

Projektrapport

Bättre vård – Mindre tvång

Team 110 Avdelning 32 Sunderby sjukhus

Syfte med deltagandet i Genombrott	Teammedlemmar
Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	<i>Enhetschef Ingela Tideryd, ingela.tideryd@nll.se (Kontaktperson) Sjuksköterska Richard Berg Skötare Lars Eriksson Skötare Johnny Lejon Överläkare Renate Skadina Psykiatrisjuksköterska Anja Söderberg</i>

Projektets övergripande mål

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

Sammanfattning

I syfte att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder har vi genom fokus på omvårdnadsplanering försökt göra patienten mer delaktig i sin vård, samtidigt som vi genom omvårdnadsplanerna får fram gemensamma mål att arbeta mot som gör såväl patient som personal tryggare. För att öka behandlingskvaliteten och lägga en tydlig grund för behandlings- och omvårdnadsplanering har vi på läkarsidan strävat efter att alla patienter ska ha en diagnos eller arbetsdiagnos. Tanken är att vi vid rapporteringstillfällen ska fokusera och lägga stor vikt vid patientens omvårdnadsplanering.

För att kunna förbättra kvalitet, säkerhet och bemötande vid tvångsåtgärder har vi efter genomförd tvångsåtgärd använt en mall för eftersamtal (Bilaga 1). Detta syftar till att patienten ska uppleva sig mer delaktig i situationen och förbättra relationen mellan patient och personal. Personal har även fått ökad kunskap genom patientens upplevelse.

Samtlig personal har deltagit i en eftermiddags utbildning i avdelningens handlingsprogram för hot och våld (Bilaga 2). Detta för att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder, då utbildad och trygg personal kan hjälpa patienten att känna sig trygg och säker genom ett mer enhetligt, säkert och respektfullt bemötande vid tvångsåtgärder.

Bakgrund

Upptagningsområde:

Luleå, Boden, Kalix, Haparanda, Övertorneå och Överkalix kommun: 160 000

Jourtid:

Ovan nämnda område (Sunderby verksamhetsområde) samt Piteå verksamhetsområde: 60 000

Avdelning 32 är en akutpsykiatrisk slutenvårdsavdelning med 32 vårdplatser. Personalen är uppdelad på tre vårdlag, rött och blått vårdlag som ansvarar för tolv patienter vardera och grönt vårdlag som ansvarar för åtta patienter. Till oss kommer alla patienter över 18 år som är i behov av psykiatrisk slutenvård och som tillhör vårt upptagningsområde, vilket betyder att vi tar emot patienter med alla olika psykiatriska diagnoser och symtom och vi vårdar patienter enligt både HSL och LPT. I anslutning till avdelningen finns en akutmottagning med tillhörande telefonrådgivning som är öppen dygnet runt. Vi har ett stort patientflöde med en mycket varierande vårdtid. Avdelningen bemannas av psykiatriker, underläkare, sjuksköterskor och skötare. Vi tar emot ett stort antal studenter varje år, både på läkar-, sjuksköterske- och skötarsidan.

Personalen upplever stressnivån som hög, många känner sig otillräckliga och miljön på avd känns ostrukturerad och rörig. Detta leder i sin tur till en stundtals dålig stämning med mycket missnöje och negativa attityder förekommer. Eftersom arbetsmiljön uppfattas som påfrestande så är personalomsättningen hög. Behovet av ökad kunskap inom området tvångsvård är stort, och omvårdnaden och patientfokus är i många avseenden bristande. Att utveckla ett mer kvalitativt och säkert sätt att arbeta med tvångsåtgärder samt att kunna erbjuda en aktiv och välplanerad omvårdnad där patienten är delaktig har hög prioritet. Med detta projekt vill vi skapa förutsättningar för en mer strukturerad och patientnärmre vård där såväl patienter som personal kan känna sig trygga och delaktiga i vad som händer på avdelningen.

Mål

Målen är utformade utifrån SKL:s tre huvudmål:

Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder

Mål 1: Ökad behandlingskvalité för LPT-patienter genom säkrare statistik och tydlig grund för behandlings- och omvårdnadsplanering.

Mätbart mål: 100 % av LPT-patienterna ska ha en diagnos eller arbetsdiagnos. Huvudmål uppfyllt i september 2012. Delmål är att två testcyklar ska vara genomförda till juni 2012.

Mål 2: Personal och patienter jobbar mot ett gemensamt mål vilket leder till trygga och delaktiga patienter.

Mätbart mål: 100 % av LPT patienterna ska ha en omvårdnadsplan inom 72 timmar. Huvudmål uppfyllt i september 2012. Delmål är att 50 % av patienterna har en omvårdnadsplan i juni 2012.

Mål 3: Ökad trygghet och delaktighet för LPT-patienter.

Mätbart mål: 50 % av patienterna ska uppleva sig delaktig i sin omvårdnadsplanering. Huvudmål uppfyllt i september 2012. Delmål är att 25 % av patienterna ska uppleva sig delaktiga i sin omvårdnadsplanering i juni 2012.

Att förbättra patienternas upplevelser av tvångsåtgärder

Mål 4: Förbättrad kunskap om patientens upplevelse av tvångsåtgärder för att kunna förbättra kvalité, säkerhet och bemötande i dessa situationer.

Mätbart mål: 100 % av-LPT patienterna ska erbjudas eftersamtal inom 48 timmar efter tvångsvårdsåtgärd. Huvudmål uppfyllt i september 2012. Delmål är att 50% av LPT-patienterna som utsatts för tvångsåtgärd ska erbjudas samtal inom 48 timmar i juni 2012.

Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder

Mål 5: Trygg personal leder till trygga patienter och ett mer enhetligt, säkert och respektfullt bemötande till patienter som utsätts för tvångsåtgärder.

Mätbart mål: 100 % av personalen ska känna till och följa handlingsprogram för hot och våld (Bilaga 2). Huvudmål uppfyllt i september 2012. Delmål är att 75% ska känna till och följa handlingsprogrammet för hot och våld i juni 2012.

Förändringar som testats

Mål 1: 100 % av LPT-patienterna ska ha en diagnos eller arbetsdiagnos.

