

# Projektrapport

## Bättre vård mindre tvång – del 2

Team 158, Landstinget Västmanland Västerås.

Syfte med deltagandet i Genombrott	Teammedlemmar
Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	<i>Psykiatrisjuksköterska, Frida Fogelström, <a href="mailto:frida.fogelstrom@ltv.se">frida.fogelstrom@ltv.se</a> Sjuksköterska, Belinda Neander, <a href="mailto:belinda.neander@ltv.se">belinda.neander@ltv.se</a> Skötare, Helena Rhönstad, <a href="mailto:helena.rhonnstad@ltv.se">helena.rhonnstad@ltv.se</a> Skötare, Jessica Karlsson, <a href="mailto:jessica.karlsson@ltv.se">jessica.karlsson@ltv.se</a> Avdelningschef, Cecilia Oldberg, <a href="mailto:cecilia.oldberg@ltv.se">cecilia.oldberg@ltv.se</a></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
4. Att utveckla samverkan mellan olika aktörer i patientens liv/värld för att minska andelen inläggningar på tvångsvård.

### Sammanfattning

Vi gick in i projektet som en nystartad avdelning med ambitionen att projektarbetet skulle ligga till grund för att skapa rutiner och ett hållbart arbetssätt. Flera av våra PDSA blev permanenta förändringar, t.ex. ankomstsamtal, sängbundna informationspärmar och ”lugna rummet”.

Det redovisade resultatet har inte svarat mot våra förväntningar men vi ser på många andra sätt hur arbetet lett till bestående positiva förändringar. Projektet har bidragit till att etablera ett patientfokuserat arbetssätt och hållbara rutiner.

Vi kommer fortsätta med förbättringsarbetet t.ex. genom att färdigställa ”lugna rummet”, etablera rutiner för patientens delaktighet i sin vårdplan, förfina rutiner för ätstörningspatienter och sprida informationen om genombrottsprojektet.

### Bakgrund

Avdelningen 94 är en allmänpsykiatrisk avdelning som öppnade i Västerås i september 2013 genom att man delade en större avdelning i två mindre avdelningar. Avdelningen har 11 vårdplatser och riktar sig till patienter i åldersspannet 18-45 år. Patienter med självskadebeteende utgör en stor andel av patientklientelet och vårdas på avdelningen när behov av heldygnsvård föreligger. Vården av dessa patienter kan vara att stabilisera situationen genom att hjälpa dem med att få kontroll över affekter och impulser.

I och med nystarten fanns ett stort behov av att etablera rutiner och arbets sätt. Deltagandet i projektet sågs därför som en stor möjlighet för att bygga strukturer i relation till den uppsatta målsättningen för patientgruppen.

## **Mål**

Målen för projektet grundades utifrån kvalitativa intervjuer med tre patienter.

- 80 % av patienterna ska skatta 7 eller högre på VAS angående bemötande av vårdpersonal
- 70 % av patienterna ska skatta 7 eller högre på VAS om sin upplevelse av delaktighet i sin vård
- 70 % av patienterna ska skatta 7 eller högre på VAS om sin upplevelse av trygghet på avdelningen

## **PDSA – Förändringar som testats (utan kronologisk ordning)**

### **Gårond (Mål: delaktighet, bemötande)**

Gårond har testats vid tre tillfällen och resultatet har varit blandat. Till en början var upplevelserna från patienter och personal positiva men vid senaste tillfället framkom mer negativa upplevelser från personal. De tyckte att det genererade dubbeldokumentation och bristande återkoppling till den personal som inte medverkade vid ronden. Personalen tyckte även att det var för många personer som gick med på gåronden och att det riskerade att kränka patientens integritet. Personalen har fått fylla i skriftliga utvärderingar angående gåronden. Där kan man se ett blandat resultat. På grund av många tillfälliga läkare har det varit svårt att fortsätta testa gårond och den har istället avslutats.

### **Klockor på rummet (Mål: trygghet)**

Ursprungsidén var att erbjuda laddning av mobiltelefoner endast nattetid för att främja nattsömn då många patienter använder sina telefoner på natten. Vi ville därför sätta upp väggklockor så att patienterna kan se vad klockan är i avsaknad av telefon. En patient har tagit ner klockan då tickandet upplevdes som störande. I övrigt har patienterna tyckt att det varit bra och detta är en permanent förändring. Dock har vi ännu inte infört nattladdning av mobiltelefoner.

