

16 DELTAGANDE TEAM BERÄTTAR OM

---

# Nyckelprojektet

– Erfarenheter av ett nationellt genombrottsprojekt i syfte att förnya den vuxenpsykiatriska heldygnsvården ur ett brukarperspektiv



Sveriges Kommuner och Landsting  
118 82 Stockholm, *Besök* Hornsgatan 20  
*Tfn* 08-452 70 00, *Fax* 08-452 70 50  
info@skl.se, www.skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting

*Grafisk form och produktion* SKL FS Grafisk Produktion 2009  
*Illustration* Linda Johansson

## Förord

---

Det har funnits en föreställning att det är svårt att få till stånd utvecklingsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården. Uppfattningen har varit att det inte är lätt att frigöra personal för kompetensutveckling och att viljan till förändring på många håll är svag. Därför har utvecklingsinsatser inom psykiatrin under de senare åren främst gällt öppenvården.

Nyckelprojektet har visat att detta inte stämmer. När de rätta förutsättningarna ges är personalen inom den psykiatriska heldygnsvården minst lika besluten och engagerad i att förbättra vården för sina patienter som några andra. Tjugo team från hela Sverige har under ett knappt år formulerat, prövat och mätt olika förbättringsidéer. Under många gånger svåra yttre omständigheter som omorganisationer, chefsbyten och överbeläggningar har sexton av teamen fullgjort arbetet och skrivit förnämliga slutrapporter.

En läsning av dessa rapporter imponerar. En kraftig minskning av tvångsåtgärder på sina håll, ökad patientmedverkan i vårdplanering, många små men betydelsefulla förändringar i vardagen har bidragit till att vården blivit betydligt mer patientfokuserad. Teamen ska ha all heder av sitt målmedvetna arbete.

Genombrottsmetoden har visat sig vara mycket användbar för utvecklingsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården. Förankrad i den praktiska vårdvardagen är den ett användbart

verktyg för förbättringar. Men det brukar sägas att Genombrott är mycket mer än en metod – den är ett annat sätt att tänka som finns kvar långt efter projektets slut.

En styrka i metoden är att den möjliggör jämförelser och inspiration mellan olika vårdenheter. Nyckelprojektet har erbjudit psykiatriska vårdavdelningar över hela landet en möjlighet att lära av varandra. Nya impulser och idéer har stimulerat till omprövning av gamla arbetssätt. Men jämförelser med andra kan också stärka självkänslan att man är på god väg att höja kvaliteten i vården.

Den officiella projekttiden är nu slut. Men förbättringsarbete har inget slut och nu gäller det att fortsätta utveckla arvet från Nyckelprojektet. Det är chefernas ansvar att skapa förutsättningar för att förbättringsarbete ses som ett naturligt inslag i psykiatrisk heldygnsvård och inte blir en dagslända!

Det har varit en fantastisk förmån att få följa teamens arbete under det senaste året och vi önskar dem all lycka framöver! Vi hoppas verkligen att andra vårdavdelningar runtom i Sverige ska inspireras av rapporten och dessa pionjärens energi!

*Per-Olof Sjöblom*  
Ordförande

*Carl-Gustaf Olofsson*  
Vice Ordförande

## Inledning

---

Nyckelprojektet är ett "pionjärprojekt" inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården, som är ett område med stor utvecklingspotential. Dagens heldygnsvård, en specialistvård där patienten ofta inte valt sin vård själv (tvångsvård), ställer särskilt stora krav på vården. Experter inom psykiatrin definierade följande utvecklingsområden: Bemötande, Delaktighet, Kunskapsbaserade metoder, Tvångsåtgärder och Fysisk miljö.

Nyckelprojektets huvudsyfte var att höja kvalitén för patienterna i heldygnsvården med hjälp av kunskapsbaserade arbetssätt och metoder. En ledstjärna för projektet har varit att använda ett brukarperspektiv för att förnya och förbättra vårdens innehåll, dess inre organisation, arbetsrutiner, behandlingsmetoder, processer, resursutnyttjande, arbetsfördelning m.m.

Projektet startade våren 2008. Teamen har varit tvärprofessionellt sammansatta med både ansvariga och personal som arbetar i den direkta vården (dag/natt). Ledningsstöd har varit en central framgångsfaktor för varje team.

### Hur har brukarperspektivet tillgodosetts?

Brukarnas medverkan i projektet var en självklarhet. Deras kunskaper och erfarenheter gav rätt perspektiv och insikter. NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) utsåg tre representanter till att medverka i projektet. Även de lokala brukarna har deltagit på olika sätt i teamens arbete

### Vilken metod har använts?

Den metod som använts är Genombrott. En enkel men kraftfull metodik för kontinuerligt förbättringsarbete. Metoden har sitt ursprung i det framgångsrika arbetssättet "The Breakthrough Series" (BTS) och är utarbetat av Institute for Healthcare Improvement i Boston, USA.