Teamet började testa denna förändring under två veckors tid där överläkare som var med i teamet diagnosregistrerade sina patienter vid 6b-prövningen. Hon kunde inte se några svårigheter med detta varför hon sedan förde upp förändringsidén på läkarmöten varje vecka för att involvera samtliga läkare i förändringsarbetet, detta för att samtliga patienter skulle få en diagnos eller arbetsdiagnos. Diagnosen eller arbetsdiagnosen är sedan en utgångspunkt för framtida behandlings- och omvårdnadsplanering för att ha en tydlig grund att stå på och underlätta för utformningen av gemensamma mål för patienten och samtliga involverade personalgrupper.

Mål 2: 100 % av LPT patienterna ska ha en omvårdnadsplan inom 72 timmar.

Arbetet med omvårdnadsplaner var inte i fokus på avdelningen och det saknades en fungerande struktur för omvårdnadsarbetet. Att utforma omvårdnadsplaner tillsammans med patienter sågs inte som en självklar arbetsuppgift och det fanns en utbredd uppfattning att det inte gick att genomföra med de sjukaste patienterna. Teamdeltagarna började testa förändringsidén med att själva utforma omvårdnadsplaner tillsammans med patienter, vilket gick att genomföra och visade på vikten av att den som genomför vårdplanen tillsammans med patienten jobbar aktivt i det vårdlag som patienten tillhör. Relationen till patienten var grunden till att få en bra omvårdnadsplan och gjorde det lättare att hålla tidsgränsen (som vid första testcykeln var på 24 timmar), och det aktiva deltagandet i patientens vård ledde till att omvårdnadsplanen i större grad fullföljdes. Teamet fortsatte därefter med att involvera avdelningspersonalen i arbetet med omvårdnadsplanerna, och bäst resultat uppnåddes då vårdlagsansvariga hade som rutin att vid rapportering se över vilka patienter som behövde en omvårdnadsplan och strukturera upp arbetet kring dessa. Tanken är att omvårdnadsplanen ska ses som en självklar arbetsuppgift i det dagliga avdelningsarbetet och att rapportering ska ha denna som utgångspunkt i syfte att patienten ska bli trygg och delaktig genom att jobba mot gemensamma och välplanerade mål.

Mål 3: 50 % av patienterna ska uppleva sig delaktig i sin omvårdnadsplanering.

Eftersom syftet med patientens deltagande i sin omvårdnadsplan är att denne ska uppleva sig trygg och delaktig har patienter som deltagit i sin omvårdnadsplanering fyllt i en enkät med tre frågor som mäter upplevelse av trygghet och delaktighet (Bilaga 3). Som ett första test ansvarade teammedlemmarna för att dela ut och samla in enkäterna om delaktighet, och vi involverade sedan övrig avdelningspersonal genom samma struktur som vid arbetet med omvårdnadsplaner, det vill säga att det gjordes till en stående punkt vid rapportering och högst antal enkäter delades ut och samlades in när vårdlagsansvarig tog hand om att strukturera upp arbetet.

Mål 4: 100 % av-LPT patienterna ska erbjudas eftersamtal inom 48 timmar efter tvångsvårdsåtgärd.

Första steget i denna förändringsidé var att teammedlemmarna enades om en mall för eftersamtal (Bilaga 1) och testade idén genom att genomföra eftersamtal med två patienter inom 48 timmar efter genomförd tvångsåtgärd. Vi involverade därefter övrig avdelningspersonal för att alla patienter som blivit utsatta för tvångsåtgärder skulle erbjudas eftersamtal inom angiven tidsram. Teammedlemmarna har samlat in information om vilka patienter som utsatts för tvångsåtgärder och därefter uppmärksammat personal i aktuellt vårdlag som sedan ansvarat för att patienten erbjudits eftersamtal. Att erbjuda eftersamtal ska ses som en naturlig följd efter genomförd tvångsåtgärd och syftar till att få förbättrad kunskap om patientens upplevelse av tvångsåtgärder för att kunna förbättra kvalitet, säkerhet och bemötande i dessa situationer.

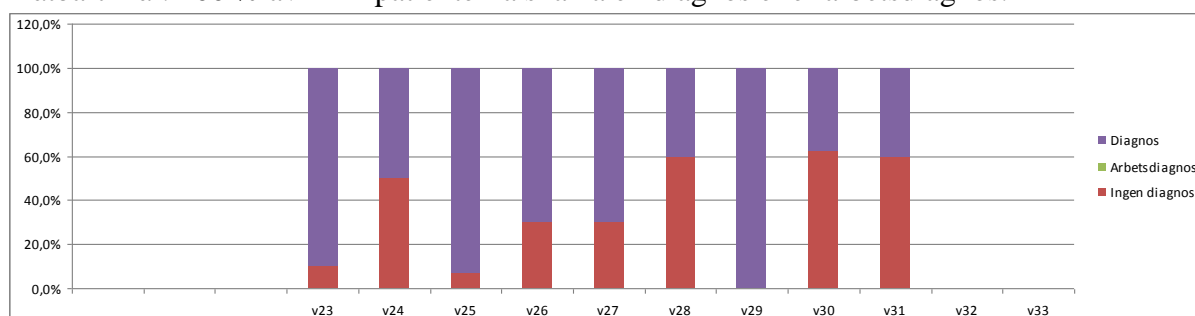
Mål 5: 100 % av personalen ska känna till och följa handlingsprogram för hot och våld.