### **Färgpennor (Mål: trygghet)**

Gott resultat, används flitigt och uppskattas av många patienter. Flera patienter har satt upp teckningar på sina rum. Genom att patienterna sysselsätter sig på avdelningen kan deras känsla av sammanhang och trygghet öka. Denna typ av sysselsättning kan många gånger fungera ångestlindrande och är ett alternativ till vid-behovsmedicinering. Detta är en permanent förändring.

### **Pärm med ritmallar och ordpyssel (Mål: trygghet)**

Vissa patienter har uttryckt stort behov av att sysselsätta sig på avdelningen. Dels för att få tiden att gå, dels för att distrahera sig från ångest och destruktiva tankar. Vi började med att skriva ut ritmallar (figurer att färglägga) från internet vilket fick omedelbar uppskattning från

patienterna. Det fungerar även som ett verktyg för personalen i stöttning i att hitta alternativ ångesthantering. PDSA:n utvidgades till en pärm där vi även satte in sudoku, ordflätor och annat pyssel. Detta är en permanent förändring.

### **Ankomstsamtal (Mål: delaktighet, bemötande), bilaga 1**

I syfte att patienterna ska känna sig sedda och delaktiga införde vi ankomstsamtal som hålls inom snar tid efter inskrivning. Patienterna har tillfrågats om vad de tyckte efter samtalet. Den respons som kommit fram är mestadels positiv, de tyckte att frågorna var relevanta och ingen hade något att tillägga. Däremot fanns det en upplevelse av att samtalet inte gav så mycket. Vid några tillfällen var patientens tillstånd sådant att vi inte kunde hålla ankomstsamtalet. Personal som genomfört samtalen har upplevt att vissa frågor inte var relevanta och därför har mallen gjorts om. Den är nu enklare och mer användarvänlig. Vi har även lagt till en fråga som är kopplad till PDSA:n om anhörigsamtal, vi frågar då patienten om tillåtelse att ringa upp en anhörig för att göra denne delaktig och få fördjupad information om patienten. Vid personalenkäten var alla utom en personal positiv till ankomstsamtalet, bara en svarade ”vet ej”.

Denna PDSA är en permanent förändring. Vi behöver dock fortsätta följa upp i vilken utsträckning ankomstsamtalet tillämpas. Av olika anledningar finns det en risk att det inte alltid blir gjort.

### **Raster (Mål: trygghet)**

I syfte att få ta ut sin rast i lugn och ro testade vi att ta rast, enskilt med stängd dörr på kvällar och helger (istället för att äta tillsammans hela personalgruppen med öppen dörr). Denna PDSA fick mycket negativ kritik från personalen. De flesta var emot förändringen. Det skapade i många fall en stress över att vara på rast samtidigt som man var medveten om att det var stökigt på avdelningen. PDSA:n testades som planerats i två veckor innan den avslutades och lades ner. Personalen (både fast och tillfällig) har, förutom muntligt, utvärderat denna PDSA skriftligt. Den negativa responsen var uppenbar, därför var det inte någon idé att fortsätta med förändringen.

### **Förnya dagboksblad + sätta upp på väggen (Mål: trygghet)**

Gott resultat, blir en permanent PDSA. Ger en god överblick genom att ha dagboksbladet på väggen. Enkelt att se t.ex. undersökningar, planering av raster m.m. Att dagboksbladet förnyades innebar att det blev tydligare och innehåller fler relevanta punkter. Detta är en permanent förändring.

### **Skriftlig information om dimmerfunktion (Mål: trygghet)**

Denna PDSA skapades utifrån synpunkt från en patient som tyckte att belysningen var för stark. Detta är en permanent förändring.

### **Frukt till patienterna (Mål: delaktighet, trygghet)**

Tidigare har vi inte serverat frukt alls. PDSA:n uppkom utifrån ett önskemål från förslagslådan från en patient. Vi började med att servera frukt dagligen och detta utvärderades genom skriftlig enkät. Vi märkte att det blev mycket överbliven frukt. Orsakerna till detta kan vara att frukten inte alltid placerades ut, men också att intresset bland patienterna inte var så stort. Efter utvärdering snurrade vi hjulet igen och beslutade till sist att servera frukt enbart på helger, detta är således en permanent förändring.