BTS omfattar både ett principiellt projektupplägg med gemensamma arbetsseminarier med mellanliggande arbetsperioder och en arbetsgång; Nolans Modell, som består av tre frågor (Vad är det vi vill uppnå? Hur vet vi att en förändring är en förbättring? Vilka förändringar kan vi göra som leder till förbättringar?) och det s.k. förbättringshjulet (PDSA-cykeln).

Tanken i detta arbetssätt är att minska gapet mellan evidens och praktik dvs mellan det

vi vet och det vi gör. Teamen själva utformar egna patientfokuserade mål och testar olika förändringsidéer i liten skala, innan beslut om introducerande i praxis genomförs och permanentas. Oftast är det de många små förändringarna som tillsammans leder till systemförändringar och till följd därav stora förbättringar för patienter, deras närstående och personal. När det nya arbetssättet börjar tillämpas är det viktigt att förhindra att gamla rutiner lever vidare parallellt. Här har chefer ett särskilt ansvar.

### Hur har projektets uppläggning sett ut?

Projektet har bestått av fyra lärandeseminarier (ett på hemmaplan) och mellanliggande arbetsperioder där det egentliga förbättringsarbetet bedrivs. Dokumentation och regelbundna mätningar har gjorts under hela projekttiden för att följa upp om förbättringsarbetet leder mot de mål som teamen fastställt.

### Vad har det gett för resultat?

Namnet Nyckelprojektet valdes för att ge associationer till framgång. Visionen har hela tiden varit att våra brukares/patienters perspektiv skulle leda oss på rätt spår. Glädjande har varit att alla team har använt sig av lärdomar och synpunkter från brukare/patienter i sina utvecklingsprocesser. De prioriterade nyckelområdena har genomsyrt teamens mål och resulterat i:

- ett ökat välbefinnande och/eller ökad funktionsförmågan hos patienterna genom ett professionellt bemötande och vårdinnehåll
- ökad delaktighet, inflytande och informationsutbyte för patient och dennes närstående
- reducerat antal tvångsåtgärder och förbättrat patientens upplevelse av dem
- förändringar i den fysiska miljön har genomförts
- förbättrad vårdprocess mellan heldygnsvård/öppen vård

**Denna rapport** innehåller intervjuer med de deltagande teamen. Teamens egna slutrapporter finns tillgängliga på SKL:s webbsida: [www.skl.se](http://www.skl.se) Läs och inspireras av dessa goda exempel på ett framgångsrikt utvecklingsarbete.

*Mia Harty*  
Projektledare

# Begripliga och överskådliga förbättringar

## – tack vare test i liten skala



Södra Älvsborgs sjukhus, Avd 2  
Från vänster: Emelie Eriksson,  
Anne Ekman, Pia Vaattovaara

***Särskilt värdefullt har det varit att ha med brukarrepresentanter under hela processen. Deras erfarenheter kring omvårdnad har varit guld värt och bra vägledning för oss under arbetet.***

På avdelning 2 inom psykiatri vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås vårdas personer med beroendeproblem och psykisk ohälsa, många med tvång. Man har haft problem med chefsbyten, negativ massmedial bevakning och anmälningar till patientnämnden angående bemötande. Detta var bakgrunden till att man ville satsa på ett utvecklingsarbete. Målet för deltagandet i Nyckelprojektet var att nittiofem procent av patienterna skulle känna sig nöjda med bemötandet och delaktiga i omvårdningsplanen. De patienter som fått vidkännas tvångsåtgärder skulle erbjudas ett uppföljande samtal.

### Hur har ni lyckats?

Vi har lyckats bäst med att förbättra bemötandet där målet uppnåddes med marginal. Att involvera patienten i omvårdningsplanen har också gått bra även om siffran är något lägre. Patienterna är som helhet nöjda med den vård och behandling som de har fått. Antalet tvångsåtgärder har tursamt nog varit lågt under perioden så vi har inte några tillförlitliga testvärden.

### Vad har ni gjort?

Under projektet har en enkät angående bemötandet delats ut till de patienter som skrivits ut. Enkäten har förvarats i patientens värdeskåp för att man inte skulle glömma den.

Genom att regelbundet dela ut enkäten har personalgruppen reflekterat och pratat om bemötandet och därigenom blivit mycket bättre på detta. För att göra patienten delaktig i sin vård har ett arbetsblad utarbetats som fylls i av patient och personal tillsammans. Patienten får nu med egna ord beskriva sin situation, sina behov och var han/hon önskar hjälp med. Detta arbetsblad har uppskattats mycket av både patienter och personal och är nu infört som en arbetsrutin på avdelningen. När det gäller ett uppföljande samtal efter en tvångsåtgärd, som under projektet varit få, har en checklista framtagits som dock inte kunnat utvärderas.