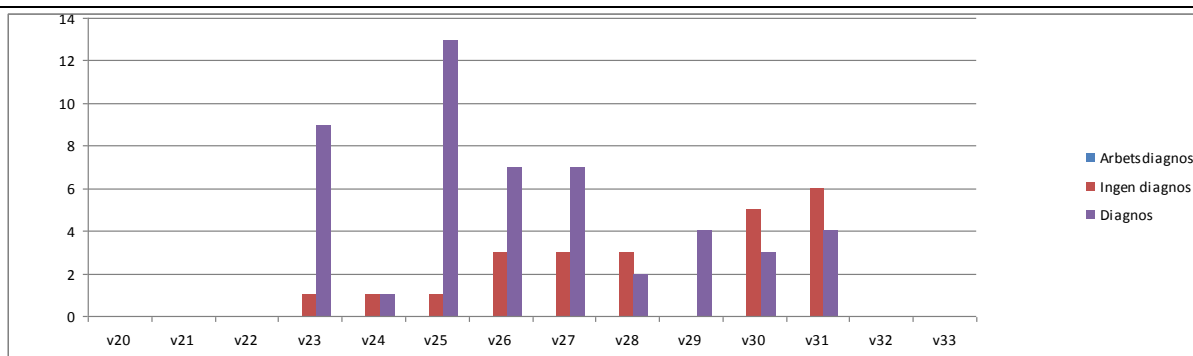
Teamet började med att med hjälp av enkät (Bilaga 4) undersöka personalens aktuella kunskapsnivå vid projektets start. Enkätresultatet visade på stora behov av utökad kunskap inom avdelningens hot- och våldprogram, varför all personal deltog i en eftermiddags utbildning i hot- och våldprogrammet. Samma enkät delades sedan ut igen vilken visade att kunskapsnivån hade förbättrats betydligt. Teamet utformade sedan en checklista utifrån hot- och våldprogrammet (Bilaga 5) som teamdeltagare gick igenom med berörd personal efter genomförd tvångsåtgärd, detta för att undersöka hur hot- och våldprogrammet omsätts i praktiken.

Resultat

Mål 1: Ökad behandlingskvalité för LPT-patienter genom säkrare statistik och tydlig grund för behandlings- och omvårdnadsplanering.

Mätbart mål: 100 % av LPT-patienterna ska ha en diagnos eller arbetsdiagnos.

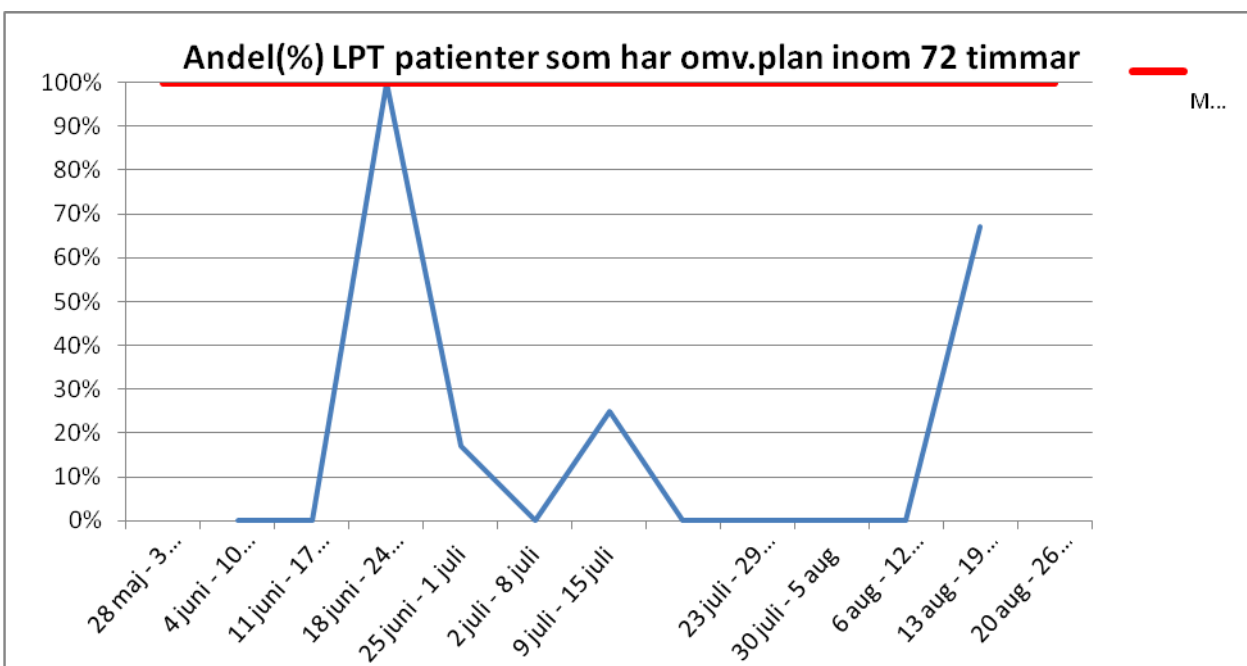




Måluppfyllelsen har under projekttiden visat stor variation inom detta område, en vecka har samtliga patienter fått en registrerad diagnos och vissa veckor mindre än hälften. Det första diagrammet visar procentuell diagnosregistrering per vecka och det andra diagrammet visar antal diagnosregistreringar per vecka.

Mål 2: Personal och patienter jobbar mot ett gemensamt mål vilket leder till trygga och delaktiga patienter.

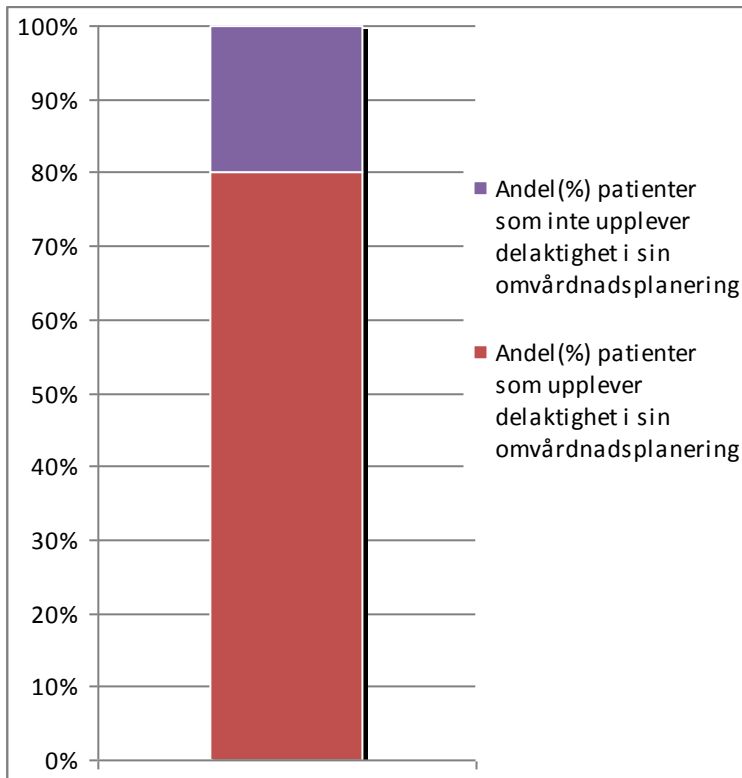
Mätbart mål: 100 % av LPT patienterna ska ha en omvårdnadsplan inom 72 timmar.