### **Morgonsamtal (Mål: delaktighet)**

Kontaktpersonen håller ett kort morgonsamtal med patienten på vardagar innan rond där patienten kan ta upp aktuella frågor och funderingar. Syftet är att öka patientens delaktighet i vården. Detta är en permanent förändring.

### **Akvarium (Mål: trygghet)**

I syfte att hitta alternativa medel för ångesthantering/sinnesintryck testade vi att införskaffa ett fint akvarium till avdelningen. Där kan patienten ensam eller tillsammans med personal få hjälp att avleda destruktiva tankar t.ex. genom att räkna fiskar. Akvariet i sig bidrar till en lugnare avdelningsmiljö och rogivande sinnesstimuli. Detta är en permanent förändring.

### **Lapp på läkemedelsrummet (Mål: trygghet)**

Denna PDSA är främst kopplad till målet om trygghet. Läkemedelsrummets dörr har en fönsterruta och många patienter söker kontakt genom att knacka på rutan under läkemedelsdelning. Detta har inneburit ett stressmoment för sjuksköterskan och därmed en risk för att fel i läkemedelshanteringen uppstår vilket också har skett. För att minimera denna risk och öka patientsäkerheten sattes en lapp upp med texten: ”Vid arbete i läkemedelsrummet, var god stör ej”. Arbetsron möjliggör för sjuksköterskan att vara närvarande i patientmötet utanför läkemedelsrummet, utan att behöva avvisa patienten under pågående läkemedelsdelning. Detta är en permanent förändring.

### **Sängbundna informationspärmar (Mål: delaktighet, bemötande, trygghet)**

Denna PDSA har bearbetats under hela projekttiden och slutfördes i mars 2014. Varje sängplats har numera en pärm med avdelningsinformation samt information som kan vara nyttig för patienten under vårdtiden. Patienterna har gett positiv respons och inget negativt har framkommit, varken från patienter eller från personal. Detta är en permanent förändring.

### **Besöksrum för barn (Mål: bemötande, delaktighet)**

Vi har inrett en del av ett samtalsrum som en ”barnhörna” med små möbler, kriter, leksaker och förberett för att hänga upp teckningar som barnen ritat. Tanken är att de ska känna att de inte är ensamma i sin situation utan bli medvetna om att det funnits barn där före dem. Syftet är också att främja närståendes delaktighet. Detta är en permanent förändring.

