

# Projektrapport

## Bättre vård mindre tvång – del 2

### Team 172 - Hudiksvall

<b>Syfte med deltagandet i Genombrott</b>	<b>Teammedlemmar</b>
Förbättra den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder	<i>Skötare, Åsa Mattsson, asa.mattsson@lg.se (Kontaktperson)</i> <i>Skötare, Anki Jern (Mätansvarig)</i> <i>Sjuksköterska, Emanuel Brodin (Projektplatsansvarig)</i> <i>Skötare, Jari Ahonen</i> <i>Överläkare, Sonja Meier (Team-ledare)</i> <i>Vårdledare, Tina Kroon (Team-ledare)</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

Syftet med projektet var att öka patientens delaktighet, det respektfulla bemötandet och att patienten upplever att personalen har ett likvärdigt arbetssätt. Vi ville förbättra upplevelsen och förståelsen av tvångsåtgärder samt involvera anhöriga i patientens vård.

Detta har vi arbetat mot genom att kontinuerligt utföra förbättringsarbeten med hjälp av genombrottsmetodiken. Tillsammans med avdelnings patientambassadör har vi arbetat mot patientfokuserade förbättringsarbeten. Samtliga resultat tyder på förbättringar även om inte alla målen uppnåddes.

### Bakgrund

Team 172 tillhör en vårdavdelning med allmänpsykiatrisk inriktning. Vi har 18 vårdplatser med akutintag. Som öppenvårdsverksamhet finns en ECT-mottagning samt substitutionsbehandling för opiatberoende i anslutning till avdelningen.

Vi är med i projektet därför vi ser fördelarna med att använda en strukturerad modell för att utföra förändrings- och förbättringsarbeten med patienten i fokus.

## Mål

### 1. Minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder

#### 1.1. Patienterna skall känna delaktighet i vården

Uppnå ett snitt av 8 eller mer i en numerisk skala 0-10 på frågan: I hur stor grad känner du dig delaktig i din vård?

Mäts via enkät veckovis.

#### 1.2. Patienterna skall uppleva att de får respektfullt bemötande

Uppnå ett snitt av 8 eller mer i en numerisk skala 0-10 på frågan: I hur stor grad upplever du att du får ett respektfullt bemötande?

Mäts via enkät veckovis.

### 2. Förbättra patienternas upplevelse av tvångsåtgärder

#### 2.1. Samtliga patienter skall ha uppföljande samtal efter tvångsåtgärd

100 % av patienter som blir utsatta för tvångsåtgärd skall få uppföljande samtal. Journalgranskning varje månad av patienter som vårdats under LPT.

#### 2.2. Flertalet av patienterna skall ha förståelse för tvångsåtgärden

75 % av patienter som blir utsatta för tvångsåtgärd skall ha förståelse för tvångsåtgärden.

Patienten svarar ”Ja” eller ”Ja, efter samtal” på frågan ”Har du förståelse för tvångsåtgärden?” i samband med uppföljande samtal efter tvångsåtgärd.

Journalgranskning varje månad av patienter som vårdats under LPT.

### 3. Utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder

#### 3.1. Patienterna skall uppleva att personalen har ett likvärdigt arbetssätt

Uppnå ett snitt av 8 eller mer i en numerisk skala 0-10 på frågan: I hur stor grad upplever du att personalen har ett likvärdigt arbetssätt?

Mäts via enkät veckovis.

### 4. Utveckla samverkan mellan olika aktörer i patientens liv/värld för att minska andelen inläggningar med tvång

#### 4.1. Samtliga patienter skall erbjudas ett närståendesamtal

100% av patienter som vårdats mer än 48 timmar skall erbjudas ett närståendesamtal. Journalgranskning varje månad av utskrivna patienter som vårdats mer än 48 timmar.

## Förändringar som testats

### *PDSA 1:1:1 – Rond*

#### *1:1:1,00*

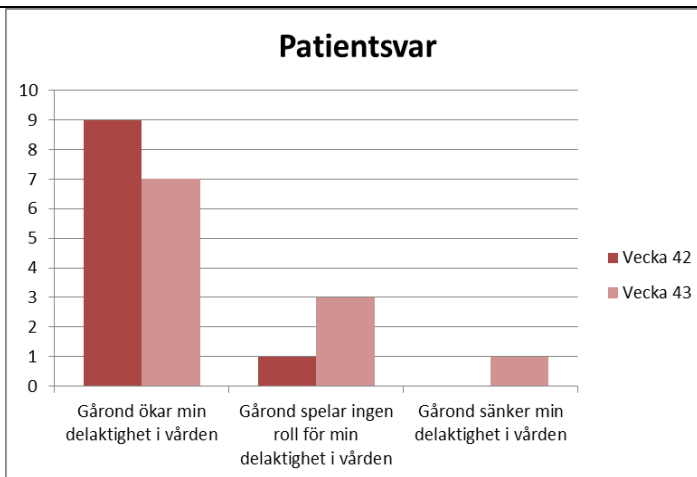
Ganska ostrukturerat beslutade teamet att vi skall testa gå-rond varje onsdag kl. 9-11. Detta för att öka delaktigheten hos patienterna, men samtidigt för att skapa ordning i ”vardagslunken”, minska irritation och missförstånd. Vi trodde även att detta skulle förbättra arbetsflödet.

