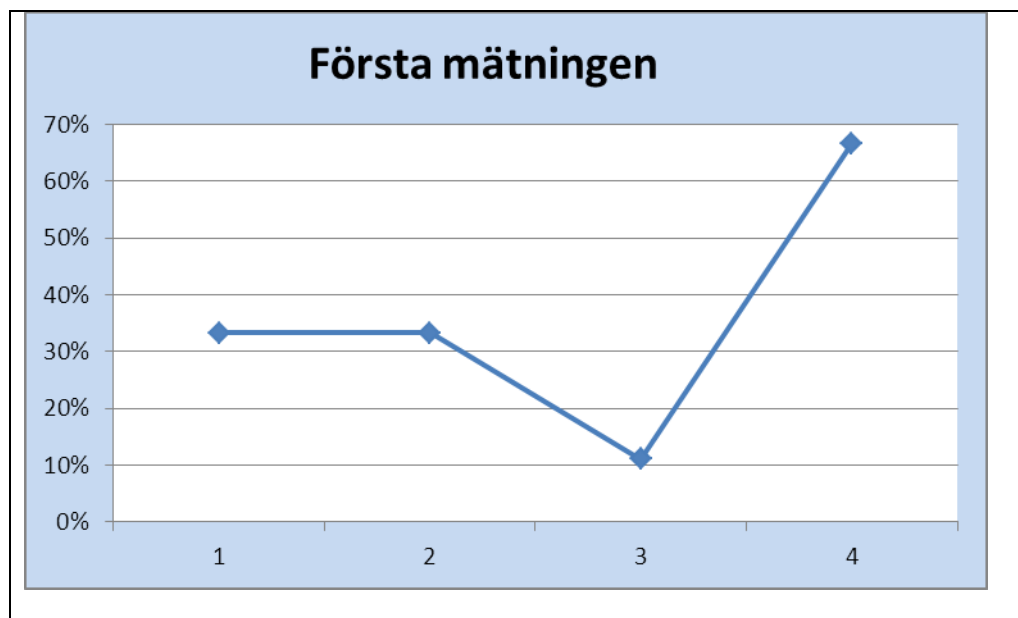
Diskussion

1. Det första testet vi valde att inrikta oss på var patienternas känsla av delaktighet i vården. Efter Socialstyrelsens besök visade det sig att patienterna på avdelningen hade låg känsla av delaktighet. För att undersöka om vi kunde förbättra patienternas känsla av

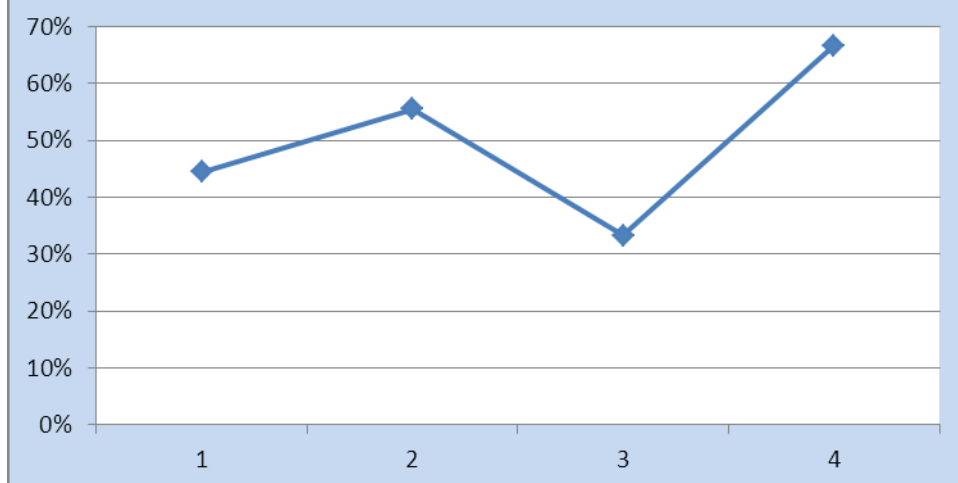
delaktighet, utformades ett informationsblad kring de olika vårdbegreppen. Vi ansåg det nödvändigt att informationsbladet inte bara innehöll information kring själva begreppen, utan även praktisk information om exempelvis hur ofta en vårdkonferens äger rum. Vår förhoppning var att genom detta stimulera patientens intresse för sin egen vård genom att själv söka information om när nästa vårdrelaterade sammankomst hålls. Med anledning av att flertalet patienter på avdelning 64 bytt vårdmiljö under projektets gång har inte alla enkäter besvarats av samma patienter vid de två mättillfällena. Därav blir för- och eftermätningen inte jämförbara.