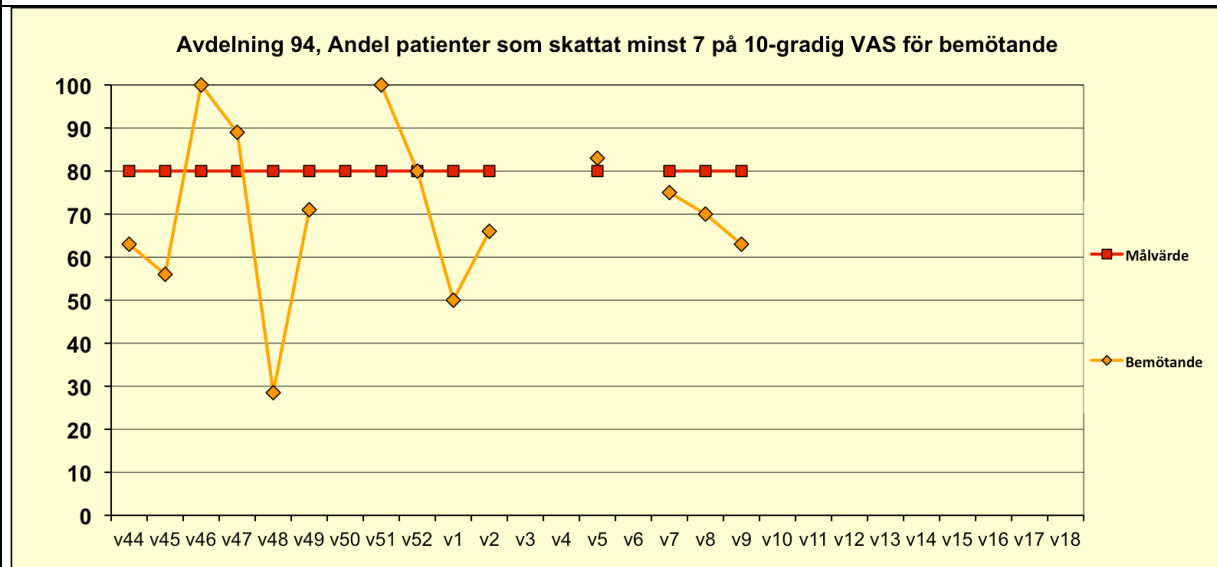
### **Lugna rummet (Mål: trygghet)**

Iordningställandet av lugna rummet pågår. Tre personal är utsedda att färdigställa detta så att det kan tas i bruk så snart som möjligt. Syftet är att erbjuda patienterna alternativa sätt att hantera ångest och reducera självska tankar. Det kommer t.ex. att finnas möjlighet till sinnesstimulering genom musik, doft, syn med mera. Denna PDSA har vi inte utvärderat ännu.

## Resultat

Patientenkät, se bilaga 2.

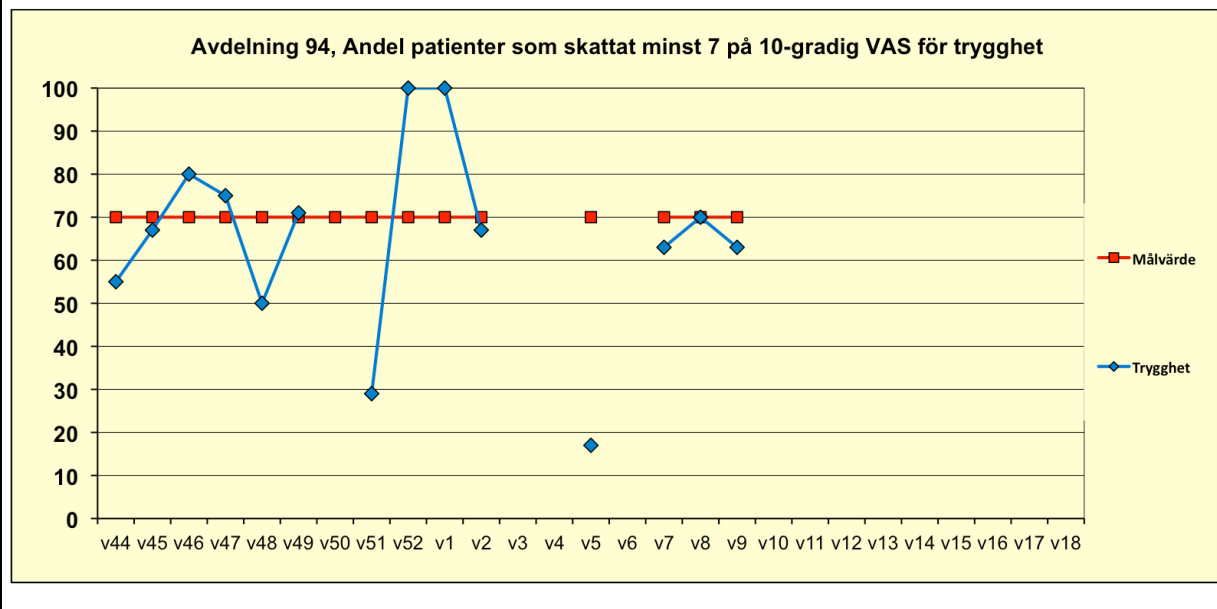
Vid de tillfällen patienterna markerat flera svarsalternativ på samma fråga har vi valt att redovisa den lägre siffran för att resultatet inte ska bli övervärderat.