Mätningar genom inslag i den veckovisa patientenkäten visade att 16 patienter ansåg att gå-ronden påverkade delaktigheten i sin vård till det bättre, 4st ansåg att det inte spelade någon roll medan 1 patient ansåg att det påverkade delaktigheten till det sämre.

Överlag har det mötts med positiva kommentarer och gått bra. Behöver ordna bättre ”vagn” för dator för att kunna pila läkemedel m.m.

Vi tolkar detta som något positivt och det syns även på huvudmätningarna. Bortfallet är ca 40% från personalen. Dock önskas det av patienterna att det skall ske mer frekvent.

Teamet beslutar att gör en ny test-cykel för att effektivisera gå-ronden och ta tillvara patienternas önskemål.



#### **1:1:1,01**

Vi ändrade nu så att vi testar gå-rond varje tisdag och torsdag kl. 9-11:30.

Denna gång hölls inte det som planerats då PDSA:n skapades, det blev flera gå-ronder samtidigt (ibland tre team bestående av läkare och sjuksköterskor rondar samtidigt) på grund av flera och olika läkare. Tidigare beslut om att dator skulle tas med vid ronden uteblev. Patienterna har upplevt det positivt med gå-rond 2 ggr/vecka samt att väntetiden förkortades om det genomfördes 2 ronder samtidigt. Omvårdnadspersonal som upplevde att rutiner inte som sagts inte följdes, de önskade bättre struktur på gå-ronden. Teamet beslutar att gör en ny test-cykel för att effektivisera gå-ronden och ta tillvara patienternas önskemål.

#### **1:1:1,02**

En struktur för gå-ronden skapades, max 2 ronder samtidigt. Överläkare, sjuksköterska, berörd underläkare och (om möjligt) kontaktperson närvarar med patienten under ronden.

Uppdelning av ronden sker efter behandlande läkare, dvs. inte efter gruppindelning.

Dator medtags vid behov. Läkemedelslistor medtags av respektive läkare. Detta resulterar i att sjuksköterskegruppen inte får någon struktur på deras patienter, man vet aldrig vilken patient man skall vara med att ronda. PDSA:n avbryts innan slutdatum. Ny PDSA skapas.

#### **1:1:1,03**

En ny, tydlig, struktur för gå-ronden skapades. Överläkare, sjuksköterska, berörd underläkare och (om möjligt) kontaktperson närvarar med patienten under ronden. Uppdelning av ronden sker efter sjuksköterskarnas gruppindelning samt efter behandlande läkare.

Dator medtags vid behov. Läkemedelslistor tas med av respektive läkare. Då det var en hel del röda dagar under denna periods mätning var vi tvungna att göra om testet då det inte fanns data till underlaget.

#### **1:1:1,04**

Två ronder samtidigt och respektive läkare rondar sina patienter. Läkaren rondar först tillsammans med sjuksköterska för grupp 1 (eller 2), byter sedan då de är klara med den gruppen till sjuksköterska för grupp 2 (eller 1) och vice versa (se bilaga 1). Efter denna förändringsidé är samtliga personalgrupper nöjda med strukturen.

Testet blev en stående rutin på avdelningen.

### **PDSA 1:1:2 – Förslagslådan**

#### **1:1:2,00**

Förslagslåda skall placeras på avdelningen för patienter att lämna förslag på förbättringsåtgärder avseende delaktighet. Detta för att öka delaktigheten i vården och ge oss kvalitativa förslagsåtgärder på förändringar. Vi mäter antalet förslag under 1 vecka. Lådan placerades i matsalen med anvisning bredvid. Penna och papper fanns på samma ställe. Patienterna blev muntligt informerade vid flera tillfällen om existensen av denna låda. Fyra förslag inkom. Tre av förslagen handlade om trivsselfrågor så som ”fler DVD-filmer” och ”mindre stress i matsalen”. Vi tror att presentationen av lådan har varit tydlig och patienterna har uppfattat förslagslådan som ”allmänna förslag” och inte med inriktning mot

patientdelaktighet. Vi påbörjar ny PDSA där vi placerar lådan mer synligt och med förtydligande om vad vi menar med delaktighet i vården.