Nedanstående linjediagram visar i procentenhet hur många i patientgruppen som angett värdet 4 eller 5 som svarsalternativ på de fyra frågorna i enkäten. En fyra eller femma indikerade att patienten instämmer mycket eller helt i påståendet. För fråga 2 innebär det exempelvis att en patient som angett värde 5, helt instämmer med påståendet att denna vet vad ett vårduppdrag är och vad det innehåller. Diagrammen nedan visar att fler patienter angav ett högre värde vid andra mättillfället. 33 % av patienterna angav något av de höga värdena 4 eller 5 på den första frågan. Vid den andra mätningen hade denna siffra stigit till 44 %. På frågan om vårduppdrag steg procentenheterna från 33 % till 56 %. På den frågan om omvårdnadsplan steg procentenheterna från 11% till 33 %. På frågan om vårdkonferens förblev siffran oförändrat 67 %.

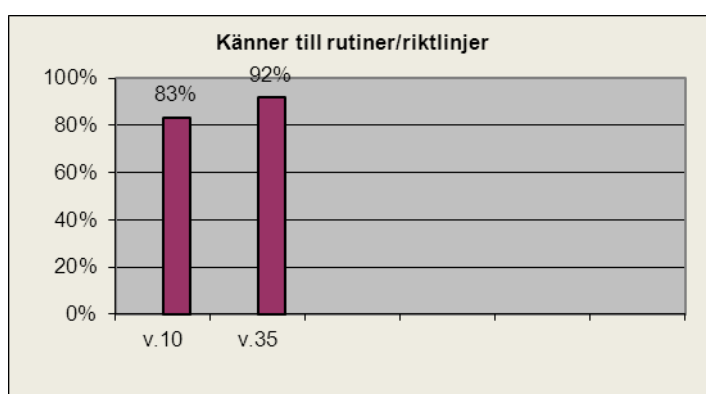
Man kan anta att det informationsblad som skrevs och gick igenom enskilt med patient, faktiskt hade en positiv effekt. Man kan diskutera huruvida det hade gett samma effekt om man enbart hade delat ut informationsbladet och inte haft ett samtal kring det. Vi vill tro att så inte hade varit fallet.