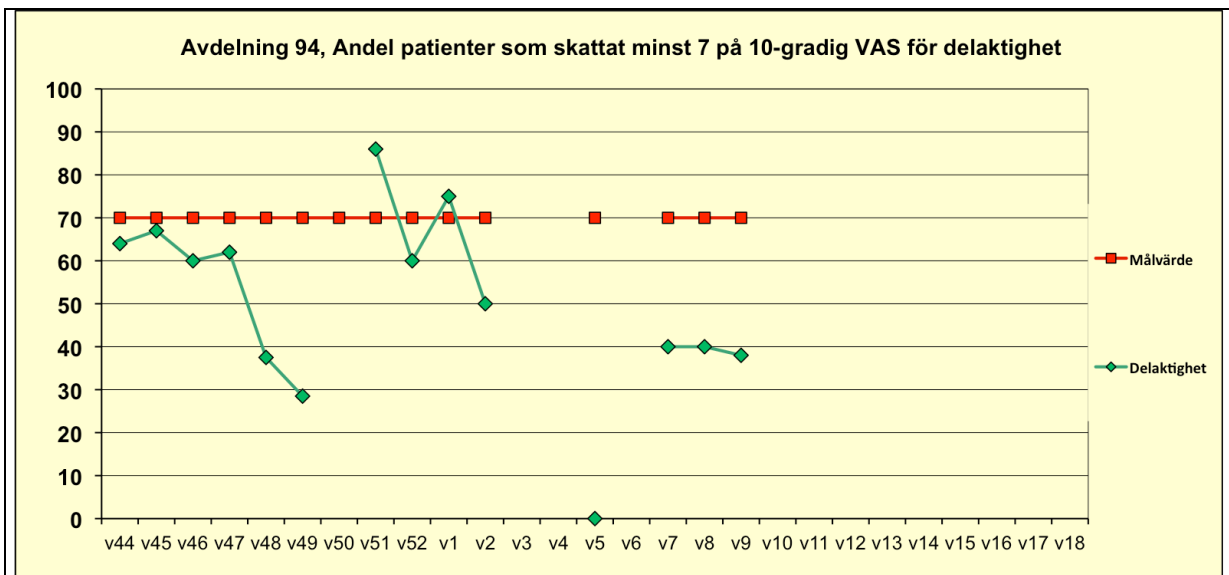


*"Från 1-8, väldigt olika från person till person".*

*"Går inte att bedöma för att det är så olika personal".*

*"Går inte att sätta en siffra för all personal. Vissa är fantastiska, vissa åt helvete dåliga och kassa".*





*”NN (underläkaren) är bra och låter mig vara delaktig”. (v. 49)*

### Redovisning av tvångsåtgärder

Vår patientgrupp vårdas i huvudsak enligt HSL. Antalet tvångsåtgärder under perioden har hamnat på 6 stycken.

### Medelvärde

Medelvärde för de tre målen under hela projektidens gång är följande:

Bemötande: 71 %

Trygghet: 65 %

Delaktighet: 51 %

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Vid flera tillfällen har patienterna skattat olika siffror på samma fråga, t.ex. ringat in en 3:a och en 9:a, då de upplevt att personalen är så olika. I de fallen har vi valt att redovisa den lägre siffran för att resultatet inte ska bli övervärderat. Konsekvenserna blir dock att vårt resultat är något sämre än vad verkligheten visar. Vi hittade ingen lösning på detta problem. Att räkna ut ett medelvärde vid de tillfällen då patienten skattat olika har diskuterats men då vi inte använt denna metod från början skulle mätvärdena bli inkonsekventa om vi började med det i ett senare skede.

Vi kan tänka oss att en anledning till det låga mätresultatet gällande trygghet v. 51 hade ett samband med att det var stökigt på avdelningen under den perioden. I övrigt kan vi inte utläsa några speciella anledningar till att resultatet ser ut som det gör, utan sannolikt spretar kurvan i relation till att det är så pass litet underlag att mäta på (max 11 patienter per mättillfälle).

När mätresultatet varit lågt gällande delaktighet beslutade vi att ta med fler förslag som lämnats av patienter i förslagslådan. När resultatet har dalat har vi uppmärksammat detta och resonerat med kollegor på arbetsplatsträffar i syfte att försöka vända resultatet.

Eftersom vi är en nystartad avdelning så saknas statistik för tvångsåtgärder innan projektets start. Vi kan därför inte dra några slutsatser eller göra jämförelser av antalet tvångsåtgärder genom statistik. Kopplingen mellan våra projektmål och projektets övergripande mål blir av samma anledning långsökt. Man kan förstås tänka sig att antalet tvångsåtgärder minskar i takt

med att upplevelsen av trygghet, gott bemötande och delaktighet ökar. Det är dock svårt att dra några sådana paralleller utifrån den statistik vi har. Vi hoppas att vårt förändringsarbete ska bidra till ett litet behov av tvångsåtgärder även fortsättningsvis.