Våra mätningar har visat varierande resultat även på detta område. Vi har under testcyklarna provat olika former av arbetsfördelning för att få bästa möjliga struktur med varierande resultat. Vi märkte en kraftig nedgång i antalet patienter som deltog i sin omvårdnadsplanering under andra semesterperioden då flertalet ordinarie personal och teamdeltagare hade semester.

Mål 3: Ökad trygghet och delaktighet för LPT-patienter.

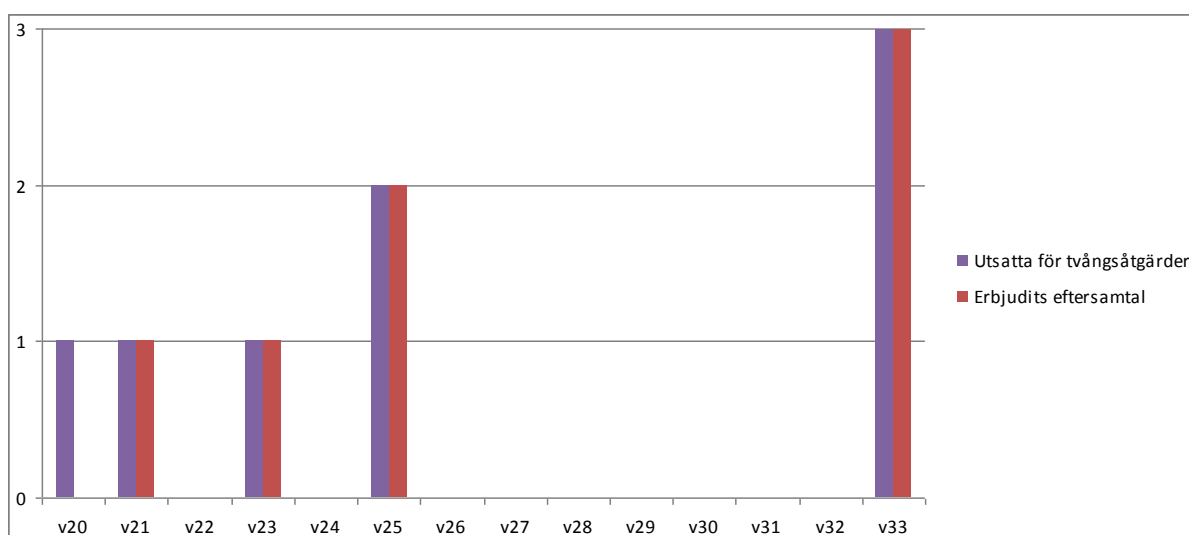
Mätbart mål: 50 % av patienterna ska uppleva sig delaktig i sin omvårdnadsplanering.



Svarsfrekvensen på detta område var mycket lågt, vi fick endast in fem enkätsvar. Svaren vi dock fick in visar på att merparten av patienterna som deltagit i sin omvårdnadsplanering kände sig trygga och delaktiga.

Mål 4: Förbättrad kunskap om patientens upplevelse av tvångsåtgärder för att kunna förbättra kvalitet, säkerhet och bemötande i dessa situationer.

Mätbart mål: 100 % av-LPT patienterna ska erbjudas eftersamtal inom 48 timmar efter tvångsvårdsåtgärd.

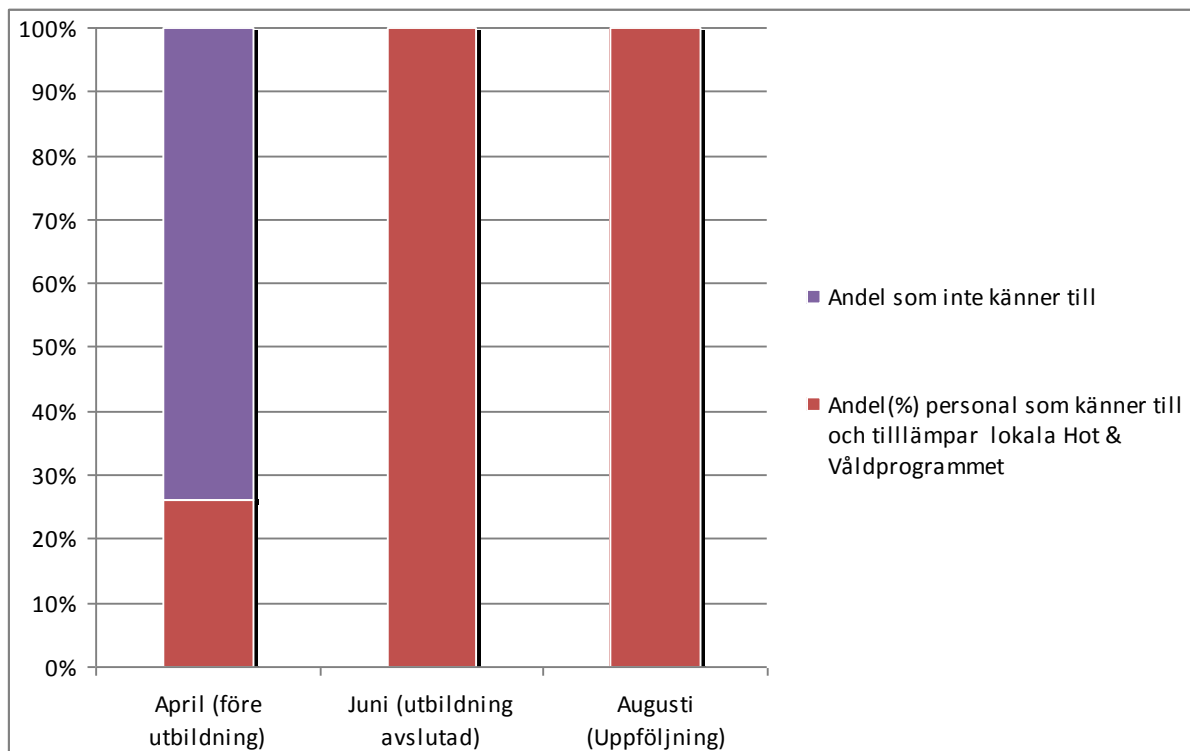


Under vissa veckor har samtliga patienter som utsatts för tvångsåtgärder erbjudits eftersamtal inom 48 timmar. Under sju veckor saknas tyvärr statistik vilket tyder på att arbetet med eftersamtal sviktade under andra semesterperioden.