#### **1:1:2,01**

Lådan placeras vid vattenautomaten i ”oasen”. Extra tydligt vilken form av förslag som önskas. Fyra förslag inkomna, varav 2 som innehåller målets syfte. Samma kvantitet som vid förra mätningen inkom. Kvaliteten är ungefär densamma. Ett förslag är att ge mer information om läkemedel. Det andra var att personalen skall vara glad.

#### **1:1:2,02**

Ny stor skylt sattes upp bredvid förslagslådan.  
Inga förslag inkom denna vecka. PDSA:n avslutas.

### ***PDSA 1:1:3 – Patientbunden pärm***

#### **1:1:3,00**

Mäta effekten av tidigare planerad insats på patientens känsla av delaktighet. Avdelningen kommer att implementera en patientbunden pärm som följer patienten hela vårdtiden. Vi tror att pärmen kommer att öka patientens upplevelse av delaktighet i vården. Den kommer att förtydliga rutiner på avdelningen. Den kommer göra att patienten har någonstans att dokumentera idéer och följa sin vårdtid. Detta mättes via enkät vid utskrivning. Utlämnade och insamling av dessa enkäter sköttes dåligt, ingen data fanns i slutet av denna PDSA att analysera. Ny PDSA skapas.

#### **1:1:3,01**

Pärmen ska delas ut till alla nyinkomna patienter senast efter 48 timmar vårdtid. Ska tas med till läkarsamtalen. En aktuell vårdplan och medicinlista ska följa med pärmen.

Ny mätning i form av patientenkät 1 ggr/vecka under 2 veckors tid.

Totalt under 2 mätningar har vi fått följande resultat:

Den ökar min delaktighet: 9

Det spelar ingen roll: 8

Den sänker min delaktighet: 0

Vi tror att personalen skall stötta patienten mer i att använda pärmen som hjälpmedel. Om vi får den effekten tror vi att vi får ett ökat positivt svar på pärmen. Pärmen har redan implementerats, vi har bara mätt ”effekten” av den. Vi enades om att göra fler PDSA i att stötta patienten att använda pärmen som dock aldrig blev av.

### ***PDSA 1:1:4 – Patientpromenad***

#### **1:1:4,00**

Avdelningen har efter implementeringen av den patientbundna pärmen även strukturerat ett gemensamt aktivitetsschema. Dock framkommer det att ingen personal tar ansvar över aktiviteterna. I denna PDSA testar vi att systematiskt låta eftermiddagspersonalen ansvara över aktiviteten under överlappningstiden då det finns mest personal på avdelningen. Vi fokuserade på patientpromenaden som är den mest personalkrävande aktiviteten. Vi mäter antalet deltagande patienter genom deltagarlista. Vi mäter detta i två veckor.

2013-12-12: 8 deltagare.

2013-12-19: 12 deltagare.

Vi valde sedan att göra ett nytt test där förmiddagspersonalen håller i promenaden.

#### **1:1:4,01**

Förmiddagspersonalen tar den schemalagda promenaden. Mäts under 2 veckor.

2014-01-02: 3 deltagare.

2014-01-09: 5 deltagare.

Vi kom till slutsatsen att det finns många anledningar att patienten inte följer med på promenad. Bättre att mäta de praktiska detaljerna via enkät till personal. Dock anser vi att promenaden faktiskt blir av och fungerar. Dock kan det ha att göra med att teamet driver på vilka som skall ta ansvaret.

### ***PDSA 1:1:5 – Aktivitetsrummet: Förslagsinsamling***

#### ***1:1:5,00***

Vi ville ändra vårt befintliga aktivitetsrum enligt önskemål av patienterna. Vi trodde att aktivitetsrummet kommer att användas mer flitigt vilket resulterar i att patienterna blir mer avslappnade på avdelningen. Vi började med att fråga alla patienterna via veckovis enkät under två veckor vad de vill att rummet skall fyllas med och vad det skall användas till. Vi satte sedan upp en stor lapp på inspirationsytan och i aktivitetsrummet där man kunde skriva in sina förslag på vad man ska kunna använda aktivitetsrummet till. Vi trodde att vi skulle få in mer idéer och förslag på förändringar av rummet. Insamlingen av dessa synpunkter och förslag visade följande:

- Pianot behöver stämmas.
- Myshörna med säckosäckar där man kan läsa och så.
- Spelbord där man kan sitta några stycken.
- En dator med internetuppkoppling.
- Boxarsäck och boxhandskar.
- Avslappningsrum.
- Öronakupunktur.
- Puzzel, böcker och målning.
- Ny motionscykel med längdmätare.
- Matta eller liggunderlag till ryggympa.
- Musikanläggning.
- Wii.
- Rökrum.
- Tyst rum.