### Hur har ni arbetat?

Personalen på avdelningen har varit uppdelad i tre vårdlag och varje vårdlag har fått ansvar för ett förbättringsområde. Det har också från projektstarten funnits en styrgrupp med verksamhetschef, utbildningsledare, brukarrepresentanter, teamets kontaktperson och avdelningschef. Gruppen har träffats en gång per månad. Där har förbättringsarbetet redovisats och diskuterats. Förbättringsarbetet har också presenterats i andra sammanhang, chefsdagar, arbetsplatsträffar, sjuksköterske- och mentalskötarmöten.

### Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss hur man genomför förbättringar med små steg och att vi kan mer än vi tror. Det har varit bra att kunna utbyta erfarenheter med andra team i Sverige och att det varit helt ok att "stjäla" goda idéer.

## Slut på "väntankulturen" för patienterna!



Södra Älvsborgs sjukhus, Avd 4  
Från vänster: Jens Råberg, Elena Exner,  
Mohammad Safaie, Emma Noring,  
Anna Jacobsson, Agneta Krassman

***I klinikens verksamhetsplan för år 2008 stod att alla enheter skulle förbättra bemötandet och tydliggöra innehållet i heldygnsvården. Det fanns av den orsaken förväntningar på vad deltagande i Nyckelprojektet skulle leda till.***

Inom psykiatri vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås vet man via enkätundersökningar att flertalet patienter är helt eller delvis nöjda med bemötande och över hälften tycker att de får vara delaktiga. Bra vård kan bli bättre tänkte teamet på avdelning 4 och satte målet att 95 procent skulle vara nöjda. Ytterligare förbättringsområden togs fram. Varje patient skulle erbjudas ett strukturerat förstagångssamtal inom 24 timmar efter ankomsten till avdelningen. De skulle också uppleva att tillgängligheten till personal på avdelningen var god. De patienter som erhöll tvångsåtgärd skulle få ett uppföljningssamtal inom 24 timmar. Alla patienter skulle också vara delaktiga vid rondan. Även de närstående skulle uppleva att de fått ett gott bemötande av personalen på avdelningen.

### **Hur har det gått?**

Bemötandet har blivit bättre även om målet inte riktigt uppnåtts, vilket också gäller patienternas delaktighet i sin vård. Det visade sig inte så lätt att erbjuda patienterna strukturerade förstagångssamtal på grund av att vissa patienter inte är mottagliga för samtal i sitt akuta sjukdomsskov. Målet vad gäller tillgänglighet av personal på avdelningen har inte heller uppnåtts. Däremot har man lyckats uppnå målet att närstående ska uppleva ett bra bemötande. Det förändrade rondsamtalssystem visade sig vara en positiv förändring där alla patienter har varit närvarande. Antalet tvångsåtgärder har varit så få under perioden att inga slutsatser kan dras.

### **Vilka förbättringsidéer har ni prövat?**

Det har blivit fastare struktur på kontaktmannaskapet. Vi har också skapat en rutin och en gemensam mall för de strukturerade förstagångssamtalen. Patientens egna önskemål och synpunkter får större utrymme än tidigare. Mallen fungerar också som en checklista för att avdelningens rutiner efterföljs. En betydande förändring är att låta patienterna själva boka sina läkartider tillsammans med sin kontaktperson. Det har påtagligt ökat patientens delaktighet och förbättrat samordningen av olika aktiviteter. Bokning av både närståendesamtal och individuella rondsamtal är åtgärder som vi är stolta över. Tidigare deltog inte patienten själv i de tvärprofessionella ronder som genomfördes - så istället för att prata *om* patienten pratar vi nu direkt *med* patienten!

### **Vad kommer ni att arbeta vidare med?**

Vi kommer att fortsätta arbetet med att öka patientens delaktighet i vården genom samverkan med psykiatrisk öppenvård, kommun och övriga nätverk. Arbetet med att öka tillgängligheten till personal nattetid har påbörjats. Vi ska också se över hur vi kan stötta de barn vars föräldrar vårdas inneliggande på avdelningen. Dessutom kommer vi att utveckla innehåll och struktur i de individuella rondsamtalen.

### **Vad har ni lärt er?**

Vi har lärt oss att använda våra befintliga kunskaper och erfarenheter för att åstadkomma positiva förändringar för våra patienter. I efterhand kan vi se att vi borde ha lagt ner mer tid på att förankra förbättringsidéerna i personalgruppen.