Andra mätningen

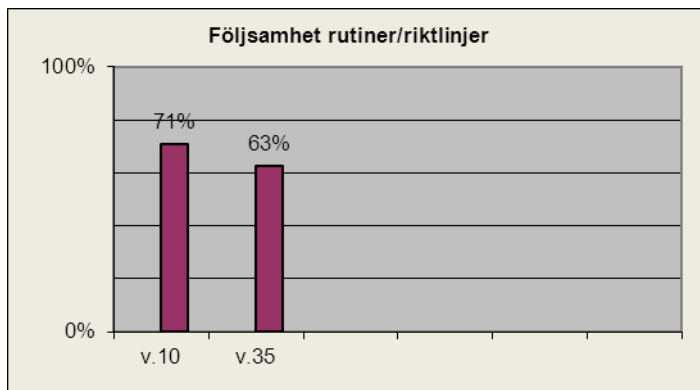


2. Den undersökning som utförts i personalgruppen syftade till att undersöka personalens känsla av trygghet samt kunskaper kring rutiner vid tvångsåtgärd. Ett problem vid undersökningen var den höga personalomsättningen. En del av de medarbetare som besvarade den första enkäten hann avsluta sin tjänstgöring på avdelningen innan den andra mätningen utfördes. Detta ledde till att det är olika personer som besvarat enkäten vid de olika tillfällena. En del av de medarbetare som slutat på avdelningen var sjuksköterskor, vars uppgift var att informera om tvångsåtgärder vid rapporttillfällena. Detta medförde att den information som skulle ges kontinuerligt ibland uteblev helt. Trots det visade resultatet vid den första mätningen att 83 % av personalen upplevde att de har en hög nivå av kunskap kring tvångsåtgärdsrutiner (baseras på antal personer som angett något av de högsta värdena 4 eller 5 i enkäten). Vid den andra mätningen hade denna siffra ökat med 9 %.

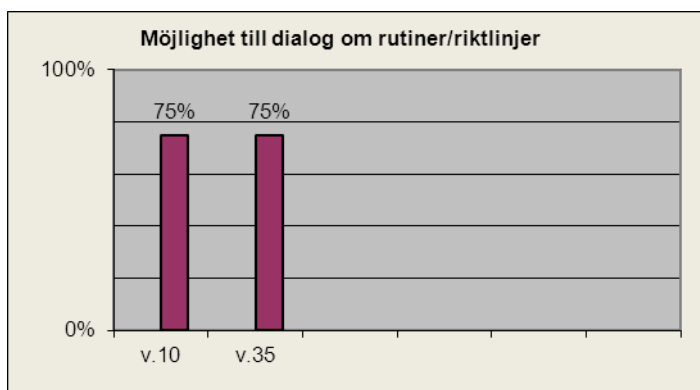


Vid första mättillfället uppgav 71 % av personalen att de följer de rutiner för tvångsåtgärder som finns. Vid andra mätningen hade denna siffra sjunkit till 63%. Detta är egentligen inte särskilt förvånansvärt eftersom personalen informerades om rutiner och därmed blev medvetna om befintliga rutiner som de inte tidigare känt till. Att personalen medger att man inte är följsam med de rutiner som finns tyder på att det finns en medvetenhet om att man inte arbetar helt efter dessa

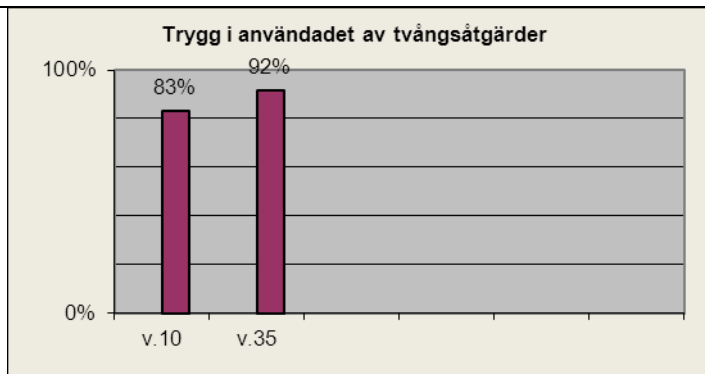
rutiner. Det kan vara så att rutinerna inte är anpassade efter den här typen av dynamisk verksamhet. Det kan också vara så att följsamhetsprocenten kan stiga över tid när rutinerna har blivit väl implementerade på arbetsplatsen.



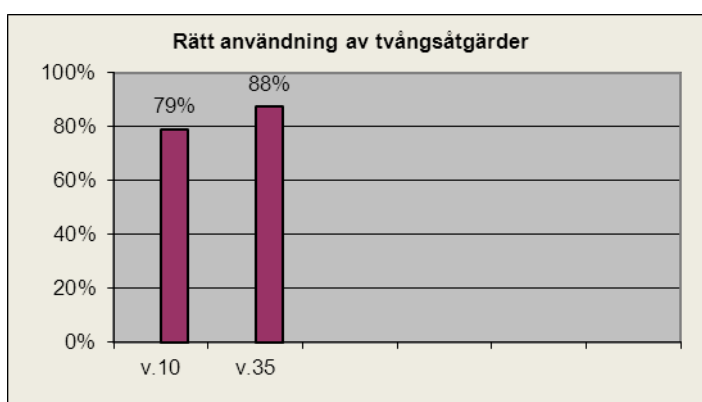
Det antal personal som upplevde att de till fullo kunde föra en dialog kring rutiner för tvångsåtgärder förändrades inte under studien.