Mål 5: Trygg personal leder till trygga patienter och ett mer enhetligt, säkert och respektfullt

bemötande till patienter som utsätts för tvångsåtgärder.

Mätbart mål: 100 % av personalen ska känna till och följa handlingsprogram för hot och våld.



Vid projektets början visade mätningar på att behovet av utbildning i avdelningens program för hot och våld var mycket stort, varför utbildning påbörjades omgående med mycket gott resultat. Enligt resultat från checklistan (som dock bara utförts i två fall varför ingen statistik utformats) har personal som deltagit i utbildningen i hot och våld kunnat omsätta kunskapen vid situationer med tvångsåtgärder.

Redovisning av tvångsåtgärder

Se Bilaga 6.

Diskussion

Mätningar av antal patienter som har fått en diagnos eller arbetsdiagnos visar att det finns en stor variation inom detta område. Vid närmare granskning har vi inte kunnat se något mönster gällande tid på dygnet eller om det blivit mindre diagnosregistreringar under perioder av ökad arbetsbelastning på avdelningen. Däremot har det blivit tydligt att de veckor när ordinarie överläkare tjänstgjort på avdelningen har samtliga LPT-patienter fått en diagnos eller arbetsdiagnos. Det ligger således på personnivå och samförståndet i läkargruppen har inte uppnåtts till fullo. Teamet planerar arbeta vidare med detta genom att synliggöra resultatet för verksamhetschef och chefsöverläkare och det finns behov av att utforma en tydlig rutin för diagnosregistrering som underlättar för tillfälligt tjänstgörande läkare som inte tillhör kliniken. Förändringsidén kommer fortsätta vara en stående punkt på läkarmötena varje vecka, och då kommer detta även illustreras konkret med hjälp av teamets mätningar och resultat.

Gällande teamets mål med omvårdnadsplaner har våra mätningar visat varierande resultat även på detta område. Vi har under testcyklarna provat olika former av arbetsfördelning för

att få bästa möjliga struktur med varierande resultat. Det har blivit tydligt att utformandet av omvårdnadsplaner inte ses som en naturlig del i arbetet, och om ingen särskild person utses att vara ansvarig för omvårdnadsplanerna, det vill säga om ansvaret ligger på hela vårdlaget tillsammans, uteblir arbetet med omvårdnadsplanerna till stor del. Vi märkte även en kraftig nedgång i antalet patienter som deltog i sin omvårdnadsplanering under andra semesterperioden då flertalet ordinarie personal och teamdeltagare hade semester, i kombination med låg bemanning på avdelningen. Under samma period dalade även antalet patienter som fick en diagnos eller arbetsdiagnos, vilket kan ses som ett tecken på att vår hypotes att diagnos eller arbetsdiagnos ska ligga till grund för omvårdnadsplanering stämmer. Trots att vi inte nått hela vägen fram i arbetet med omvårdnadsplaner har teamet märkt av ett ökat intresse och positiv inställning till omvårdnadsplaner hos övrig avdelningspersonal och i slutet av projekttiden har vårdlagen tagit upp behovet av omvårdnadsplaner vid rapporteringstillfällen utan påminnelse från teamdeltagare. Personal har uttryckt positiv förvåning över att det gått att samarbeta även med de sjukaste patienterna vid utformandet av omvårdnadsplaner. Sammantaget anser teamet att arbetet med målet med omvårdnadsplaner inneburit ett steg i rätt riktning mot ökad delaktighet och trygghet för patienten samt en mer välorganiserad och planerad omvårdnad.

Efter genomförd omvårdnadsplanering mätte vi med hjälp av enkät patientens upplevelse av delaktighet och trygghet, eftersom detta var syftet med omvårdnadsplanen. Även här hade vi problem med arbetsfördelningen kring utdelande och insamlande av enkäter och vi fick in ett lågt svarsantal. Svaren vi dock fick in visar på att merparten av patienterna som deltagit i sin omvårdnadsplanering kände sig trygga och delaktiga. Vissa patienter kände sig dock varken trygga eller delaktiga trots att de deltagit i sin omvårdnadsplanering, och när vi tittade närmare på detta kunde vi upptäcka två stora faktorer som vi tror inverkar på patientens upplevelse av delaktighet och trygghet. För det första har omvårdnadspersonalen mycket varierande kunskap kring arbete med omvårdnadsplaner vilket gör att kvaliteten på dessa också har stor variation. Den andra faktorn vi kunnat se är att även om patienten deltagit i sin omvårdnadsplanering och känt sig nöjd med denna, så minskar självklart dennes upplevelse av delaktighet och trygghet om personal sedan inte är insatt i planeringen och den inte fullföljs. Dock tyder resultatet av detta målområde på att patienter som deltar i sin omvårdnadsplanering känner sig trygga och delaktiga i vården.