Vi tog med förslagen till arbetsplatsträff för att få mer idéer och förslag från våra engagerade kollegor. Sedan gjorde vi en ny PDSA där själva förändringen av rummet sker.

### ***PDSA 1:1:6 – WiFi för patienterna***

#### ***1:1:6,00***

Enligt önskemål som uppmärksammades via patientenkäten ordnade teamet wifi för patienterna 1 timme per dag till en början medan IT-supporten jobbar på en permanent lösning till öppen wifi dygnet runt.

### ***PDSA 1:1:7 – Trygghetsformulär***

#### ***1:1:7,00***

Vi ville använda oss av ett så kallat ”trygghetsformulär” (se bilaga 2) som skall användas av patienten för att kunna förklara hur personalen skall hantera patienten vid ilska, oro, ångest och ledsamhet. Vår hypotes var att patientens delaktighet mot sitt välmående kommer att öka om detta verktyg används. Teamet tog upp detta på APT och informerade hur formuläret skall användas och var det skall föras in i journalen. Dock visade det sig att formuläret inte användes som överenskommet. V i förnyar PDSA:n.

#### ***1:1:7,01***

Vi påminner personal om trygghetsformuläret i samband med överrapportering vid skiftbyte. Ny mätning via intervjuer av patienter som har trygghetsformuläret inskrivet i sin vårdplan i journalen.

2014-03-11: Tre av 25 inskrivna patienter hade ifyllda trygghetsformulär i journalen.

2014-03-18: Sex av 26 inskrivna patienter hade ifyllda trygghetsformulär i journalen.

Intervjuer visade att alla ställer sig positivt till detta formulär och vill ha det kvar i sin vård på avdelningen. Vi ansåg att vi ville höja frekvensen av hur många patienter som faktiskt får trygghetsformulär och att den samtidigt registreras i journalen. Därav ny PDSA.

#### ***1:1:7,02***

Vi började mäta hur många inskrivna patienter som har trygghetsformuläret inskrivet i sin vårdplan.

2014-03-11: Tre av 25 inskrivna patienter hade ifyllda trygghetsformulär i journalen.

2014-03-18: Sex av 26 inskrivna patienter hade ifyllda trygghetsformulär i journalen.  
2014-03-24: Fem av 21 inskrivna patienter hade ifyllda trygghetsformulär i journalen.  
Resultatet går att tolka som att antingen så slarvar personalen med att fylla i formuläret i journalen eller så görs det inte. Vi skapar ny PDSA för att höja frekvensen av korrekt ifyllda trygghetsformulär i journalsystemet.

#### **1:1:7,03**

För att öka användandet av trygghetsformuläret fäste vi det tillsammans med AUDIT och DUDIT som skrivs i samband med inskrivningens första dygn. Resultatet i en successiv ökning.

Nästa PDSA i utvecklingsprogram Theta kommer då att mäta hur meningsfullt patienter och personal upplever trygghetsformuläret, förbättringsförslag och om det ska implementeras som rutin.

#### **PDSA 1:1:8 – Öppen retur**

##### **1:1:8,00**

Öppen retur till avdelningen infördes: För patientgrupper med stort behov av akut- och kortvarigt slutenvård ska öppen retur (brukarstyrd inläggning) kunna erbjudas som en del i vårdplanen. Patienten kan på eget initiativ lägga in sig på avdelningen (i mån av plats) för krisintervention utan att behöva söka vård via akutmottagning (som är dagens flödesrutin) och utan föregående läkarbedömning. Inför utskrivning ska en bedömning av tjänstgörande läkare ske. Vi gjorde denna förändring för att patienten kan och får ta mer eget ansvar för sitt mående. Patienten får själv anpassa vårdnivå efter upplevt behov. Patienten FÅR vara delaktig. Dessutom minskat slutenvårdsbehov, mer livskvalité.

Utvärderingen gjordes via intervju med patienter som fått testa öppen retur i liten skala på två aktuella patienter. Öppen retur (ÖR) skrivs i aktuell vårdplan. Patienten intervjuas efter att inläggning med hjälp av ÖR har skett.

Det blev mycket strul och frågetecken vid inläggningen för bägge patienterna pga avsaknad av tydlig rutin för ÖR. Patient 2 blev till och med hemskickad och fick återkomma. Vid intervju framkom att patient 1 och 2 upplevde konceptet i sig som mycket positiv och som en trygghet. Patient 1 var nöjd med handläggningen, hade inte märkt något av strulet. Patient 2 ville prova igen, trots att det gick helt fel vid första försöket pga otydliga rutiner. Konceptet verkade lovande, saknades dock rutiner och ramar. Ny PDSA skapas.