Vi har även mätt svarsfrekvensen för de olika svarsalternativen, det vill säga, antalet som svarat t.ex. en sexa och så vidare. Detta innebär att alla svar under målgränsen ej synliggörs i ovanstående diagram utan istället hamnar i botten av diagrammet. Vi har dock valt att inte redovisa dessa siffror men det bör beaktas vid tolkning av resultatet.

Under vecka 3, 4 och 6 har de veckovisa mätningarna dessvärre inte ägt rum. Den huvudsakliga anledningen till detta är att vi haft mycket liten tid att träffas i projektgruppen, därmed har vi inte kunnat samordna våra arbetsuppgifter gällande projektet.

Projektet har drivit oss som nystartad avdelning att skapa grundläggande rutiner och ett hållbart arbets sätt. Projektet har lett till förändringar som består främst av förbättrad vårdmiljö, mer strukturerat förhållningssätt gentemot patienterna, och en genomarbetad patientfokusering vilket vi tror förbättrar relationen till patienterna och gagnar vården av dem. Vi har förstått värdet av att lyssna på patienterna, vad de önskar, och värdera deras och närståendes delaktighet.

### **Metoddiskussion**

Utifrån de mätningar som gjorts har vi inte uppnått målen i den utsträckning vi önskat. Vi kan urskilja flera bidragande orsaker till detta. Som nystartad avdelning var vår förhoppning att projektet skulle möjliggöra för oss att etablera grundläggande rutiner och arbets sätt för att skapa en positiv vårdmiljö. Vi har dock haft svårigheter att integrera projektmetoden i det omfattande arbete som starten av avdelningen i sig innebar. Det har istället blivit lite utav ett projekt ”vid sidan av” den övriga arbetsbördan. Åtminstone under projektets första sex månader. Låg bemanning har gjort att vi tidvis inte haft grundläggande förutsättningar för att arbeta med projektet. Detta har haft direkta konsekvenser för projektets utfall.

Vidare har vi haft svårt att fullt ut anamma projektmetodiken och det tog tid att hitta vårt sätt att använda oss av den. Vi upplever att dokumentationen har tagit onödigt mycket tid i anspråk och utgjort direkta hinder för den kreativa processen. Först när vi valde bort att dokumentera nya PDSA i för dem avsedda dokumentmallar, kunde arbetet flyta på och nya idéer förlösas och genomdrivas. En annan del i projektmetodiken som vi ifrågasatt är fokuseringen på kvantitet. Vi har haft inte haft tiden till att kunna producera ett stort antal PDSA eftersom den avsatta projekttiden gått åt till att skriva månadsrapporter med mera. Vi har istället fokuserat på kvalitet istället för kvantitet.

De flesta patienterna har ställt sig neutrala till att besvara de veckovisa enkäterna. Vid flera tillfällen har patienter dock ifrågasatt enkäterna. Detta har i huvudsak handlat om patienter som på grund av lång vårdtid behövt besvara enkäten flera gånger. De har haft svårt att se någon poäng med att besvara samma frågor gång på gång. Detta tror vi kan ha påverkat resultatet negativt. Eventuellt hade resultatet sett annorlunda ut om vi valt att, på ett strukturerat sätt, frågat patienterna muntligt om deras upplevelser och reflekterat tillsammans med dem. Enkäter som redovisas i diagram lämpar sig väl för kvantitativ data men sämre när det gäller kvalitativa värden såsom upplevelser av någonting. Att på detta sätt översätta patienters upplevelser till mätbara data blir problematiskt när man sedan ska tolka resultatet. Av denna anledning mister resultatet sin trovärdighet. I efterhand kan vi se att om vi valt att istället, eller som komplement, hållit intervjuer med patienter så hade vi fått ett fördjupat och mer giltigt resultat.

Att resultatet spretar på det sätt det gör indikerar en brist i mätmetoden som ger ytterligare

anledning för oss att fundera över metodens relevans i relation till de uppsatta målen.

