

*SLUTRAPPORT*

# Bättre vård – mindre tvång

ETT NATIONELLT PROJEKT FÖR ATT UTVECKLA DEN PSYKIATRISKA HELDYGNSVÅRDEN



# Bättre vård – mindre tvång

## Ange undertitel

Klicka här för att ange text.

### Upplysningar om innehållet

Förnamn, Efternamn, E-postadress

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012

ISBN/Beställningsnummer: Ange nummer

Text: Ange namn

Illustration/foto: Ange namn

Produktion: Ange namn

Tryck: Ange namn

Beställ eller ladda ner på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer). ISBN/Beställningsnummer nr

# Förord

Varken inom psykiatrin eller i samband med olika satsningar har heldygnsvården fått den uppmärksamhet som den förtjänar. För tre år sedan ändrades dessa förhållanden. Då såg Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen ett särskilt behov av att satsa på vårdinnehållet i den psykiatriska heldygnsvården. Det resulterade i en tre år lång satsning. Projektet ”Bättre vård – mindre tvång” har tillsammans med verksamheter från hela landet och med andra nationella, regionala och lokala parter genomfört ett genomgripande utvecklingsarbete. Det behöver inte alltid vara de stora stegen som gör skillnad, utan ofta är det alla de små stegen som leder framåt. Socialstyrelsen har ansvaret för att utvärdera satsningen och kommer med en rapport senast november 2013. Detta är projektets slutrapport och redogörelse för vad som utförts under perioden 2010-2012.

Stockholm i december 2012

Ing-Marie Wieselgren

Projektchef

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>2</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>4</b>
<b>Mål och syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>Aktiviteter under 2012</b> .....	<b>7</b>
Delprojekt – praktiskt förbättringsarbete .....	7
Delprojekt – kunskap och kompetens .....	7
Projektgemensamma aktiviteter .....	8
<b>Utbetalning av stimulansmedel 2012</b> .....	<b>9</b>
Hur har landsting/regioner använt stimulansmedlen?.....	10
<b>Uppföljning och förbättring av data</b> .....	<b>11</b>
Ledningsstöd för inrapportering och analys .....	12
<b>Kunskap och kompetens</b> .....	<b>13</b>
Samtal om psykiatrisk tvångsvård.....	14
Inspirationsdagar .....	14
Kompetensplaner .....	15
En annan tid – en interaktiv utställning .....	15
Kunskapsdagar .....	16
<b>Praktiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>17</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>19</b>
<b>Att arbeta med inflytande ... och samverka med andra</b> .....	<b>21</b>
<b>Inte bara ”patienten” eller ”personalen” - om att se hela människan</b> .....	<b>22</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>24</b>
<b>Organisation</b> .....	<b>26</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>27</b>

# Inledning

I en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen från december 2009 har parterna enats om en treårig satsning på den psykiatriska heldygnsvården och där regeringen avsatt 50 miljoner kronor per år under perioden 2010-2012 (bilaga 1). Under åren har 42, 5 miljoner fördelats till landstingen 2010, 43 miljoner kronor 2011 och 42, 5 miljoner kronor 2012 baserat på befolkningens mängd. 7 miljoner 2010, 7 miljoner 2011 och 14 miljoner kronor 2012 till SKL för genomförande av satsningen och 500 000 kronor 2010 och 2012 till Socialstyrelsen för utvärdering. Landstingen har för att få del av stimulansmedlen haft följande krav:

- delta med minst ett team i något av de Genombrottsprogram som SKL erbjuder
- inkomma med en kompetensplan omfattande all psykiatrisk heldygnsvård
- rapportera till det Patientadministrativa registret (PAR) hos Socialstyrelsen

Satsningen har genomförts under namnet ”Bättre vård – mindre tvång” och lett till en projektgrupp på SKL. Projektet har avrapporterats årligen till Socialdepartementet. Utvärdering av projektet kommer att genomföras av Socialstyrelsen med rapportering i november 2013.

# Bakgrund

I Sverige finns idag 4 440 heldygnsvårdsplatser i den psykiatriska vården varav 1 122 är platser i rättspsykiatrisk vård<sup>1</sup>. Psykiatrisk heldygnsvård bedrivs inom såväl allmänpsykiatri som inkluderat avdelningar särskilt inriktade till äldre, rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. De flesta avdelningar som bedriver heldygnsvård har både patienter som tvångsvårdas och som vårdas frivilligt. Det är till och med så att en stor andel av den psykiatriska heldygnsvården, nästan hälften av antalet vård dagar, är vård i enlighet med lagen (1991:1 128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1 129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Att vårda en annan människa, kvinna eller man, mot dennes vilja är något det svåraste som finns och ställer stora krav på vårdens kvalitet och innehåll. I ett flertal rapporter, inventeringen av den psykiatriska heldygnsvården som SKL genomförde 2009/10 och den endagsinventering som Socialstyrelsen genomförde den 6 maj 2008, så konstateras det ett behov av utveckling av innehållet i den psykiatriska heldygnsvården och behov av ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete med fokus på tvång och tvångsåtgärder. I de tidigare satsningar som gjorts inom den psykiatriska vården har fokus i huvudsak legat på verksamheter som ligger utanför heldygnsvården varför regeringen och SKL 2009 beslöt att göra en särskild satsning på heldygnsvården.

Mot denna bakgrund inrättade SKL ett projekt under namnet ”Bättre vård – mindre tvång” som inledde sitt arbete våren 2010.