Antal personer i personalstyrkan som upplevde hög grad av trygghet i samband med tvångsåtgärder ökade under projektiden med 9%. Detta skulle kunna förklaras med antagandet om att desto mer kunskap personalen har kring ett förfarande, desto tryggare känner de sig i användandet.



Även antal personer i personalstyrkan som upplevde att tvångsåtgärder alltid används i rätt situationer, ökade. Även detta kan förklaras genom att när kunskapsnivån kring tvångsåtgärder höjs, är det lättare för personalen att bilda sig en uppfattning om hur dessa används.



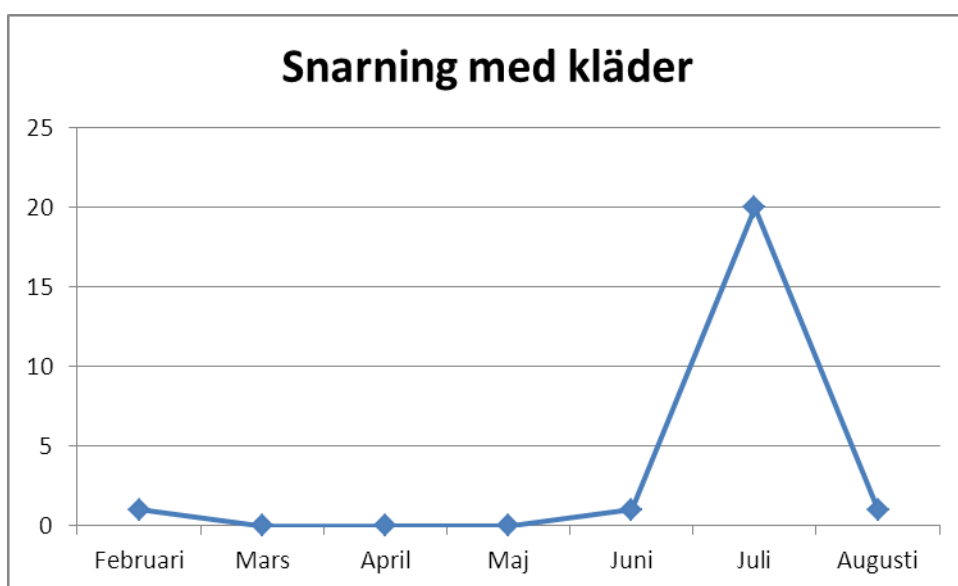
3. Det test som infattade kökets öppettider gav fler positiva effekter än väntat. Förutom att inga självskadehandlingar inträffade som direkt konsekvens av öppet kök, gav det även patienterna möjlighet att själva förse sig med mat när ingen personal fanns att tillgå. Detta underlättade för personalen vid de tillfällen då det var brist på resurser. Man kan dock påpeka att det finns en del patienter på denna avdelning med överhängande matproblematik. Ett öppet kök kan trigga impulser som är relaterade till mat exempelvis hamstring och hetsätning. Denna problematik kan i sin tur skapa svårigheter för patienten att hantera ett öppet och obevakat kök. Att köket inte bevakades av personal när dessa patienter vistades där, gjorde att mat försvann och senare hittades på olika platser på avdelningen. Trots de problematiska resultaten av det här testet är man ändå av den åsikt att det här testet har varit nyttigt för både patienter och personal och de få positiva utfallen överväger de negativa.