### **Etisk diskussion**

Projektet har på olika sätt inneburit att vi skapat förväntningar hos patienterna vilka vi, på grund av brist på tid och resurser, sedan inte kunnat svara an mot. Ett exempel på detta är förslagslådan där patienterna lämnat många förslag, dessa har vi inte kunnat bearbeta i den utsträckning som vi önskat och patienterna förtjänat. Man bör vara medveten om att en förslagslåda kan inge förhoppningar och förväntningar som inte kan infrias. Om patienterna inte får återkoppling kring sina lämnade förslag så är det inte etiskt försvarbart att ha en förslagslåda, något vi borde ha tänkt igenom grundligare innan beslutet togs.

Man måste också vara medveten om att vissa PDSA som testats och avfärdats av olika anledningar påverkar den enskilda patientens upplevelse av vården. Det vill säga att de utsätts för tester som i efterhand inte har varit meningsfulla eller till och med upplevts som negativa. Som personal är det lätt att gå vidare efter ett test oavsett utfallet, men för patienten kan den utgöra en stor del av den totala upplevelsen av vården.

### **Så här involverade vi patienter och deras närstående**

Några av patienterna har informerats om förbättringsarbetet och vi har resonerat med dem om vilka verktyg som kan användas. En white board-tavla med information om projektet finns uppsatt på avdelningen. Patienterna har också involverats genom att skatta sina upplevelser via de veckovisa mätningarna. Vi har en förslagslåda i dagrummet där patienter, närstående och personal uppmanas att lämna förbättringsförslag. Vi tömmer förslagslådan regelbundet.

Patienterna har fått återkoppling via white board-tavlan beträffande inlämnade förslag där vi till viss del motiverat varför alla förslag inte testas. Tanken var att vi skulle välja ut ett förslag per vecka och genomföra som en PDSA. Dessvärre har vi inte haft tid att göra det i den utsträckning vi önskat.

Vi har muntligt frågat patienterna om vad de önskar för information i de sängbundna informationspärmarna.

Projektarbetet har redovisats på en inspirationsdag på divisionen den 18 november. Bland åhörarna fanns anhörigföreningar, personal, politiker, patientförening och chefer. Responsen var positiv och publiken ställde många frågor.

Den mest riktade åtgärden för att involvera närstående har varit delen i ankomstsamtalet där vi tillfrågar patienterna om tillåtelse att ringa upp någon närstående i syfte att få mer information om patienten och öka närståendes delaktighet.

### **Kommande arbete**

Vi avser fortsätta förbättringsarbetet på avdelningen och inser vikten av att bibehålla fokus på patienten och dennes upplevelser. Det fortsatta arbetet kommer exempelvis handla om att färdigställa ”lugna rummet”, etablera rutiner för patientens delaktighet i sin vårdplan, förfina rutiner för ätstörningspatienter och sprida informationen om genombrottsprojektet.



Ankomstsamtal Avd 94

Namn och telefonnr:

Kontaktorsak enligt patientens upplevelse:

Vad önskar patienten få hjälp med?

Tidigare hälsoproblem, somatiska/psykiatriska:

Överkänslighet/allergi?

Särskilda kostvanor?

Tar du några läkemedel, inklusive läkemedel du inte har ordinerats? Apodos? Sedan hur länge?

Sömnproblem? Sedan hur länge?

Tidigare vårdkontakter, inklusive kommun?

Boendesituation? Har du en partner? Barn? Vem tar hand om barnen? Husdjur? Har du ngn anhörig som vi kan kontakta?

Sekretess?

Hur försörjer du dig? Behöver du sjukskrivning?

Tobak/alkohol/droger/receptbelagda läkemedel? Hur ofta?

Vill patienten tillägga något?

## Till dig som är patient på avdelning 94

Avdelning 94 är med i förbättringsprojektet ”bättre vård – mindre tvång”.  
För mer information, se inspirationstavlan i dagrummet.

För att kunna mäta effekterna av våra förändringar/förbättringar vill vi gärna ta del av din upplevelse under vårdtiden. Varje tisdag får alla patienter fylla i denna enkät som sedan lämnas anonymt i enkät-lådan i dagrummet.

Skatta din upplevelse den senaste veckan genom att sätta ett kryss på skalan mellan 1-10.

### Hur upplever du bemötandet från personalen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Oacceptabelt Fantastiskt bra

### Känner du dig trygg på avdelningen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Mycket otrygg Helt trygg

### Känner du dig delaktig i din vård?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Inte alls Helt och hållet

Tack för din medverkan!