---

<sup>1</sup> Källa: SKLs insamling av verksamhetsdata för 2010

Projektet Bättre vård – mindre tvång innehåller tre delprojekt under vilka en rad olika aktiviteter genomförts, samtliga i syfte att på olika sätt stödja de övergripande målen:

1. Uppföljning och förbättring av data om tvångsvård och tvångsåtgärder
2. Kunskap och kompetens
3. Praktiskt förbättringsarbete genom Genombrottsprogram





# Mål och syfte

Mål och syfte med projektet bygger på den överenskommelse som tecknades mellan SKL och Socialdepartementet. Målet för överenskommelsen var att stimulera utvecklingen och ett strukturerat förbättringsarbete som höjer kvaliteten i heldygnsvården. Vidare angavs att överenskommelsen skulle bidra till att den psykiatriska heldygnsvården ska kunna erbjuda en kvalificerad vård som motsvarar patienternas behov och som håller hög kvalitet både vad gäller metoder, arbetssätt och bemötande. Data som inrapporterades till PAR skulle användas i förbättringsarbetet och kunskap om aktuella metoder och arbetssätt som visat sig framgångsrika skulle tillgängliggöras för enheterna.

Mål för det praktiska förbättringsarbete, ett av delprojekten, genom genombrottsmetodiken har varit:

- att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder
- att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder
- att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder.

Projektet har fokuserat på tre kunskapsområden avseende att öka kunskapen i den psykiatriska heldygnsvården:

- etik
- juridik
- praktik.

Innehållet i ovanstående redovisas mer ingående under redovisningen av varje delprojekt.

# Aktiviteter under 2012

I detta avsnitt redovisas genomförda aktiviteter för 2012. Aktiviteter som genomfördes 2010 och 2011 har redovisats i delrapporter till Socialdepartementet årligen.

## Delprojekt- praktiskt förbättringsarbete

- Under 2012 avslutades Genombrottsprogram IV och V, vilka båda startade under hösten 2011. I februari startade Genombrottsprogram VI och VII vilka avslutades i september 2012. Alla slutrapporter från de åtta genombrottsprogram som genomförts under åren 2010-2012 har sammanfattats och publicerats i åtta rapporter (bilaga 2).
- Coachutbildning kopplat till Genombrottsprogrammen
- Programledardagar – en gång per termin samt ett utvärderingsinternat hösten 2012
- Nätverk tillsammans med Psynkprojektet för Barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvårdsenheter.

## Delprojekt- kunskap och kompetens

- Åtta inspirationsdagar med fokus på psykiatrisk heldygnsvård har genomförts i åtta landsting/regioner
- Tre kunskapsdagar, webbsänts/filmats, med teman *registrering i PAR*, *fysisk vårdmiljö* och *heldygnsvård samt om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*.
- En kunskapsdag riktad till ansvariga för respektive landsting/regions kompetensplan.
- Två ”rundabordsamtal” – ett med vardera närstående och jurister.
- Framställning och leverans av mobil utställning.

## Delprojekt- uppföljning och förbättring av data

- Ett flertal möten och arbetskontakter om säkring av data i PAR
- Arbete med kliniska riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård inom ramen för psykiatriska föreningens arbete.

Gemensamma aktiviteter och arbete tillsammans med handläggare på SKL för synkronisering av gemensamma aktiviteter.

## Projektgemensamma aktiviteter

- Avslutnings- och framtidskonferens tillsammans med flera samverkanspartners.
- Nätverksmöten med nätverket för Styrning och Ledning av Psykiatri
- Samverkan med NSPH, Socialstyrelsen och SKL kring konferens om anhörigstöd
- Presentation vid Svensk Psykiatrisk Förenings årliga konferens
- Presentation vid Psykiatriska Riksföreningens årsmöte
- Presentation vid Socialstyrelsens inspirationsdag
- Möte med nätverket Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) samt
- Möte med NSPH:s kansli
- Möte med Handisam och (H)järnkoll
- Deltagande, presentation av projektet samt moderatorskap vid Socialpsykiatriskt Forums konferens om tvång och tvångsvård.
- Möte med Kunskapsguiden, Socialstyrelsen
- Presentation vid RSMH:s årsmöte
- Presentation av projektet, dess erfarenheter för Statens institutionsstyrelse
- Presentation av projektet vid Svensk skötarförenings årsmöte
- Möte med INERA/1177
- Presentation av projektet vid Socialstyrelsens möte med delegation från Schweiz

# Utbetalning av stimulansmedel 2012

Kraven för att utbetala stimulansmedel har i huvudsak varit detsamma för 2012 som för 2010 och 2011 med några smärre justeringar och kompletteringar.

Stimulansmedlens storlek fördelades enligt överenskommelsen, utifrån landstinget/regionens andel i befolkningen den 31 december 2011, det vill säga året före bidragsåret. För 2012 års fördelning se fördelningsnyckel (bilaga 3).

Landstingen och regionerna har behövt göra för att få del av stimulansmedlen:

- 1) registrera tvångsvård och tvångsåtgärder i PAR och för att erhålla stimulansmedel ska en positiv kurva avseende inregistrering av tvångsåtgärder kunna uppvisas för perioden 2010 – 2012.
- 2) sända in en uppdaterad kompetensplan samt redogöra för vilka mål landstinget/regionen har för sin heldygnsvård på kort sikt (ett år) och på lång sikt (5 år), hur stimulansmedlen har använts eller kommer att användas samt hur det arbete som teamen i Genombrottsprogrammen ska tillvaratas?
- 3) delta med minst en verksamhet i ett Genombrottsprogram som Sveriges Kommuner och Landsting arrangerat inom ramen för projektet. Inför 2012 års program uppmanades de kliniker som ej deltagit under tidigare år att delta.