##### **1:1:8,01**

Ett utkast för en rutin för Öppen retur (ÖR) har skrivits, vg se bilaga 3. Presenterats på APT samt mejlats ut till läkarna. Testas igen i liten skala på just nu två aktuella patienter, antalet får ökas. Testet pågår. Patienten och inblandad personal intervjuas när inläggning med hjälp av öppen retur har skett.

#### **PDSA 1:1:9 – Göra om aktivitetsrummet**

##### **1:1:9,00**

Aktivitetsrummet kallas numera kombo-rum och är invigt. De flesta önskemål gick att uppfylla.

#### **PDSA 1:2:1 – Presentation av em- och nattpersonal**

##### **1:2:1,00**

Det framkom via patientenkäternas kommentar-del att de upplevde att de inte visste vem som jobbar och när deras kontaktpersoner jobbar nästa gång. Därför testade vi en rutin att eftermiddagspersonalen och nattpersonal går runt på avdelningen och presenterar sig då de kliver på det nya skiftet. Hypotesen är att patienterna kommer att känna sig mer respektfullt bemött om vi presenterar oss vid dessa skift och vi mäter detta via enkätfråga veckovis: Upplever du att personalen presenterar sig till dig vid skiftbyte? ”Ja”, ”För det mesta”, ”Inte tillräckligt” eller ”Inte alls”. Resultatet blev bättre sedan vi införde presentationsrunda innan eftermiddag- och nattskift. Samtidigt visade vår huvudmålsmätning av respektfullt bemötande en viss förändring mot det bättre. För att få ett resultat av patientens upplevelse av

presentationsrunda så tillför vi en ny veckomätning i samband med övrig veckomätning.

#### **1:2:1,01**

Vi gjorde nya veckovisa mätningar via enkätfrågan: Upplever du att din känsla av respektfullt bemötande ökar när personalen går runt och presenterar sig då de kliver på sitt skift? ”Ja” eller ”Nej”.

Samtliga patienter som har blivit tillfrågade har ansett att de blir mer respektfullt bemött av personalen om de presenterar sig då de påbörjar sitt skift. Förändringen införs.

#### **PDSA 2:2:1 – Utbildningsinsats i LPT**

##### **2:2:1,00**

Utbildningssession i LPT hölls. Efter detta visade ”självskattning personal tvång.xls” på en sänkning i kunskap hos personal efter utbildningen. Vi tolkar det som att antingen så är det olika personal som svarat på enkäter eller så har personalen överskattade sina kunskaper innan utbildningen hölls. Vi kommer därför hålla LPT-utbildning igen i maj.

#### **PDSA 3:1:1 – Filmstund i utbildningssyfte**

##### **3:1:1,00**

För att inspirera personal ordnade vi filmstunder på torsdagar i samband med överlappning. Filmen som visades var seminariet med Anna Björkdahl från Yasuragi. 30 personal såg filmen, 14 svarat att modellen som presenteras i filmen är användbart för vår avdelning. 16 har inte fyllt i blanketten. Alla som har svarat har alltså tyckt att modellen är användbart. Bra synpunkter har inkommit. Synpunkter sammanställs för diskussion av hur det kan användas vidare. Togs upp på APT.

#### **PDSA 3:1:2 – Intervju: Olika arbetssätt**

##### **3:1:2,00**

Teamet vill få information inför nytt förändringsarbete för att förbättra det låga värdet i frågan ”I hur stor grad upplever du att personalen har ett likvärdigt arbetssätt?”. Resultatet av alla intervjuer har satts upp på inspirationsytan och har lett till en hel del diskussion.