## Dagliga promenader ökar patientens livskvalitet



SU/ Sahlgrenska, Avd 80/83  
Från vänster: Ariel Almevall, Annethe Larsson, Annmarie Nilsson-Petersson, Tony Persson, Louise Bergdahl

***Dagliga promenader, bättre inskrivningsrutiner, besök från öppenvårdens behandlare, bokad tid hos öppenvården vid utskrivning och uppföljningssamtal efter tvångsätgard. Detta ville man åstadkomma i Nyckelprojektet.***

De två avdelningarna, 80 och 83, inom psykiatri vid Sahlgrenska universitetssjukhuset har olika karaktär. Den ena är en akutavdelning för patienter med psykostillstånd och den andra har under projektiden ändrat karaktär till en elektiv avdelning med lägre personalbemanning.

Eftersom avdelningarna är låsta och många patienter inte får gå ut själva, ville vi säkerställa att de kom ut dagligen. Flera patienter har dessutom dålig kondition och problem med vikten. Därför uppställdes målet att varje patient ska få möjlighet till en daglig promenad oberoende av vilken personal som arbetade. Ett annat mål gällde informationsutbyte i samband med inläggning av en patient. Det har i vissa fall dröjt flera dagar innan patienten har fått all information om avdelningen, vem som är kontaktperson och patientansvarig sjuksköterska. Men det är också viktigt att personal tidigt får reda på om patienten har barn eller husdjur hemma för att snabbt kunna agera om det behövs sättas in åtgärder. Detta ville man säkra så att de viktigaste åtgärderna i samband med inskrivningen sker inom 24 timmar för att öka patientens känsla av trygghet och delaktighet. Nästa mål gällde samarbetet med öppenvården. För patienter i heldygnsvård är det viktigt med kontakt med öppenvården som tar över kontakten efter utskrivning. Målet blev att det skulle finnas en tid i öppenvården när patienten skrevs ut. Som sista mål sattes att alla patienter som blivit föremål för tvångsätgarder skulle få ett uppföljningssamtal.

### Hur har det gått?

Vi har lyckats bäst med att ge patienterna möjlighet till dagliga promenader. Där har vi i stort sett nått målet även om det har varierat över tid. Checklistan vid inskrivning har blivit bättre ifylld och tillämpad. Försöken att knyta öppenvården närmare till heldygnsvården har inte lyckats, men vi fortsätter vårt arbete. När det gäller uppföljningssamtalen efter tvångsätgarder är alla förberedelser gjorda och vi hoppas komma igång med dem snart.

### Vilka förbättringsidéer har ni prövat?

Varje dag har en promenadansvarig utsetts och det har noterats vilka patienter som varit ute och gått. När det gäller besök från öppenvården under vårdtiden och bokad tid för besök i öppenvården efter utskrivning har vi inte lyckats ena oss, men arbetet fortsätter. En checklista inför inskrivning som omfattar sju punkter har tagits fram och successivt börjat användas allt mer.

### Vad har ni lärt er?

Genombrottsmetoden har gett oss användbara verktyg som exempelvis testcykeljournal som underlättat arbetet att nå resultat eftersom de är mycket konkreta och gör dokumentationen enklare. Med facit i hand skulle vi ha gjort en bättre tidsplanering för vårt arbete och än mer informerat medarbetarna. Vi skulle ha begränsat oss och tagit en förändring i taget.

## Förändringarna kommer från oss själva



Karlskoga lasarett, Avd Boängen  
Från vänster: Mattias Valfridsson, Gunilla  
Sehlin, Johan Jansson, Carina Quick

***Nio av tio patienter ska ha en upprättad vårdplan under vårdtiden och lika många ska känna sig delaktiga i vårdplaneringen. Åtta av tio patienter ska få ett ankomstsamtal inom ett dygn. Åtta av tio anhöriga ska kontaktas om inläggning inom ett dygn och lika många ska erbjudas ett samtal inom fyra dagar.***

Så formulerade teamet på avdelningen Boängen vid Karlskoga lasarett målen för sitt deltagande i Nyckelprojektet. Avdelningen är en akutpsykiatrisk avdelning som snart ska ombildas till en allmänpsykiatrisk avdelning. Försök att introducera en vårdplan har gjorts i omgångar sedan 90-talet utan framgång. Det har därtill varit stor omsättning av hyrläkare på avdelningen, vilket försvårat förbättringsarbetet. Men nu skulle man ta nya tag!

### Hur har det gått?

Visserligen har vi nått vårt mål med råge när det gäller vårdplan eftersom alla patienter under mätperioden fick en vårdplan upprättad. Vi har sett ett problem, att vårdplanen startas upp, men används inte senare fullt ut i vårdarbetet och det är något som vi får fortsätta arbeta med. Målet när det gäller patienternas delaktighet har vi nått. Ankomstsamtalen har inte nått ända fram; bl.a. beroende på patienter med dåliga språkkunskaper och svårt sjuka patienter inte klarar detta. När det gäller anhöriga har vi inte ännu hunnit påbörja vårt förbättringsarbete.