Samtliga landsting/regioner har uppfyllt kraven och erhållit stimulansbidrag enligt fastställd fördelningsnyckel. Vad avser kravet för registrering i PAR har en förenklad bedömning gjorts på grund av brister i datakvaliteten och osäkerhet kring tillförlitlighet i data. Data har inte erhållits förrän i månadsskiftet oktober november vilket omöjliggjort en kvalitetssäkring.

Under perioden 2010-12 kan det konstateras att en kraftsamling skett i syfte att utveckla den psykiatriska heldygnsvården. Trots att registreringen i PAR är svag så är inrapporteringsgraden fortsatt ökande och förbättringar har skett fortlöpande.

## **Hur har landsting/regioner använt stimulansmedlen?**

Varje landsting/region har själva fått välja hur man velat redovisa de använda stimulansmedlen mot bakgrund av att projektet i sin helhet kommer att utvärderas av Socialstyrelsen. Men vi har i projektet velat få en övergripande bild av hur och till vad medlen använts.

I de flesta landsting/regioner har man detaljerat redovisat hur medlen använts och i huvudsak har det handlat om vikariekostnader i samband med deltagande i något av Genombrottsprogrammen samt resor och logi i anslutning till Genombrottsprogrammen. Många landsting och regioner har också använt medlen till att anställa eller frikoppla befintlig personal för projektledning, utvecklingsarbete och även avsatt medel för föreläsningar, studiebesök och andra aktiviteter kopplat till utvecklingsarbetet. Det finns några få landsting/regioner som inte tycks ha använt alla pengar vid redovisningstillfället men som ändå har en plan för hur de ska användas.

Det tycks som om att en framgångsfaktor har varit att man kunnat använda pengarna till vikariekostnader då det möjliggjort ett direkt utvecklingsarbete i den patientnära verksamheten vilket kräver att tid kan avsättas.

# Uppföljning och förbättring av data

Sedan 2009 ska all tvångsvård rapporteras tre gånger per år till Socialstyrelsens patientadministrativa register (PAR). Det har varit svårt att få till en fungerande inrapportering och mot den bakgrunden blev förbättring av inrapportering i PAR ett delprojekt. En fungerande inrapportering är ett viktigt stöd i heldygnsvårdens förbättringsarbete. En stor del av arbetet med rapporteringen till PAR har handlat om att organisera regelbundna återföringar av data till landstingen och regionerna så att dessa har kunnat kvalitetssäkras, men också om att ge landstingen/regionerna möjlighet att se hur deras egen verksamhet ser ut. Rapportörerna i varje landsting/region har varit viktiga samarbetspartners i utvecklingen av rapporteringen till PAR tillsammans med ansvarig på handläggare på Socialstyrelsen. Arbetet med att utveckla och höja kvaliteten på inrapporteringen till PAR tillsammans med Socialstyrelsen har varit ett gott exempel på hur ett aktivt utvecklingsstöd i kombination med en myndighetens uppdrag kan samverka för att uppnå en konkret förändring.

En lathund för inrapportering togs fram under 2010 tillsammans med Socialstyrelsen och företrädare för landsting/regioner. En baslista med KVÅ-koder som stöd för inrapportering till PAR avseende tvångsvård har sedan utvecklats. Dokumentet har tagits fram av en gemensam arbetsgrupp för KVÅ i psykiatri som arbetar på uppdrag av Svenska psykiatriska föreningen, Svenska rättspsykiatriska föreningen, Svensk beroendemedicinsk förening och Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri.

En kunskapsdag anordnades i april 2012 där företrädare från de nordiska grannländerna, Finland, Norge och Danmark, beskrev sina system för inrapportering av data i nationella register samt erfarenheter. Företrädare för Stockholms läns landsting redogjorde för sitt utvecklingsarbete. Till kunskapsdagen inbjöds verksamhetschefer och inrapportörer från samtliga landsting och regioner. Under kunskapsdagen gavs utrymme för diskussioner samt inhämtande av vilka behov av stöd landstingen/regionerna har från SKL och Socialstyrelsen (bilaga 4). Ett stort antal av deltagarna vid kunskapsdagen gav uttryck för behovet av en gemensam nationell beslutsjournal

Ett antal landsting/regioner har behövt särskilt stöd för att utveckla och förbättra inrapporteringen. Data har återförts och använts som stimulans vid ett antal inspirationsdagar (del av program) samt vid Framtidskonferensen oktober 2012.

Aktiviteterna inom ramen för projektet har så vitt vi kan bedöma det bidragit till en väsentligt förbättrad inrapportering. Det finns fortfarande en klar förbättringspotential för inrapporteringen till PAR, både kvalitativt och kvantitativt. Ett resultat av arbetet de senaste årens arbete är att det nu finns en bred medvetenhet och planering för fortsatt utveckling av registreringen.

Vid bedömningen av 2012 års stimulansmedel inom ramen för projektet kan det konstateras att de data som fanns tillhanda i slutet av oktober ej var kvalitetssäkrade samt att det fortfarande är sådana brister och en sådan osäkerhet i inrapporteringen att det inte är möjligt att i nuläget använda dessa data för att dra några säkra slutsatser om förhållanden i den psykiatriska heldygnsvården.

## Ledningsstöd för inrapportering och analys

Om vi med säkerhet ska veta något om den psykiatriska heldygnsvården så behöver inrapporteringen i PAR utvecklas ytterligare. Dessutom krävs det ett aktivt ledningsstöd och återkoppling av data till inrapportörerna och direkt till verksamheterna på ett pedagogiskt och aktivt sätt. Genom projektet har det getts ett sådant stöd framförallt till de som i inledningen av projektet uppvisade stora svårigheter. Stödet har getts på plats i landstinget/regionen eller genom andra former av dialog. Orsakerna till svårigheterna har varit flera och berört såväl teknik som organisation och struktur. Två landsting har visat upp stora framsteg, som inte minst är en del av egen aktivitet och engagemang, Kalmar och Stockholm.