#### **PDSA 3:1:3 – Vårdprogrammet: Självska debeteende**

##### **3:1:3,00**

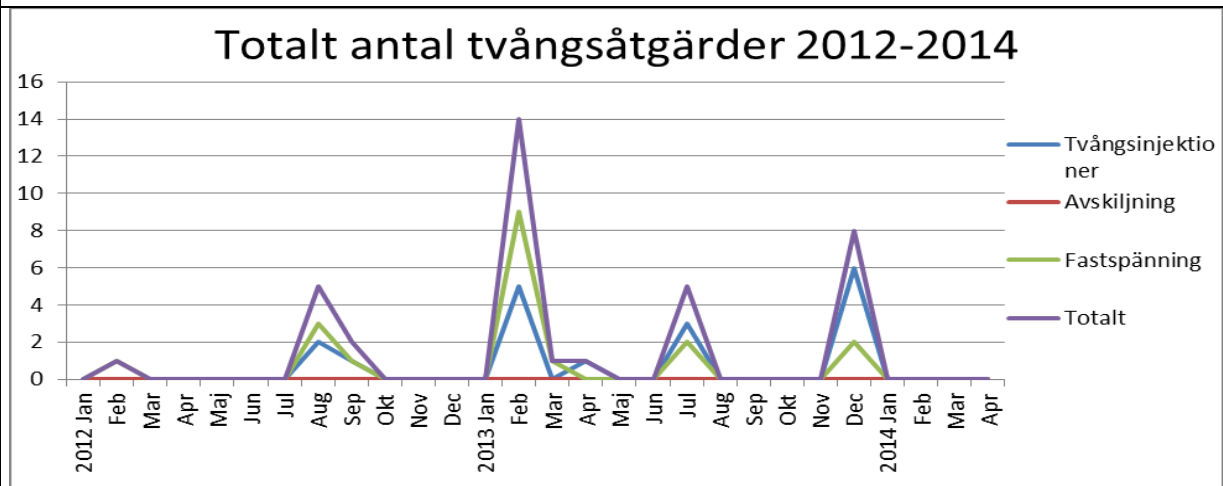
All personal ska ha kännedom om vårdprogrammet för självskadebeteende, men det upplevdes inte så. Därför anordnade vi en inspirationsdag kring genombrottsprojekts arbete för hela personalgruppen från avdelningen. Föreläsningar varvades med diskussioner. Fokus på samverkan, bemötande. Två externa föreläsare. Inför inspirationsdagen skulle all personal ha läst vårdprogrammet för självskadebeteende och signerat att detta gjorts. Personal upplevde att föreläsningarna var mycket givande och intressanta. 27 personal av 32 har signerat att de läst vårdprogrammet.

#### **PDSA 4:1:1 – Vårdplaner**

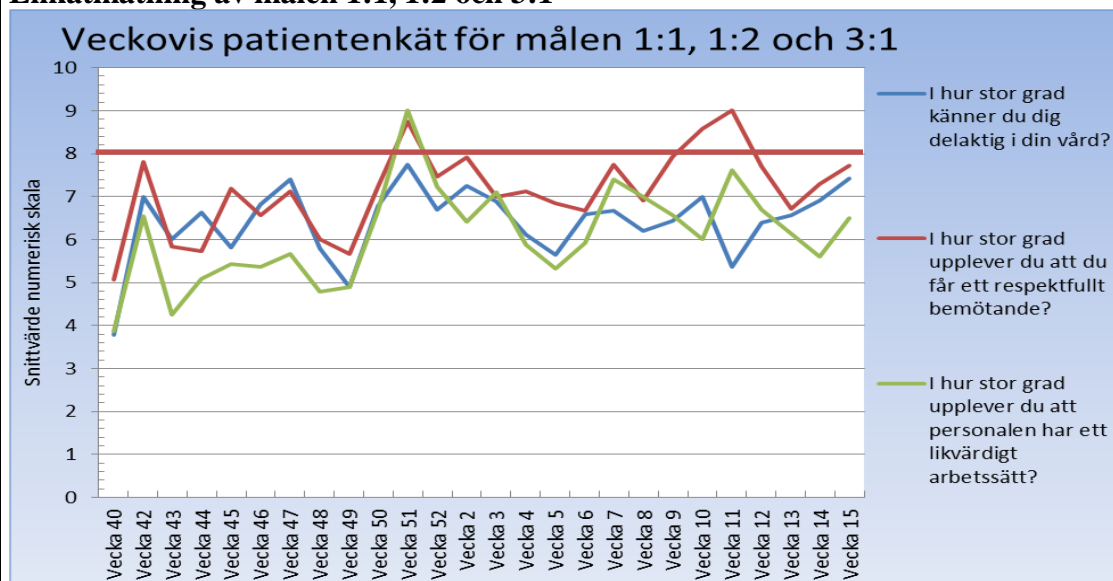
##### **4:1:1,00**

Vi ändrade avdelningens arbetsfördelningsmall: Vi lade till en specifik flik för vårdplan/närståendesamtal. Detta för att vid varje rapportering lyfta frågan ”vilka patienter saknar vårdplan” och ”vem skall utföra vårdplanen”. Då det ingår i en vårdplan att patienten skall erbjudas närståendesamtal trodde vi att avdelningen kommer att få fler och tidigare vårdplaner som i sin tur kommer att resultera i att fler patienter blir erbjudna närståendesamtal. Vi mätte detta via fortsatt journalgranskning av närståendesamtal varje månad. Vi upptäckte först efter att vi inte mätte antalet vårdplaneringar vilket var den egentliga riktningen av denna PDSA. Dock gav det gott resultat mot huvudmålet, se resultat.