### Vilka förbättringsidéer har ni prövat?

Vi hade redan utarbetat ett förslag till en vårdplan som vi nu fick möjlighet att testa i liten skala på 4-5 patienter. Till en början var vår tanke att vårdplanerna skulle startas vid första läkarsamtalet. Det visade sig dock att läkarsamtalet kan dröja flera dagar. Då uppkom idén att personalen skulle ha ett ankomstsamtal med patienten direkt vid inläggningen. Vi har gjort en mall för dessa samtal med tre enkla frågor. En tidigare patient på Boängen, Lars Johansson, som också är anhörig till annan patient hos oss har hjälpt oss mycket. Han har intervjuat och gjort en sammanställning över hur brukare som idag finns i vår öppenvårdsverksamhet och gruppboende ser på olika frågor. Vi har framförallt tagit fasta på två delar av den rapporten; tillgänglighet och sysselsättning på avdelningen. Ett samarbete med klinikens sjukgymnast har påbörjats och patienterna har numera en stående tid för träning/aktivering minst en gång i veckan. En personal har också fått ansvar för aktivering på avdelningen. I nuläget är vi väldigt trångboddade men planer finns att vi ska få större lokaler och då ges möjlighet till ett aktivitetsrum för patienterna.

### Vad har ni lärt er?

Att det faktiskt går att göra stora förändringar på en avdelning och att förändringen inte kommer från ledningen utan från oss själva. Genombrottsmetoden är både strukturerad och mätbaserad, vilket har ökat engagemanget från arbetskamrater för förändring. Det givande samarbetet med en tidigare vårdad patient har gett oss ett bredare synfält!



## Mer hälsobringande fysisk miljö



### Jönköping, Ryhov, Avd H

Från vänster: Carina Wittgren,  
Elisabeth Elg-Johansson, Ulla Sjöstrand,  
Annica Augustsson

***Tillvaron inom psykiatrin kännetecknas av väntan och passivitet. Vi ville erbjuda aktiviteter och skapa ett innehåll "mellan mat, medicin och sömn".***

Målen för förbättringsarbetet på avdelning H vid Länssjukhuset Ryhov, sattes högt. Alla patienter skulle ha en upprättad vårdplan inom tre dygn, uppleva sig delaktiga i upprättandet av denna och vara informerade om avdelningens rutiner och metoder. Samtliga patienter skulle anse att den fysiska miljön var så utformad att den främjar välbefinnande och bidrar till återhämtningen. Alla patienter skulle erbjudas aktiviteter och dessutom ha två samtal med sin kontaktperson och ett samtal med sin läkare i veckan. Kontaktpersonerna skulle ha ett för- och eftersamtal med läkaren i samband med dennes samtal med patienten.

### Hur har det gått?

Alla patienter har inte fått en vårdplan upprättad inom tre dygn, bl.a. beroende på att vissa patienter har legat på annan avdelning i väntan på en plats hos oss. Våra mätningar bygger på inskrivningsdagen, oavsett avdelning, något vi ska arbeta vidare med. Det har också visat sig svårt att engagera alla patienter i vårdplanen. En del är för sjuka för att orka intressera sig så mycket. Vi ska fortsätta att arbeta mot övriga mål och förfina våra mätmetoder.

### Vilka förbättringsidéer har ni testat?

Våra ansträngningar att göra den fysiska miljön mer hälsobringande har uppskattats av patienterna, som fått vara med att välja textilier, lampor och övrig utsmyckning av dagrum och matsal. Vi har också tagit del av forskningsresultat och deltagit i ett seminarium kring Stärkande kultur. Ett beslut

att ta bort DVD-spelaren möttes först av protester men sedan fick det till effekt att patienterna aktiverades; besökte motionsrum, bibliotek m.m. Ansträngningar har gjorts att upprätta individuella aktivitetsplaner i syfte att få patienterna att ställa sig frågan "Vad kan jag själv göra under vårdtiden för att påskynda återhämtningsprocessen?" Promenad är nu en schemalagd aktivitet och oavsett vårdform har nu alla möjlighet till en daglig promenad, en s.k. promenadansvarig personal har införts. Nu "peppar" patienterna varandra att delta i den dagliga promenaden och övriga aktiviteter.

### Vad ska ni arbeta vidare med?

Vi har utarbetat ett måldokument som vi kallar Kompassen och som patienten själv ansvar för. Den avser att ge patient och anhörig en bättre överblick över vårdens syfte och lyfta fram gemensamma behandlingsmål man arbetar med. Med Kompassen blir det också lättare för patienten att få struktur på samtalen med kontaktperson och läkare. Detta kommer vi att arbeta vidare med liksom målet att kontaktperson och läkare ska ha tätare kommunikation.