4. Den klinikövergripande regeln lyder att plastbesticken av säkerhetsskäl ska förvaras inlåsta. Detta diskuterades i projektgruppen och vi fann det intressant att informellt tvång också kan uppstå ur formellt tvång. Mat är ett oundgängligt behov och för att kunna tillgodose sig maten är patienten många gånger i behov av bestick. Således ansågs det intressant att genomföra en undersökning där patienten fick tillgång till bestick. Det här testet fick avbrytas efter en månad. Detta var inte på grund av självskadeincidenter, utan på

grund av att bestick försvann. Ibland hittades besticken på avdelningen men vid flera tillfällen fick visitation genomföras utan resultat. Därav blev det en säkerhetsrisk att ha besticken framme och testet fick avbrytas.

Det som projektgruppen observerat under testperioden är att den formella regeln att plastbesticken ska vara inlåsta, i sig kan ha skapat rädsla. Vi anser inte att plastbestick utgör ett större hot mot säkerheten än andra föremål som finns allmänt tillgängligt på avdelningen, exempelvis kulspeppennor. Detta perspektiv kan vara bra ta hänsyn till för att förebygga det informella tvånget och för att utveckla verksamheten i framtida projekt.

4. Att patienten får medverka till att välja klädsel, tror vi kan ge en mer aktiv inställning till vardagen. I ett försök att minska det informella tvång som uppstår när patienter tvingas bära landstingskläder, valde vi att uppmuntra och rekommendera patienterna att bära sina privata kläder. Som redovisat i resultatdelen inträffade totalt 23 snarningar under projekttiden. Det framgick tyvärr inte av dokumentationen om snarningarna skett med hjälp av privata kläder eller landstingskläder men det fanns dokumenterat att snarningar till störst del skett med hjälp av byxor. Vi ser därför inte sambandet att privata kläder skulle öka risken för snarningar eftersom främst byxor likväl har lett till snarning.



Av de 23 snarningarna inträffade 20 av dessa under juli månad. Det bör dock påpekas att dessa samtliga 20 snarningsförsök gjordes av två patienter. Enligt våra erfarenheter tenderar semesterperioden, som når sin kulm i juli månad, att vara mer orolig för patienterna. Vi ser därför ett samband mellan det höga antal snarningar under juli månad och med att ordinarie personal går på semester. Antalet snarningar ökade inte under projekttidens start, utan i mitten av sommaren. Därför har vi anledning att anta att snarningarna inte berodde på typ av kläder, utan skedde av andra anledningar som ovan nämnt.

En positiv aspekt av att patienter bär sina egna kläder kan dock vara att man förebygger

stigmatisering och värnar om patientens integritet. Man kan också föreställa sig att avståndet mellan avdelning och observationsenhet har minskat.

Övriga kommentarer:

Teamets konstellation har förändrats under projektets gång. Flertalet av de sjuksköterskor som ingick i projektet och som skulle informera vid rapporterna har avslutat sin tjänst.

Tanken var även att tjänstgörande sjuksköterska skulle föra statistik på eventuella incidenter som har skett efter våra förändringar på avdelningen. Detta har inte gjorts och därmed har det uppstått svårigheter i informationsbearbetningen och mycket data har samlats in genom journalstudier. Projektets placering under sommarhalvåret har medfört svårigheter att fullfölja projektgruppens planering och åtaganden.

För ytterligare information

Natalie Pettersson, behandlingspedagog- natalie.pettersson@ltkronoberg.se

Anthony Persson, behandlingspedagog - anthony.persson@ltkronoberg.se

Anderas Bergqvist, skötare - andreas.bergqvist@ltkronoberg.se

Kontakttelefon: 0470-589947 eller 070-4463370

Bilaga 1- Enkät om delaktighet i vården

Enkät

Ringa in det svarsalternativ som passar bäst.

1= Instämmer inte alls. 2= Instämmer lite. 3= Instämmer måttligt.

4= Instämmer mycket. 5= Instämmer väldigt mycket.