# Kunskap och kompetens

I en förenklad form kan vi säga att arbeta kunskapsbaserat är ”att göra vad man vet och veta vad man gör”. Projektet har inte haft ambitionen att bygga upp egna strukturer för kunskapsförmedling utan snarare tillgängliggöra befintliga kunskapsförmedlare eller stödja hur urval kan göras. Då projektet verkat på en gemensam webbaserad webbplats – ”Projectplace”, vidare kallad projektplatsen, har alla team som deltagit i Genombrottsprogrammen haft möjligheta att ta del av avhandlingar, kunskapsöversikter, offentliga dokument samt länkar till exempelvis Kunskapsguiden, SBU och motsvarande.

Området kunskap och kompetens har förutom egna aktiviteter även utgjort stöd till projektets andra delar, inte minst i det praktiska förbättringsarbetet. Vi har aktivt arbetat för att skapa mötesplatser för kunskapsdelande och där grunden utgjorts av *evidensbaserad praktik* – bästa tillgängliga vetenskapliga stöd, professionens kunskap och erfarenhet och den patientens kunskap och erfarenhet. I syfte att stärka mötet med kunskap och erfarenheter från patienter och närstående har skönlitteratur varit ett viktigt inslag. Huvudsakliga kunskapsområden för projektet har varit *juridik, praktik* och *etik*

De aktiviteter som utförts i syfte att stödja ett kunskapsbaserat arbetssätt har varit följande:

- Varje team i Genombrottsprogram 1 till 7 har erhållit ett bokpaket bestående av Socialstyrelsens handbok avseende psykiatrisk tvångsvård samt ett skönlitterärt verk eller motsvarande. I programmen nummer VI och VII delades Beate Grimseruds ”En dåre fri” ut. Genombrottsprogram nummer VII har nästintill uteslutande fått sitt material elektroniskt via projektplatsen eller USB. Det material som distribuerats till teamen och lagts ut på projektplatsen finns presenterat i en litteraturlista (se bilaga 5).

En form av litteraturkanon riktad till psykiatrisk heldygnsvård kommer att tas fram i samråd med olika personer vilka har intresse för såväl litteratur som psykiatriska frågor. Denna har inte för avsikt att utgöra en heltäckande förteckning eller som ett kvalitativt riktmärke utan syftar till att vara en inspiration.



## Samtal om psykiatrisk tvångsvård

Projektet har genomfört en samtalsserie under rubriken ”xx samtal om psykiatrisk tvångsvård” där olika kategorier, berörda av psykiatrisk tvångsvård, ges möjlighet att samtala kring olika frågeställningar. Dessa samtal har dokumenterats och sammanställts för att vara ett underlag för egna samtal ute i verksamheterna. Under 2012 har två gruppamtal genomförts, dels med närstående och dels med jurister. I alla dessa samtal blev det tydligt att frågor kring den psykiatriska tvångsvården berör fler än bara de som arbetar inom den psykiatriska vården. Detta är några av de erfarenheter och teman som kommit upp i samtalen (bilaga 6):

- Som patient styrs min upplevelse av tvångsvården i hög grad av hur hela vården fungerar eller fungerar. Det behövs ett kvalitativt innehåll och jag behöver känna att det som görs, även tvånget, verkligen är för mitt bästa.
- När min anhörige kom till sjukhus så tänkte jag – att nu bli ju allting bra – och så blev det inte det utan bara början på en långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.
- Tvångsvården är för mig som jurist en av de mest ingripande saker samhället kan göra i en människas liv och därför måste det finnas tydliga och klara spelregler.
- Etiska reflektioner och en etisk dimension måste alltid finnas med och ibland kan vi inte göra gott utan att skada också – tänk på att vid en operation så skadar vi alltid för att kunna komma in i kroppen och utföra det som är nödvändigt för tillfrisknande.
- Det är i det praktiska arbetet, i omvårdnaden, som tvång- och tvångsåtgärder befinner sig och det handlar om att förhålla sig till den enskildes behov och se den enskilda och hans/hennes behov.

## Inspirationsdagar

Under 2011 och 2012 har projektet inbjudit samtliga landsting och regioner att tillsammans med projektet anordna en lokal/regional inspirationsdag (bilaga 7) kring psykiatrisk heldygnsvård. I erbjudandet ingår en samverkan med andra nationella aktörer på det psykiatriska området vilka har nationella uppdrag till exempel (H)järnkoll/Handisam, NSPH, Socialstyrelsen, SBU och Hjälpmedelsinstitutet. Under 2012 har följande regioner/landsting arrangerat inspirationsdagar – Västerbotten, Uppsala, Västra Götalandsregionen, Jönköping, Örebro, Västernorrland, Värmland och Region Skåne.

Inspirationsdagarna har även gett utrymme för de lokala teamen som deltagit i Genombrottsprogrammen att visa upp sitt arbete och sina resultat. Deltagare på dessa dagar har varit intresseorganisationer, chefer, beslutsfattare, vårdpersonal, vårdgrannar och media. Antalet deltagare har varierat från ca 60 personer till ca 150 personer beroende på hur stor landstinget/regionen är. Dagarna har uppfattats som positiva och energigivande. Under inspirationsdagarna har bokbord funnits tillgängligt från de samverkande partnererna och workshops och föreläsningar har varvats (se bilaga 8). Varje inspirationsdag har haft minst en attitydambassadör från (H)järnkoll som föreläsare vilket projektet bekostat.