### Vad har ni lärt er?

Metoden ger frihet att själva välja förbättringsområden och arbetsglädjen hos personalen har ökat. Med enkla medel kan man komma långt. Nu känns det som om vi alla arbetar mot samma mål. Vi har också gjort erfarenheten att det hade varit önskvärt med fler teammedlemmar ur andra yrkeskategorier och att det är viktigt med schemalagd tid för utvecklingsarbete.

## Nalle Puh – en auktoritet i förbättringsarbete



Länssjukhuset i Kalmar, PIVA

Från vänster: Johnny Slottner, Linda Olsson, Helén Fransson, Dan Andersson

***Vi har i det närmaste halverat antalet tvångsåtgärder och nästan hälften av de patienter som erhållit någon form av tvångsåtgärd har fått ett återkopplingsamtal. Nu ska vi fortsätta att utveckla kollegiala samtal för personal som varit tvungna att ta till tvångsåtgärder.***

På avdelning 2, en psykiatrisk intensivvårdsavdelning (PIVA), vid Länssjukhuset i Kalmar vårdas många patienter enligt lagen om slutna psykiatrisk vård. Det är bara på denna avdelning som bältesläggning tillämpas vilket innebär att man ibland tar över patienter från andra avdelningarna. När man gick med i Nyckelprojektet var en av målsättningarna att antalet tvångsåtgärder skulle halveras. Dessutom skulle de patienter som blivit föremål för tvång få ett återkopplingsamtal med den person som utfört tvångsåtgärden. Denne ska i sin tur få möjlighet att tillsammans med kollegor diskutera den uppkomna situationen i lärsyfte. Ytterligare mål för arbetet var att se till att alla patienter som vårdas mer än ett dygn på avdelningen ska ha en upprättad omvårdnadsplan och att åtta av tio patienter som lämnar avdelningen ska erbjudas ett strukturerat samtal.

### Hur har det gått?

Även om vi inte uppnått våra mål fullt ut har vi kommit en bra bit på väg. Vi har minskat tvångsåtgärderna och många patienter får också återkopplingsamtal. Vi vill systematiskt genomföra dessa samtal för att minimera det trauma och kränkning denna händelse kan innebära för patienten. Vi har sett att det är svårt att ha samtal med en del patienter på grund av att en del är dementa eller begåvningshandikappade.

Målet att alla patienter ska ha en omvårdnadsplan är uppfyllt, däremot inte målen i samband med utskrivning från avdelningen. Det beror bl.a. på att förflyttningar av patienter till andra avdelningar kan ske med kort varsel och då har rutinen att dela ut enkät och ha ett samtal inte hunnits med eller glömts bort. Men rutinerna finns och vi ska fortsätta detta arbete.

### Vilka förbättringsidéer har ni prövat?

Vi har infört en mall för hur återkopplingssamtalet efter tvångsåtgärd ska gå till. Patienten får detta samtal när han eller hon är mottaglig för samtal. Ibland kan det gå upp emot en vecka innan patienten är redo. För att förbättra stämningen på avdelningen har vi infört pedagogiska måltider vilket skapar en lugnare och trivsammare miljö och på så sätt minskar ytterligare behovet av tvångsåtgärder. En whiteboardtavla på expeditionen har medfört att personalen får en översikt över patienterna och kan markera när omvårdnadsplanen är gjort, så nu görs de strukturerat på alla patienter. Dessutom görs de i samråd med patienten och revideras under vårdtiden beroende på hur patienten mår.

### Vad har ni lärt er?

Vi vill citera Nalle Puh: "Om personen du talar med inte tycks lyssna, var tålmodig. Det kan helt enkelt vara så att han har lite ludd i ena örat". Förändringsarbete tar tid och kräver tålmod. Det är inte så lätt när verksamheten omorganiserar, personalen arbetar på schema, chefsbyten etc. Genombrottsmetoden har gett oss verktyg för förändringsarbete som vi kan använda i framtiden.

## Mat och motion ger nycklar till gemenskap



### Länssjukhuset i Kalmar, Avd 3

Från vänster: Mats Hallén,  
Kent Carlsson, Susanne Åkerman,  
Jonas Andersson, Mats Reihammar

**När patienterna själva fick välja matsedel uppstod goda cirklar. De började samtala med varandra och diskuterade olika maträtter. Gemensam kvällsfika med patienter och personal ökar också sammanhållningen på avdelningen.**

Avdelning 3 ingår i psykiatriska rehabiliteringsenheten vid psykiatriska kliniken, Länssjukhuset i Kalmar och är en av fyra heldygnsvårdsavdelningar. När man gick med i Nyckelprojektet ville man öka patienters delaktighet i sin behandling under vården, få omvårdnadsplanerna att fungera optimalt samt förbättra upplevelsen av bemötande från personalen. Målen sattes höga. Alla patienter skulle ha en omvårdnadsplan och åtta av tio skulle själva vara delaktiga i upprättandet av denna. Nio av tio patienter skulle uppleva att de varit delvis eller fullständigt delaktiga i vården och lika många skulle uppleva att bemötandet från personalen varit bra eller mycket bra.