## Resultat

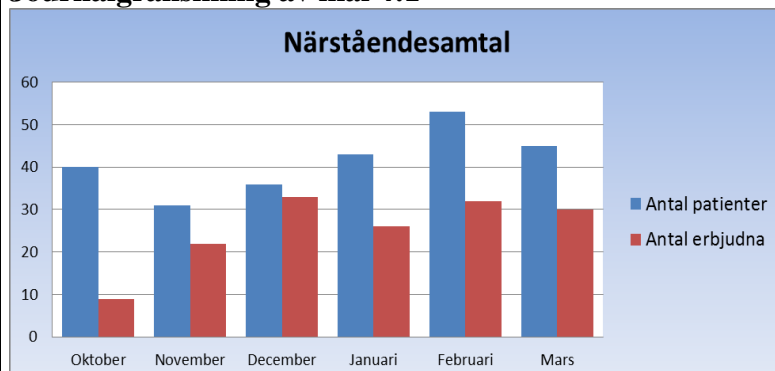


## Enkätmätning av målen 1:1, 1:2 och 3:1



Enkäten som användes (se bilaga 4) för att mäta resultatet har sett likadan ut genom hela projektet, förutom de veckor vi lagt till frågor för att mäta PDSA. En utsedd person gav samtliga inläggande patienter enkäten varje onsdag och förklarade muntligt syftet med den.

## Journalgranskning av mål 4:1

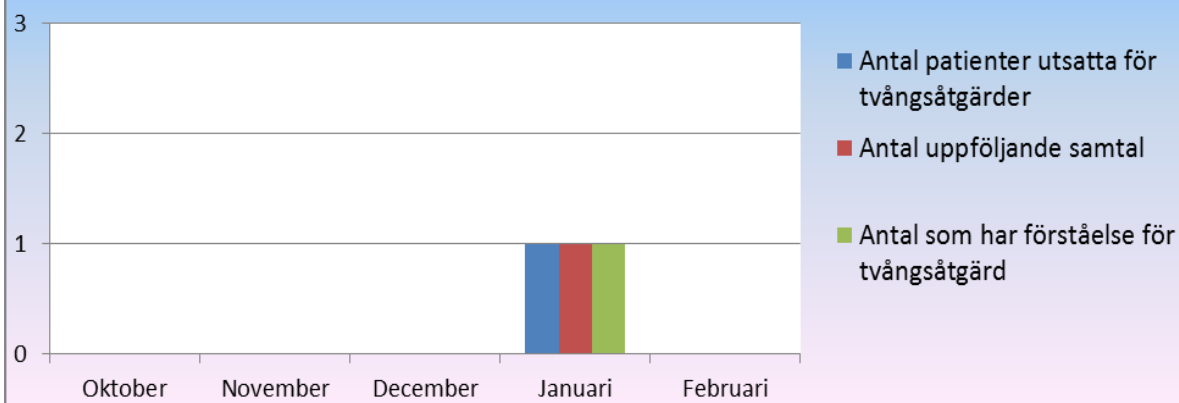


Journalgranskning av utskrivna patienter som vårdats mer än 48 timmar varje månad. Av dessa patienter tog vi reda på hur många som har dokumentation på att de blivit erbjudna anhörigsamtal i journalsystemet.

## Journalgranskning av mål 2:1 och 2:2



## Patienter utsatta för tvångsåtgärder



Journalgranskning av utskrivna patienter som vårdats under LPT varje månad. Av dessa förde vi in de patienter som blivit utsatta för tvångsåtgärder och har dokumenterat uppföljande samtal. Av svaren i uppföljandesamtalsmallen mättes de som hade förståelse för tvångsåtgärderna.

### Diskussion

#### Mål 1:1, 1:2 och 3:1

Mätning vecka 41 föll bort pga. att rutinen att lämna ut enkät inte följdes. Vecka 1 missade teamet ytterligare en mätning pga. teamets medlemmar inte var i tjänst. Brist på delegering till avdelningspersonal var också en faktor.

Under projekttiden uppmärksammades ett samband mellan bortfall och pedagogik vid utlämnandet av enkäterna. Under vecka 46 infördes gå-rond (PDSA 1:1:1) 2ggr/vecka vilket går att tolka som att förändringen gav utslag på den övergripande mätningen (mål 1:1). Under vecka 49-51 har vi låg svarsfrekvens vilket ger svängande resultat, dock under vecka 51 var patientantalet också väldigt lågt, 6 patienter jämfört med en normal beläggning på ca 20. Det gör även att just De patienterna fick mer resurser än övriga. Man ser ett samband mellan att det finns fler fungerande PDSA i rullning och att mätresultaten är högre 2014 mot 2013. Högt antal patienter på avdelning och stress hos personal som lämnade ut enkäten tror vi påverkade bortfall av enkätsvar.