Att erbjuda patienter som utsatts för tvångsåtgärder eftersamtal har följt samma mönster som ovan nämnda målområden, det vill säga att eftersamtal ännu inte ses som en självklar arbetsuppgift och det faller bort under perioder när det inte funnits en mycket tydlig struktur. Detta tolkar vi som ett tecken på behov av ökad kunskap inom området för att minska osäkerhet och till fullo förstå vikten av eftersamtal. Teamets uppfattning är att personalen upplever det som positivt att vi börjat erbjuda eftersamtal till patienterna och att patienternas upplevelser tas tillvara och förmedlas tillbaka till arbetsgruppen. Personalen har även fått positiv feedback från patienter som utsatts för tvångsåtgärder genom eftersamtalen. En patient som deltagit i eftersamtal har varit ineliggande på LPT under en lång period och varit utsatt för ett flertal tvångsåtgärder, och har velat delta i eftersamtal vid fler än ett tillfälle vilket kan ses som en indikation på att hon uppfattar eftersamtalen som värdefulla. I detta fall har även kunskapen från eftersamtalen kunnat användas vid senare situationer när tvångsåtgärder blivit aktuella, och patienten har känt sig nöjd med personalens agerande. Att erbjuda eftersamtal efter genomförd tvångsåtgärd ses som en kvalitetshöjning där vi får förbättrad kunskap om patientens upplevelse av tvångsåtgärder och genom detta kunna förbättra kvalitét, säkerhet och bemötande i dessa situationer.

Vid projektets början visade mätningar på att behovet av utbildning i avdelningens program för hot och våld var mycket stort, varför utbildning påbörjades omgående med mycket gott

resultat. Utöver ökad praktisk och konkret kunskap upplever teamet att diskussionerna i personalgruppen kring hot-, våld- och tvångssituationer varit mycket givande, både under utbildningstillfällena och efteråt i avdelningsarbetet. Efter genomgången utbildning har omsättning av kunskap i praktiken varit mycket god, och utbildningen och efterföljande diskussioner som uppstått har även haft positiv inverkan på övriga målområden. När exempelvis checklistan gått igenom med berörd personal efter tvångsåtgärd har personal uppfattat det som mycket givande att även ta del av patientens upplevelse som fångats upp genom eftersamtal, varför också eftersamtalen fått ökat fokus och intresse. Information som framkommit vid genomgång av checklistan har också lett till att behandlingsstrategier upprättats tillsammans med patient och överläkare, och att omvårdnadsplaneringen justerats. Utbildningen har således inneburit en kvalitetshöjning på ett flertal områden, både i konkreta hot-, våld och tvångssituationer men också i det förebyggande arbetet.

Så här involverade vi patienter och deras närstående

Förutom patienternas deltagande i omvårdnadsplaneringar och eftersamtal involveras de genom intervjuer och enkäter. I samband med dessa aktiviteter har de fått information om projektet och syftet med detta. Teamet har varit i kontakt med brukarorganisationer per telefon och planerat möte med dess representanter, detta har dock inte hittills gått att samordna utan kommer att ske under hösten. Föreläsning från brukarorganisationen Attention är inplanerad under början av hösten, där en av avdelningens före detta patienter kommer att berätta om sina upplevelser av tvångsvården och vilka förbättringsområden som finns ur patientsynpunkt. Vi ser detta som en bra fortsättning på projektet och som en uppstart för vidare förbättringsarbete.

Sammanfattning av projektiden så här långt

Vi anser att vårt deltagande i projektet är ett stort steg mot våra egna utformade mål och SKL's övergripande mål och syfte, även om våra egna måluppfyllelser inte blev helt fullständiga. Inom samtliga målområden tycker vi oss kunna se att projektet väckt intresse och medvetenhet hos avdelningspersonalen, samtidigt som vi insett vikten av en fungerande avdelningsstruktur och en grundläggande ordning och reda för att förändringarna ska kunna fungera fullt ut. Samtliga målområden kommer vi att arbeta vidare med, och genom projektet har vi kunnat urskilja grundläggande faktorer som vi behöver förbättra för att förändringsarbetet ska kunna fortgå:

- Struktur inom vårdlagen. Vi behöver utveckla samarbetet och kontinuiteten inom vårdlagen för en mer fokuserad och patientnärmre vård med tydligt ansvarsområde. Avdelningen har påbörjat detta arbete med att se över personalscheman och att under en begränsad period utse två skötare som fungerat som vårdlagsansvariga, vilket nu ska utvärderas för eventuell vidare planering.
- All rapportering ska ske från patientjournalen och med utgångspunkt från patientens omvårdnadsplan.
- Ökad kunskap i omvårdnadsprocessen och utformandet av omvårdnadsplaner.
- En mer gynnsam vårdmiljö som underlättar mötet mellan patient och personal och skapar en lugnare omgivning.

Vi har genom projektet lärt oss ett fungerande sätt för att bedriva förändringsarbete med hjälp av testcyklar och vi ser projektdeltagandet som ett startskott för vidare förändringsarbete.

Projektgruppen kommer att kvarstå och även utökas för att sprida kunskap och öka delaktigheten hos avdelningspersonalen. Vi kommer fortsätta mäta och föra statistik över vårt förändringsarbete för att lättare kunna utvärdera och föra tillbaka till personalgruppen. Projektet kvarstår som en stående punkt på arbetsplatsträffar.

Övriga kommentarer

Bilaga 1

Eftersamtal med patienter efter utförd tvångsåtgärd

Patienten ska informeras om anledningen till samtalet samt tidpunkten

Patientens tillstånd avgör när samtalet hålls, *dock senast 1 vecka* efter tvångsepisoden

Patienten ska få möjlighet att sätta ord på de känslor och upplevelser som han/hon hade i samband med tvångsåtgärden och syftet är att förbättra kvalitén på tvånget och minimera behovet av tvångsåtgärder.

Samtalet ska ske ostört, vara ca **15 minuter**. Patienten ska få tid att formulera sig och det är i första hand **kontaktpersonen** som håller i det.

Referera patienternas ord, tolka ej.

Ställ frågorna som de är skrivna, förstår patienten inte frågan kan du förklara den vidare.

1. Försökte du meddela personalen att du höll på att förlora kontrollen och att du hade användning för stöd/hjälp
2. Kunde personalen ha hjälpt dig att återvinna kontrollen innan tvångsåtgärden?
3. Vad tror du var orsaken till tvångsåtgärden?
4. Fick du information om varför tvångsåtgärd utfördes?
5. Upplevde du smärtor/obehag i samband med tvångsåtgärden?
6. Var du nöjd med den omvårdnad personalen gav dig under tiden?
7. Blev du behandlad med respekt och medmänsklighet före/under/efter tvångsåtgärden?
8. Vill du prata med personalen som utförde åtgärden?
9. Vad ska personalen tänka på i framtiden om liknande situation uppstår?