### Hur har det gått?

Det centrala i vårt arbete har varit att öka delaktigheten och förbättra patienternas upplevelse av bemötandet från oss personal. Beträffande omvårdnadsplaner upplever vi att resultatet varit över förväntan. Vi hade inga utgångsvärden gällande delaktighet och bemötande när projektet påbörjades, vilket omöjliggör ett säkerställt förbättringsresultat, men enkätresultaten tyder på att både delaktighet och bemötandet är gott.

### Vilka förbättringsidéer har ni prövat?

Vi har erbjudit patienterna promenader tillsammans med personalen tre dagar i veckan. Detta har uppskattats och antalet patienter som deltagit har ökat. För att öka patienternas medverkan har vi också infört en modell att varje vecka får en patient välja maträtter och göra kostbeställningen. Det har givit positiva resultat. Ett informationsblad har också utformats med riktlinjer för avdelningen och information kring måltider, ronder och kontaktpersoner. En patientenkät har utarbetats som ska mäta patientens upplevelse av bemötande, delaktighet samt ge möjlighet att påvisa brister och ge uppslag till förbättringar. En förslagslåda har varit uppsatt som använts flitigt både för ris och ros. Ett återkommande önskemål har varit en tavla i dagrum med foton på personal med namn och titel. Denna tavla är under produktion. Gemensam kvällsfika för patienter och personal, med syfte att öka gemenskapen och tillgängligheten till personal.

### Vad har ni lärt er och hur går ni vidare?

Det är givande att ta till vara patienternas egna förslag och önskemål och det bidrar till att förändra det sedan länge "statiska" avdelningsarbetet. Små förändringar kan ge mycket för den enskilda patienten. Vi har haft gott stöd av vår ledning och vårt team kommer att fortsätta arbeta med förändringar enligt Genombrottsmetoden på avdelningen. Det lokala intranätet är under omarbetning och det är tänkt att Nyckelprojektet ska få en sida där resultat och planer kring det nationella och det lokala projektet ska publiceras.

## Värdegrunden – en plattform för heldygnsvård



**Blekingesjukhuset,  
Karlskrona Öst, Avd 11**

*Från vänster: Kerstin Ketzenius,  
Tina Danielsson, Lise-Lotte Södervall,  
Cecilia Nyström, Britt-Marie Lidemyr,  
Håkan Selberg*

***Heldygnsvården inom psykiatrin har stått tillbaka för öppenvården när det gäller utvecklingsarbete. Samtidigt är god vård beroende av ett nära samarbete mellan dessa två vårdformer. I vårt projekt har vi infört att personal från öppenvården arbetar inom heldygnsvården två timmar varje morgon. Vi tror att denna förändring är oerhört betydelsefull för en långsiktig kvalitetsutveckling av heldygnsvården, annars blir det bara kosmetiska förändringar!***

Personalen vid Karlskrona Östkliniken, avdelning II hade haft en mångårig diskussion om hur man kunde förbättra heldygnsvården och höja kvaliteten. När så Nyckelprojektet startade fanns en naturlig plattform för detta arbete. Man anmälde sig och definierade sitt utvecklingsbehov i tre huvudområden: systematisk behandlingsplanering, aktiv medverkan från patienterna och lagarbete. Ur dessa övergripande mål formulerades sedan åtta delmål. Det handlade om att patienten skulle få ett ankomstsamtal vid inläggning, information om avdelning, vara delaktiga i upprättande av vårdplan, kunna påverka vilka personer som medverkar vid vårdplanering, anse att det finns en god samtalsmiljö på avdelningen, ha en öppenvårdskontakt två gånger i veckan under inläggningen och motiveras för utskrivningssamtal med utvärdering. När det gällde vårdplanen skulle denna vara gemensam mellan öppen- och heldygnsvården.

### **Hur har det gått?**

Vi är säkra på att vi formulerat bra mål och hittat sätt att mäta målen. Dock är våra mätningar gjorda

på så få patienter under korta perioder och säger därför inte mycket om måluppfyllelse. Vi har dock fått igång en stark utvecklingsprocess inom alla tre områdena i dialog med hela kliniken.