Varje inspirationsdag har avslutats med en möjlighet för alla deltagare att avge ett ”löfte” – det här kan jag bidra med för att utveckla den psykiatriska heldygnsvården. Dessa löften har sedan sammanställts av projektet och skickats till ansvariga för inspirationsdagen i det arrangerade länet. En uppskattning är att efter nu 17 genomförda inspirationsdagar har ca 960 sådana löften avgetts. Totalt har ca 1 500 personer deltagit vid de olika inspirationsdagarna.

## Kompetensplaner

Samtliga regioner och landsting har inkommit med en kompetensplan både 2010, 2011 och 2012. Kraven vid den senaste inlämningen av kompetensplan var att det 2012 kunde räcka med en uppdatering för dem vilka redan 2011 hade lämnat in en fullödig plan. Övriga uppgifter som krävdes in var vad man hade använt eller skulle komma att använda stimulansmedlen till samt vilka mål man hade för den psykiatriska heldygnsvården på ett års sikt och på fem års sikt. Därutöver efterfrågades också hur man avsåg att ta tillvara de resultat av utvecklingen som uppnått vid deltagandet i något av de Genombrottsprogram som SKL erbjuder. Som vid tidigare rapportering kan vi konstatera att det skett en fortsatt utvecklingen av kvaliteten i de kompetensplaner som sätts in. Även om variationen i detaljeringsgrad och stringens skiljer sig åt. Samtliga planer finns att tillgå för utbyte av erfarenheter mellan landsting och regioner genom publicering på projektets hemsida.

Även 2012 samlades alla de som för varje landsting/region var ansvariga för kompetensplanen för en inspirations- och erfarenhetsutbytesdag. Årets dag handlade förutom om återkoppling på 2011 års kompetensplaner också om värdegrundsarbete med bl a föreläsaren Thomas Brytting från Ersta-Sköndals högskola samt Susanna Wahlberg från Socialstyrelsen. Eva Bergström från Socialstyrelsen redogjorde för sina erfarenheter av satsning på baskompetens (bilaga 9).

## En annan tid – en interaktiv utställning

Projektet har haft som mål att vid årets utgång 2012 tagit fram ett antal pedagogiska redskap för fortsatt utveckling av den psykiatriska heldygnsvården. I det arbetet lades en beställning av en interaktiv vandringsutställning till Inre Rum/Stiftelsen Gyllenkroken i Göteborg som är en brukarstyrd verksamhet. Utställningen som består av flera moduler som kan fungera tillsammans eller som fristående delar består till stor del av enskildas berättelser, vårdpersonal, närstående och patienter (se bilaga 10). Utställningen som har namnet ”En annan tid” kan användas som ett stöd för lärande och utveckling och invigdes i samband med projektets avslutande konferens oktober 2012. Utställningen förvaltas och förmedlas nu, efter upprättat avtal, av (H)järnkoll/Handisam och kan med fördel kombineras med (H)järnkolls etiska caféer och attitydambassadörer. Vid rapportens skrivande har redan fem aktörer lämnat in en intresseanmälan för att beställa utställningen och andra veckan i november var den en del av Psyke-veckan i Stockholm och visades på Kulturhuset i Stockholm. Utställningen är gratis, endast transportkostnad debiteras.

## Kunskapsdagar

Två websända kunskapsdagar har genomförts under 2012, förutom tidigare nämnda inom ramen för föregående projektdel, en dag om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och heldygnsvård och en dag om fysisk vårdmiljö med inriktning på den psykiatriska heldygnsvården. Dessa båda teman utgick ifrån de behov som iakttagits under projektets dialog med berörda verksamheter samt utifrån patient-, brukar- och närståendeorganisationers erfarenheter.

Kunskapsdagen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar genomfördes som ett gemensamt arrangemang med Socialstyrelsen, Riksförbundet Attention och Autism- och Aspergerförbundet (bilaga 11). Kunskapsdagarna filmades och återfinns på projektets hemsida.

Antal deltagare vid årets två dagar har varit 120 personer, lokalen rymmer endast 60 personer, och flera andra har deltagit via webbsändning i realtid eller efteråt via webbsändning bl a från Kronoberg och Västerbotten för att nämna några. De som fysiskt deltagit vid kunskapsdagarna har kommit från hela landet och efterfrågan om att få delta har varit stor.

# Praktiskt förbättringsarbete

Det praktiska förändringsarbetet i projektet i Bättre vård – mindre tvång har handlat om att förbättra och utveckla den psykiatriska heldygnsvården. Metodiken som använts är Genombrottsmetodiken, vilken har använts inom SKL under många år, som är en väl beprövad metod för att genomföra förändringar i liten skala i syfte att uppnå stora förbättringar. Alla landsting och regioner har skickat minst ett team per år till något av de Genombrottsprogram som erbjudits inom ramen för projektet. Nio Genombrottsprogram har genomförts och 135 team har avlämnat slutrapport, endast en handfull team har lämnat innan programmet slutförts. Av dessa som lämnat har ett par kommit med i senare program.

Teamen som deltagit har bestått av 5- 8 personer i snitt, vissa team har representerat en avdelning medan ett fåtal har varit tvärteam med medlemmar från flera avdelningar. 790 registrerade personer, varav 501 kvinnor och 289 män, har ingått i de team som deltagit i projektets Genombrottsprogram. De yrkesgrupper som teamdeltagarna representerat har varit framförallt varit sjuksköterskor och skötare men även läkare och chefer har deltagit. Särskilda aktiviteter riktade till läkare och chefer har ingått i Genombrottsprogrammen.