#### Mål 4:1

När teamet började sina mätningar var resultaten låga. Under november månad skapades en förändring (PDSA 4:1:1) som skapade ett tydligt positivt resultat. Under december syntes ett tydligt gott resultat, dock uppnådde vi inte målet 100 %. Januari, februari och mars månad visade ett högt patientflöde samt långa vårdtider, avdelningen jobbade under hög belastning. Vi tror även att det kan finnas ett mörkertal av närståendesamtal som inte dokumenterats där det skall stå. Därför tror vi att fler har tillfrågats i större utsträckning än vad som visas i resultatet. Under slutfasen av projektet hade vi i teamet önskat att vi mätt antalet utförda närståendesamtal och haft Det som mål istället.

#### Mål 2:1 och 2:2

Då teamet haft ett nästintill obefintligt antal tvångsåtgärder under projekttiden är det svårt att uttala sig om resultatet under dessa mål. Dock hade PDSA 2:1:1 genomförts innan denna situation inträffade och resultatet är 100 %.

### Så här involverade vi patienter och deras närstående

Informerat patienter vid måltider och fika.

Inspirationsytan är upprättad och sitter synlig för både patienter och personal. Medarbetarna och patienterna involverades genom att en inspirationsyta med aktuellt material från projektet satts upp på korridoren på avdelningen. Inkommande idéer samlades därutöver på en idébank ”brainstorm” (projectplace). En patient deltog kontinuerligt som patientambassadör i teamet. Hon fick tillgång till projectplace och är inbjuden till LS3. Möte med det lokala brukarrådet har ägt rum för att presentera vårt arbete och höra deras synpunkter. Erbjudande om närståendesamtal har blivit en rutin för alla patienter. Patientintervjuer har ägt rum för att ta reda på varför de upplever att personalen inte har likvärdigt arbetssätt, svaren användes till att skapa nya PDSA. För att visa uppskattning till patienter som svarat på den veckovisaenkäten ett flertal gånger bjöd teamet på fika och tackade för engagemanget. Med detta hoppades teamet på en högre svarsfrekvens.

### **Sammanfattning av projekt tiden så här långt**

Det har varit en spännande och lärorik tid med många bollar i luften och ett sammansvetsat team med många starka viljor. Från LS1 har det varit full fart. Den största utmaningen har varit att få all personal lika engagerade i förbättringsarbetet. Under projekttiden har vi snurrat många PDSA-cyklar. Vi har infört gå-rond 2ggr/vecka som rutin. Förbättrat patienternas aktivitetsrum till det bättre utifrån deras önskemål med gemensam invigning. Haft interna föreläsningar som inriktat sig mot LPT och tvångsåtgärder. Infört som rutin att personal presenterar sig för patienter vid skiftstart samt synliggjort för patienter vilka som jobbar kommande dygn. Arbetat för att driva redan schemalagda aktiviteter som tenderat att inte bli av. Haft givande möten med både coach, personal- och patientambassadörer. Vi har använt oss av Björkdahls föreläsning från LS1 och visat den för personal på avdelning för att illustrera vikten av fungerande fundamental ordning. Vi anordnade en inspirationsdag med externa föreläsningar som hade fokus på självskadebeteende. Öppenvårdspersonal deltog under dagen och en dialog kring förbättringsförslag avseende samverkan påbörjades.

Vi påbörjade våra mätningar av huvudmålen oktober 2013. Då mätte vi målen enligt virtuell analog skala (VAS). Samtliga mål redigerades under februari 2014 då teamet uppmärksammade att vissa mål innehöll en tolkning av patientens upplevelse och att mätningen inte korrekt mättes enligt VAS utan mättes enligt numerisk skala (NRS). En patient som t.ex. skattade sig under 7 på enkäten tolkade vi som inte delaktig trots att patienten eventuellt upplever sig delaktig. Vi ansåg att resultaten blev missvisande om vi tolkade svaret patienten lämnade in. Därför gjorde vi om våra mål så att vi kunde använda samma mätinstrument och få det totala snittet av hur patienten upplever istället. Mätningarna pågår än idag och förbättringsarbetet fortsätter i utvecklingsprogrammet Theta.

### **Övriga kommentarer**

Det här var bara början, fortsättning följer i utvecklingsprogram Theta!