Avsluta med att ge läkaren/personalens version av händelsen

Eftersamtalet skall dokumenteras i melior under sökord: psykosocialt

Bilaga 2

Hot och Våld Handlingsprogram Vuxenpsykiatri Sunderby verksamhetsområde

Förebyggande åtgärder

För att förebygga att hot-och våldsituationer uppstår bör man tänka på att:

- vara medveten om problemområdet
- personalen skall vara väl insatt i arbetsplatsens handlingsplan
- all personal skall känna till arbetsrutiner och ansvarsfördelning
- personalen skall ha adekvat utbildning
- all personal skall känna trygghet i arbetslaget och stöd från sin arbetsledare
- arbeta i en genomtänkt och för ändamålet anpassad organisation

Bemötande gentemot patienter

- ta vara på patienternas möjligheter till medverkan och inneboende resurser
- bemöt patienter med respekt
- använd ett klart och tydligt språk
- gränssättning utan att inkräkta på patientens integritet
- var uppmärksam och tolka tidiga tecken på stegrande oro/rädsla/agitation

Planerade samtal

Lägg tyngdvikten vid att patienten är så trygg som möjligt i samtalssituationen, t ex vilka personer som deltar och placeringen i rummet.

- planera i god tid plats, tid, innehåll, klargöra samtalstiden och närvarande personer
- samtalsrummets utformning, hur man sitter, flyktvägar
- presentera alla i rummet, tala om syftet med träffen
- kom gemensamt överens om dagordning för samtalet
- utsedd person leder samtalet
- tala tydligt om vad som dokumenteras och varför
- låt alla komma till tals och var speciellt lyhörd för patienten
- var uppmärksam på tiden
- var lyhörd om patienten av någon anledning vill avsluta samtalet, gör isåfall upp om ny tid fortsättning
- avsluta samtalet med att göra en sammanfattning och försäkra om att patienten har uppfattat vad man kommit överens om.

Väntade konflikter

Tjänstgörande sjuksköterska har ansvar för att följande genomförs av teamet:

- förbered genom att ta reda på fakta och information. Brukar våld förekomma, vilken typ av våld? Försök ta reda på eventuella utlösande faktorer
- se över bemanning,
- planera för eventuella åtgärder, vem gör vad?
- Kontakta ansvarig läkare och informera angående patienten (vad kan hända?)

- se över åtgärder som kan trygga patienten, skapa allians med patienten
- ta reda på vilka andra åtgärder som brukar hjälpa

Åtgärder i akuta situationer

Personalen bör:

- ha rollfördelning mellan personal - vem gör vad, utsedd personal sköter samtalet med patienten
- utsedd personal tar hand om övriga patienter så de inte är i direkt anslutning till situationen
- lyssna och läs av eventuella signaler, kroppsspråk patient - personal
- vid avledning möt patienten, slut upp vid patientens sida, ej ansikte mot ansikte
- tydlig information och kommunikation mellan personal - patient
- all personal sluter upp och finns i närheten för att ge dämpande effekt
- försöka dämpa konfliktsituationen på ett respektfullt sätt
- föreslå alternativa lösningar
- överväg medicinering
- respektera känslor av aggression
- försöka avleda aggressionen på ett lugnt sätt
- uppmuntra patienten att verbalisera sin rädsla och ilska
- samtala med patienten och försöka ta reda på orsakerna
- försvåras situationen **LARMA EFTER HJÄLP!**
- informera arbetsledning/medicinskt ansvarig läkare
- efter händelsen återsamling för utvärdering.

Personalen bör inte:

- undvika en agiterad patient
- svara på aggressivitet med ilska
- höja rösten eller argumentera
- bli känslomässigt involverad
- ljuga för att manipulera
- hota patienten
- ställa krav som inte går att genomdriva
- ingripa fysiskt annat än om situationen är ohållbar
- vända ryggen mot en aggressiv patient
- lämna en arbetskamrat ensam

Uppföljning

- all berörd personal ska samlas före hemgång och diskutera den inträffade incidenten
- den drabbade medarbetaren ska erbjudas krisstöd
- händelsen ska utredas och dokumenteras, bl a patientjournal och rapportblankett
- dokumentationen lämnas till arbetsledare och verksamhetschef
- genomgång av händelsen med den drabbade sker nästa dag, med uppföljning ex.vis efter 3 veckor och 6 månader.
- den drabbade personalen ska erbjudas stödåtgärder

- genomgång och utvärdering av händelsen med patienten så snart som möjligt med dokumentation i journal
- omplacering av patienten kan övervägas
- genomgång med all berörd personal dagens efter eller så snart som möjligt

Fördelning av ansvarsområden för Hot och Våld

Tjänstgörande sjuksköterska:

- ansvarar för första omhändertagandet av de drabbade under arbetsskiftet
- ser till att händelsen dokumenteras och rapporteras vidare till arbetsledaren
- ser till att den/de drabbade eventuellt följs hem och ej lämnas ensam
- överväg att meddela anhöriga

Som medarbetare har du ansvar för:

- ovillkorligt stöd och sympati för den drabbade
- kunna tala om händelsen
- eventuellt följa den drabbade hem
- lugna anhöriga vid behov

Som chef har du ansvar att:

- stödja
- utreda händelsen
- dokumentera det inträffande
- rapportera till verksamhetschef
- försäkra om att offret har stöd hos kollegor
- överväga polisanmälan
- se till att offret får professionell hjälp

Anmälningsskyldighet enligt Arbetsmiljöförordningen § 2

Har olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbete föranlett dödsfall eller svårare personskada eller samtidigt drabbat flera arbetstagare skall arbetsgivaren utan dröjsmål underrätta Arbetsmiljöverket. Detsamma gäller vid tillbud som inneburit allvarlig fara för liv och hälsa.

Tillägg avseende professionell hjälp/juridisk rådgivning

Arbetsgivaren har att ombesörja juridisk rådgivning/hjälp för sin personal om sådant behov uppstår i efterförloppet av incident/skadetillfälle mellan personal - patient eller patient - patient. Behovet gäller även för personal som kallas för vittnesutsagor.