Teamen har genom att delta i Genombrottsprogrammen gjort det möjligt att utveckla sin verksamhet samtidigt som de förvärvat kunskapen om ett sätt att bedriva systematiskt förändrings- och förbättringsarbete. De ledare, enhetschefer och chefsöverläkare, som deltagit har också utrustats med verktyg för att stödja sina medarbetare i deras utvecklingsarbete. I program VII erbjuds ledarna för respektive team att delta genom eget ”genombrottsarbete” (bilaga 12).

Ett Genombrottsprogram innebär ett minst sju månader långt arbete som inkluderar minst tre lärandeseminarier, eget arbete och föreläsningar, och omfattande eget arbete på hemmaplan. Ett fjärde lärandeseminarium ansvarar teamen själva för på hemmaplan i syfte att sprida sitt arbete i den egna verksamheten. Varje team coachas/metodstöds av en utomstående person som projektet tillhandahållit. I detta projekt har ett 50-tal coacher/metodstödjare ingått. 2012 hölls en coachutbildning i syfte att öka tillgång på coacher riktade mot psykiatrisk heldygnsvård.

Projektgruppen har inte haft kapacitet att själva genomföra alla program utan har då lagt ut detta på uppdrag till utvecklingscentra runt om i landet, två program i Skåne, två program till Memeologen i Umeå, ett program till CVU i Västra Götaland och ett till Qulturum i Jönköping. Programledarträffar har anordnats med anledning av detta och en återsamling med inhämtande av programledarnas erfarenheter har genomförts (bilaga 13).

I det praktiska förändringsarbetet har teamen arbetat mot de tre övergripande målen samt ställt upp egna mätbara mål, mätt tvångsåtgärder<sup>2</sup> under hela den period de ingått i Genombrottsprogrammet, skickat rapporter månatligt till sin coach/metodstöd samt skrivit en slutrapport. Resultaten har varit påtagliga och i många team har behovet av tvångsåtgärder minskat påtagligt. I Halmstad, Malmö och Västerås halverades tvångsåtgärderna, inom BuP i Örebro minskade behovet av tvångsvård för att nämna några. (se bilaga 2)

De mål och aktiviteter som teamen arbetat med har handlat om olika former av förebyggande av oro, hot och våld. Tekniker och rutiner vid genomförande av tvångsåtgärder, uppföljande samtal efter tvångsåtgärder samt ett stort antal aktiviteter kring information, delaktighet, anhörigsamtal och fysisk miljö. Teamen har haft tillgång till ett stort kunskapsmaterial samt möjlighet att dela erfarenheter med team från hela landet. I varje Genombrottsprogram har också minst tre attitydambassadörer med erfarenhet av tvångsvård deltagit – en man, en kvinna och en anhörig. Totalt har 34 ambassadörer deltagit.

Föreläsarna vid Genombrottsprogrammen, 57 personer, har tagit upp ämnen som berör etik, förebyggande insatser, kommunikation, Genombrottsmetoden, lagstiftning, attityder till psykisk sjukdom, stöd till anhöriga för att nämna några teman (bilaga 14)

---

<sup>2</sup> Injektioner som ges med tvång, fastspänning och avskiljning

# Resultat

*Stimulera utvecklingen och ett strukturerat förbättringsarbete som höjer kvaliteten i heldygnsvården.*

- 135 team från i stort sett landets alla psykiatriska kliniker för psykiatrisk heldygnsvård har deltagit med minst ett team i ett sju månaders Genombrottsprogram. Varje landsting/region har deltagit med minst tre team totalt under projektperioden, undantag för region Gotland som endast har en avdelning.
- Alla landsting/regioner har satt upp korta och långa mål för den psykiatriska heldygnsvården.
- Alla team som deltagit i ett Genombrottsprogram har uppnått något eller några av sina mål kring ökad kunskap, ökad patienttillfredsställelse eller minskat behov av tvångsåtgärder.
- Fler landsting/regioner har egna långtgående utvecklingsåtgärder pågående och har redogjort för hur man avser att ta hand om det utvecklingsarbete som de 135 teamen genomfört.

*Överenskommelsen ska bidra till att den psykiatriska heldygnsvården ska kunna erbjuda en kvalificerad vård som motsvarar patienternas behov och som håller hög kvalitet både vad gäller metoder, arbetssätt och bemötande*

- I samverkan med Socialstyrelsen, SBU och andra nationella aktörer har aktuell kunskap och kvalitetssäkrade metoder förts ut till Genombrottsprogrammen samt vid de 16 inspirationsdagar som genomförts inom ramen för projektet – nationella riktlinjer, föreskrifter, litteratur, forskningsartiklar och kunskapssammanställningar.
- En översikt av vad som finns att hämta på hemmaplan i form av stöd t ex FoU verksamhet sammanställdes och förmedlades till alla team i Genombrott VI och VII<sup>3</sup>.
- Deltagande i Svenska psykiatriska föreningens arbete med kliniska riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård.

---

<sup>3</sup> Detta genomfördes i program VI och VII som ett resultat av projektets erfarenheter från de tidigare programmen.

- Deltagande i arbetet med att ta fram underlag för externa revisioner.
- Genomförande av kunskapsdagar kring neuropsykiatriska tillstånd, fysisk vårdmiljö samt situation för de som är teckenspråkstalande och har behov av psykiatrisk heldygnsvård.