Känner du dig delaktig i din vård?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Jag är medveten om vad ett vårduppdrag är och vem som beslutar vad vårduppdraget skall innehålla?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Jag är medveten om vad en omvårdnadsplan är?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Jag är medveten om vad en vårdkonferens är?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Har du några förslag på förändringar som kan öka din delaktighet?

Bilaga 2 – Informationsblad till patienter

Vårduppdrag

Rättspsykiatriska kliniken i Växjö får ett uppdrag av Ditt hemlandsting att vi ska hjälpa Dig med något som de inte kan. Till exempel: Uppdraget kan vara att patienten behöver hjälp att hantera sitt självskadebeteende eller att skapa en fungerande tillvaro med schema och aktiviteter. Uppdraget kan även vara att Du ska genomgå en neuropsykiatrisk utredning eller genomgå missbruksprogrammet. Ditt vårduppdrag kan komma att ändras under din vårdtid hos oss, då ditt hemlandsting anser att det finns mer som vi kan hjälpa till med.

Omvårdnadsplan

När vi i Växjö vet vad Ditt hemlandsting vill att vi ska hjälpa dig med (när vi vet vad vi har för vårduppdrag!) skriver vi en omvårdnadsplan. Omvårdnadsplanen skrivs av Din sjuksköterska och ditt team. I Din omvårdnadsplan ska det stå vad vårt uppdrag är, saker som vi ska tänka på och hur vi ska hjälpa dig. Det kan exempelvis stå att vi ska hjälpa dig med ADL, aktivitet, sömn, missbruk, självskada osv. och även hur vi ska hjälpa dig med att nå dessa mål.

Vårdkonferens

Vårdkonferens är ett möte där Du själv, Din läkare, sjuksköterska och Ditt team träffas och pratar. Vårdkonferensen brukar delas in i tre steg: Det första steget innebär att man pratar om vad som hänt sedan förra vårdkonferensen. Om det råkar vara en patients första vårdkonferens innebär det första steget att prata om den information som finns om patienten för att kunna identifiera kunskapsluckor. Det andra steget innebär att teamet tillsammans med patienten prioriterar vilka områden som är viktiga att jobba vidare med och därefter gör man tillsammans upp en planering och tar de beslut som behövs för nästkommande period. Det tredje steget är att sjuksköterskan skriver en sammanfattning av vad Ni tillsammans har bestämt under mötet och detta lägger man in i journalen så att det finns till nästa möte. Vårdkonferens hålls var 6:e till 10:e vecka.

Vårduppföljning

Två gånger om året träffas Du, Din läkare, en socionom, sektionsledaren och en eventuell representant från öppenvården/från Ditt hemlandsting på det som kallas för Vårduppföljning. Meningen med det här mötet är att man ska ha kontakt med Ditt hemlandsting så att de får veta hur det går för Dig här. Vi pratar också om hur länge Du behöver stanna hos oss.

Bilaga 3 Medarbetarenkät om trygghet och tvångsåtgärder

Medarbetarenkät

Vänligen besvara följande påståenden genom att markera med ett kryss i den ruta som Du anser stämmer överens med Din upplevelse.

Enkäten är anonym. När Du har fyllt i enkäten fullständigt lämnas den i personalfacket på expeditionen.

1. Jag känner till de rutiner/riktlinjer angående tvångsåtgärder som finns på min arbetsplats.

Stämmer inte alls

Stämmer helt

2. Jag upplever att alla på min arbetsplats följer de rutiner/riktlinjer angående tvångsåtgärder vi har.

Stämmer inte alls

Stämmer helt

3. Jag har möjlighet att föra dialog och att lyfta oklarheter kring tvångsåtgärderna på min arbetsplats.

Stämmer inte alls

Stämmer helt

4. Jag upplever att tvångsåtgärder alltid används i rätt situationer och i rätt omfattning på min arbetsplats.

Stämmer inte alls

Stämmer helt

5. Jag känner mig trygg i hur jag ska göra i användandet av tvångsåtgärder vid vård av patient.

Stämmer inte alls

Stämmer helt

Tack för Din medverkan!