Bilaga 3

PATIENTENKÄT

1. Jag har blivit bemött utifrån mina individuella önskemål och behov?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Instämmer Instämmer
inte alls helt

2. Jag har haft möjlighet att vara delaktig i planeringen av min vård och behandling?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Instämmer Instämmer
inte alls helt

3. Om jag kände oro över mitt tillstånd eller min behandling, hade jag möjlighet att prata med någon ur personalen om det?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Instämmer Instämmer
inte alls helt

Bilaga 4

Mätningar är ett led i projektet ”Bättre vård mindre tvång” på uppdrag av Sveriges kommuner och landsting. Mätningar kommer att utföras inom flera områden inom psykiatriska heldygnsvården på avdelning 32, med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder i syfte förbättra kvaliteten i metoder och arbetssätt.

Alla enkäter är arbetsmaterial som mätbara och ingår i målsättning att ge en god och säker vård med ett tydligt patientperspektiv. Enkäter och mätningar är också ett sätt att mäta vilken former av kvalitetsförbättrande åtgärder som avdelningen behöver.

Känner du till lokala riktlinjer för hot och våld och använder handlingsprogram **för hot och våld?**

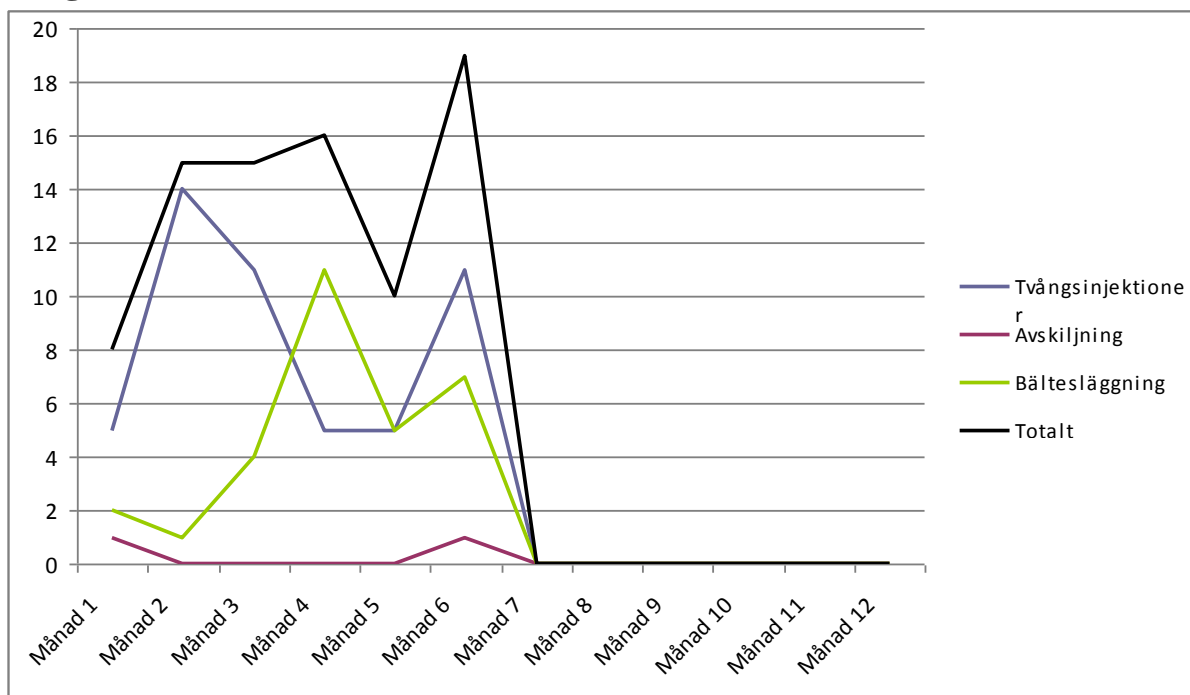
JA

NEJ

Bilaga 5

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Blev någon utsedd att leda tvångssituationen | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Fick patient information om tvångsåtgärd | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. Föregicks tvångsåtgärden av någon annan åtgärd | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. Bar personalen överfallslarm vid situationen | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 5. Pratade personal igenom händelsen efter tvångsåtgärd | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 6. Blev chef informerad om händelsen | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Bilaga 6



Totalt antal tvångsåtgärder

	Antal	Procent	Kvinnor	Män
Förmiddag	21	25%	0	0
Passbyte förmiddag/eftermiddag	16	19%	0	0
Eftermiddag	25	30%	0	0
Passbyte eftermiddag/natt	7	8%	0	0
Natt	14	17%	0	0
Passbyte natt/förmiddag	0	0%	0	0
Totalt	83	100%	0	0

Tvångsinjektioner

	Antal	Procent	Kvinnor	Män
Förmiddag	12	24%		

Passbyte förmiddag/eftermiddag	12	24%		
Eftermiddag	14	27%		
Passbyte eftermiddag/natt	4	8%		
Natt	9	18%		
Passbyte natt/förmiddag	0	0%		
Totalt	51	100%	0	0

Avskiljning

	Antal	Procent	Kvinnor	Män
Förmiddag	2	100%		
Passbyte förmiddag/eftermiddag	0	0%		
Eftermiddag	0	0%		
Passbyte eftermiddag/natt	0	0%		
Natt	0	0%		
Passbyte natt/förmiddag	0	0%		
Totalt	2	100%	0	0

Bältesläggning

	Antal	Procent	Kvinnor	Män
Förmiddag	7	23%		
Passbyte förmiddag/eftermiddag	4	13%		
Eftermiddag	11	37%		
Passbyte eftermiddag/natt	3	10%		
Natt	5	17%		
Passbyte natt/förmiddag	0	0%		
Totalt	30	100%	0	0

Informellt tvång

	Antal	Procent	Kvinnor	Män
Förmiddag	4	67%		
Passbyte förmiddag/eftermiddag	1	17%		
Eftermiddag	1	17%		
Passbyte eftermiddag/natt	0	0%		
Natt	0	0%		
Passbyte natt/förmiddag	0	0%		
Totalt	6	100%	0	0