*Data som inrapporteras till PAR ska användas i förbättringsarbetet och kunskap om aktuella metoder och arbetssätt som visat sig framgångsrika ska tillgängliggöras för enheterna.*

- Ett nära samarbete har skett med Socialstyrelsen kring registrering i PAR och därigenom stöd till återföring i syfte att förbättra graden av inrapportering samt inrapporteringens kvalitet.
- Kunskapsdag kring PAR har genomförts.
- Enskilts stöd och ledningsstöd har getts kontinuerligt.
- Rapportsammanställningar av teamens arbete har tillgängliggjorts samt att dessa också komprimerats i nio rapporter.
- Mallar, arbetsmanualer och motsvarande som teamen använt har sammanställts och kommer att tillgängliggöras på webbplats efter projektets avslut.
- En ”kokbok” för ett lyckat Genombrottsprogram sammanställs och presenteras i början av 2013 baserad på de erfarenheter som projektet dragit.

I dialog med företrädare från psykiatrin har vi erfarit en positiv och inspirerande respons där det förmedlats en rad olika aktiviteter i kölvattnet av projektet. Flera landsting/regioner arrangerar egna inspirationsdagar och andra arrangemang i syfte att stimulera fortsatt utveckling. Vi har noterat att det finns indikationer på att deltagandet i Genombrottsprogrammen avspeglas i resultaten i den nationella patientenkäten som presenterades 2012 genom att fler patienter uttryckt nöjdhet med vården.

# Att arbeta med inflytande... och samverkan med andra

En av de viktigaste framgångsfaktorerna i arbetet med Bättre vård – mindre tvång är samverkan med andra aktörer och där inflytande samt delaktighet för patienten och dennes närstående ligger främst. Projektet har tidigt myntat uttrycket att förändringen inte kan ske genom endast en aktör utan det sker genom att arbetet görs tillsammans. I alla projektets delar så har många varit delaktiga och bidragande. Den dominerande samverkanspartnern har varit de vilka den psykiatriska vården är till för – patienten och dennes närstående. För att uppnå detta har de team som ingått i Genombrottsprogrammen haft särskilda uppgifter kopplade till inflytande samt med uppmaningen att se över hur delaktigheten kan öka och utvecklas på hemmaplan.

Vi är särskilt tacksamma för det arbete och stöd som detta projekt fått genom samverkan med (H)järnkoll och de attitydambassadörer som deltagit vid alla våra Genombrottsprogram, kunskapsdagar och inspirationsdagar. Vi är också tacksamma för den samverkan och generositet kring produkter och samverkan som projektet haft med SBU och Socialstyrelsen. När SBU kom med sina kunskapssammanställningar på psykiatriområdet fick projektet snabbt tillgång till dessa och har därigenom också kunnat sprida dem.

Finalen på det ”tillsammansarbete” och den koppling vi önskat se med andra nationella satsningar på området blev den gemensamma Framtidskonferensen den 9-10 oktober 2012. Då ingick även NSPH och flera yrkesorganisationer i såväl planeringen som deltagande i programmet (se bilaga 15).

Vi är särskilt glada att notera att flera landsting/regioner använder sig av patienter och närståendes erfarenheter bl a genom Attitydambassadörer och etiska caféer.



# Inte bara ”patienten” eller ”personalen” - om att se hela människan

Under denna rubrik avser vi att lyfta frågan om behovet och synliggörandet av ”patient” och ”personal” som människor vilka har olika perspektiv och situation relaterat till kön, ålder, etnicitet, klass, funktionsnedsättning och sexuell läggning. Vi menar att dessa aspekter är tämligen osynliga inom det psykiatriska området generellt och psykiatrisk heldygnsvård i synnerhet. I projektet har detta belysts genom könsuppdelad statistik, litteratur och forskning som belyser dessa aspekter samt andra aktiviteter som kan bidra till ett synliggörande av hela människan och hennes samhälleliga inramning. Vi är långt ifrån att i egentlig mening ha dessa aspekter levande i det dagliga arbetet men det finns en medvetenhet och start som kan leda fram till ett mer utvecklat och strukturerat arbete.

Att dessa aspekter av vad det är att vara en människa är betydelsefulla för att uppnå en jämlik och jämställd vård vet vi via ett antal rapporter från både Socialstyrelsen och SKL. Vi vet bland annat följande:

- Det är fler män än kvinnor som tvångsvårdas men det är vanligare att unga kvinnor späns fast (tvångsåtgärd)
- Det är fler fullbordade självmord bland män än bland kvinnor oavsett ålder och flest bland män över 65 år
- Det är en förkortade förväntad livslängd för både kvinnor och män som någon gång vårdats i psykiatrisk heldygnsvård

Här följer ett antal aktiviteter inom projektet som haft för avsikt att lyfta dessa förhållanden:

- Litteratur till de team som ingått i Genombrottsprogrammen har avspeglat att målgruppen består av män, kvinnor, med eller utan olika funktionsvariationer, språkliga och etniska tillhörigheter och ålder
- All statistik är könsuppdelad
- Ett av Genombrottsprogrammen – program IV – har haft en särskild jämställdhetsprofil genom att lyfta in området ”kön”
- Vid arbetet med att analysera PAR har i samarbete med Socialstyrelsen – underlag tagits fram som visat att unga kvinnor är mer utsatta för tvångsåtgärder
- Vid kunskapsdagar har en jämn könsfördelning avseende föreläsare eftersträvats
- Vid anlitan av attitydambassadörer till Genombrottsprogrammen har kravet varit – en man och kvinna
- Kunskapsdag kring teckenspråkstalande och psykiatrisk heldygnsvård har genomförts i samverkan med Socialstyrelsen, NSPH och Sveriges Dövas Riksförbund
- I Genombrottsprogrammen har ”ålder” uppmärksammats genom att vi särskilt påtalat att även äldrepsykiatriska avdelningar är välkomna vilket resulterat i att flera avdelningar deltagit

Frågan om kön, etnicitet och ålder har särskilt lyfts i samband med rundabordsamtalen med omvårdnadsforskare. Även seminarierna i samband med projektets Framtidskonferens har tagit upp frågor kring kön/genus.

# Diskussion

Och det är något i dina ögon  
som får mig att våga.

De är inte tysta.

De öppnar in.

var börjar den bättre världen  
den nära och den längre bort  
börjar den inne i dig och mig  
om vi ger varandra ett leende  
och  
öppnar nyfikenheten  
istället för att blunda bort?

(Ur Tillsammansheten av Jan Nordström)

Vad skapar förändring? Vilken förändring är också detsamma som en förbättring? Vad skapar en hållbarhet i den förändring till det bättre som du uppnått? Det är centrala frågor när ett projekt av denna art ska avsluta sitt arbete. En del av dessa frågor får besvaras och analyseras i samband med den utvärdering som Socialstyrelsen ska avrapportera hösten 2013. Ett antal faktorer som stödjer fortsatt utveckling samt faktorer som kan utgöra motsatsen har ändå identifierats.

### *Stödjande faktorer*

- Många team, enheter från hela landet ger möjlighet att dela erfarenheter men ökar också möjligheten till jämförelse samt upplevelsen av att vara med i något större
- Insatser och stöd på flera nivåer – nationellt, regionalt och lokalt
- Kopplingen till befintliga strukturer t ex kunskapsbanker, myndigheter och andra fortgående projekt
- Aktivitet och efterfrågan från patient-, brukar- och närståendeorganisationer
- Fortsatt satsning på psykiatriområdet med tillhörande efterfrågan av hur detta arbete implementerats i vardagen
- Stimulansmedel baserat på prestation samtidigt som stöd finns att tillgå för klara prestationen
- Stimulansmedlen har kunnat användas för kostnader i samband med deltagande i Genombrottsprogrammen – vikarier, resor och logi
- Mäta och mål i det dagliga arbetet med direkt återkoppling
- Tydligt patient, brukar och närståendeperspektiv genom inte minst (H)järnkolls attitydambassadörers livsberättelser

### *Motverkande faktorer*

- Ekonomiska begränsningar, besparingar i verksamheterna – det finns redan nu indikationer på detta och som kan påverka de arbetssätt som byggs upp under projekttiden
- Brist på efterfrågan kring de resultat och det som uppnåts i projektet ute verksamheterna
- Fortsatt satsning på psykiatriområdet utan att det kopplas till det som redan gjorts dvs. att det upplevs som att fokus och mål ändras
- Avsaknaden av regelbunden påfyllnad och vidmakthållande av den kunskap och erfarenhet som uppnåts. Värt att notera att personalomsättningen kan vara hög och att de som deltagit i ett Genombrottsprogram året efter kan vara helt utbytt

# Organisation

Projektets styrgrupp har bestått av:

Ing-Marie Wieselgren, Projektchef, SKL

Sabina Wikgren Orstam, Sektionschef, Vård och Omsorg, SKL

Pernilla Krusberg, Förbundsjurist, Juridiska sektionen, SKL (tom juni 2011)

Anna Åberg, Förbundsjurist, Juridiska Sektionen, SKL (from sept 2011)

Jenny Sandgren, Statistiker, Ekonomi och styrning, SKL (tom juni 2011)

Leif Lundstedt, Statistiker, Ekonomi och Styrning, SKL (from sept 2011)

Christina Karlsson, Sjukvårdsdirektör, Höglandets sjukvårdsområde,  
Landstinget i Jönköping

Lena Lundgren, Hälso- sjukvårdsdirektör, Landstinget i Östergötland

*I projektet har följande personer arbetat:*

Ing-Marie Wieselgren, Projektchef

Eva Westerling, Projektledare (t o m augusti 2011)

Carola Teirfolk, vik. Projektledare (from oktober 2011)

Karolina Nordh, Projektkoordinator

Susanne Rolfner Suvanto, Utbildningskoordinator

Karin Marminge, Programledare (tom juli 2011)

Catrin Hägerholm, Delprojektledare

Herman Holm, Delprojektledare

Pernilla Falk, Projektadministratör (from januari 2011)

En referensgrupp finns knuten till projektet (se bilaga 16).

# Bilagor

Bilaga 1: Överenskommelse

Bilaga 2: Sammanfattande teamrapporter 1-9

Bilaga 3: Fördelningsnyckel

Bilaga 4: Sammanställning från kunskapsdag om PAR

Bilaga 5: Litteraturlista

Bilaga 6: Deltagare Runda-bordssamtal

Bilaga 7: Inbjudan att anordna inspirationsdag

Bilaga 8: Sammanställningen inspirationsdag i Jönköping

Bilaga 9: Inbjudan kompetensplandag

Bilaga 10: Utställningskatalog ”En annan tid”

Bilaga 11: Inbjudan kunskapsdag om Neuropsykiatriska funktionshinder

Bilaga 12: Anteckningar från Programledardag

Bilaga 13: Föreläsare på Genombrottsprogram

Bilaga 14: Nya vägar mot framtidens psykiatri, Konferensbok från Framtidskonferensen 9-10 oktober 2012

Bilaga 15: Föreläsare lärandeseminarium Genombrottsprogram I-VII och Skånes Genombrottsprogram

Bilaga 16: Referensgruppslista

Bilaga 17: Artiklar från media

Bilaga 18: Bilaga Nyhetsbrev Lärseminarium 1

Bilaga 19: Ekonomisk redovisning (denna kommer senare)