### **Vilka förbättringsidéer har ni prövat?**

Vi började med att utforma en värdegrund som förändringsarbetet ska bygga på. Den kan sammanfattas med följande ord: Karlskrona Öst är en specialistpsykiatrisk verksamhet. Engagemang, problemlösning och det mänskliga mötet med Dig och Dina anhöriga är grunden för vårt arbetssätt. Målet är att skapa hopp, utveckling, trygghet och goda relationer. Vår nya organisation där öppenvårdsteamerna också arbetar inom heldygnsvården ökar kontinuitet och skapar en bra samarbetsallians. Rondsystemet har vi också ändrat och delat i två delar; en medicinspsykiatrisk (konventionellt sätt) och ett vårdlagmöte (patienter/personal är indelade i tre vårdlag). Syftet är att fördjupa behandlingsplanering, samarbete, diagnostik, reflektion och kritisk granskning av oss själva. Vi har också utformat olika dokument; checklista för ronderna, för ankomstsamtal, internremiss, patientenkät.

### **Vad har ni lärt er?**

Vi förstod tidigt att det var viktigt att få med alla på kliniken i utvecklingsarbetet. Därför tillskapades en ledningsgrupp med tydligt uppdrag att driva projektet. Det har nu blivit en del av klinikkens vardag och processen har vuxit sig så starkt att problem och trötthet inte kan stoppa den. Förändringsarbete både tar och ger energi. Nyckelprojektet har slagit rot hos oss!

# Den vårdplan vi utformade ska nu genomföras i hela länet



## Sollefteå sjukhus, Psyk allvårdsavdelningen

Från vänster: Kristina Lundberg,  
Elisabet Ulander-Nilsson, Maria Åkerman,  
Ingmari Georgsson, Brittinger Nyberg,  
Susanne Karlsson

**Vi måste förbättra samarbetet mellan öppen vård och heldygnsvården. En gemensam vårdplan som patienten är med om att upprätta är ett led i detta. Det är viktigt att alla inblandade enas kring ett gemensamt behandlingsmål.**

Vuxenpsykiatriska basenheten är indelad i ett öppenvårdsteam i Sollefteå och ett i Kramfors. I Kramfors finns en slutenvårdsavdelning där patienter med psykoser, missbruk, ätstörning m.m. vårdas. Från avdelningen utgår även s.k. mellanvård, dvs. patienten får psykiatrisk specialistvård i hemmet. Vården ska utgå från öppenvården men kontinuiteten har varit bristfällig när det gäller kontakt mellan inläggande patient och behandlare från öppenvården. Det har också varit svårt för patienten att efter utskrivning få en öppenvårdstid för uppföljning. Det har även hänt att det funnits parallella vårdplaner som i värsta fall kolliderat.

Detta ville man nu arbeta med och målen formulerades sålunda: Nio av tio inläggande patienter skulle innan utskrivning ha en vårdplan som var gemensam för öppen – och heldygnsvården. Alla patienter skulle dessutom ha kontakt med sin öppenvårdsbehandlare under sin heldygnsvård och alla som så önskade skulle ha en bokad tid på öppenvårdsmottagning efter utskrivning. Nio av tio patienter skulle vara delaktig i vårdplanen, uppleva bra bemötande och få god information. Samma sak skulle gälla alla patienternas närstående.

## Hur har det gått?

Andelen patienter som fått en gemensam vårdplan har ökat, men det är ganska långt kvar innan vi nått mål. I vårt arbete har vi lyckats bäst när det gäller bemötandet där vi har nått vårt målvärde. En majoritet av patienterna är nöjda med den kontakt de haft med personalen och den hjälp de fått. De allra flesta skulle gärna rekommendera avdelningen till en nära vän eller anhörig. Vi har inte fullt ut lyckats med att förbättra kontinuitet mellan heldygns- och öppenvården men vi har kommit en bra bit på väg. Alla patienter som har behov av uppföljning i den öppna vården har idag en tid när de skrivs ut. Vi har olika kulturer inom öppen- och heldygnsvård och vi använder oss av olika begrepp när vi talar om vårdplan. En del tid har gått åt till att reda ut begrepp och nu känns det som om vi pratar samma språk. Vårdplaner skrivs idag med den ”nya metoden”, som är mer strukturerad och tillgänglig. Vår mall kommer nu att bli en gemensam vårdplan i hela länet, något som vi är mycket stolta över.

## Vad har ni lärt er?

Vi har fått fördjupade kunskaper och stärkt samarbetet mellan öppen- och heldygnsvård. Genombrottsmetoden är ett positivt arbetssätt. Man får guldkorn av andra och behöver inte göra om allting själva. Information är viktigt. Desto mer information, desto mer levande blir målen vilket underlättar att sjösätta förändringen.

## Bättre struktur och större arbetsglädje



### Kungälv's sjukhus avd, Avd 9

Från vänster: Helen Runesund,  
Jenny Kullman, Anna Larsed,  
Britt-Inger Ivarsson, Vlasta Ahlberg

**Mindre oro i patientgruppen, tidsbesparing för personalen och ett roligare jobb. Detta blev några resultat av utvecklingsarbetet.**

Avdelning 9 vid Kungälv's sjukhus är en av fyra heldygnsavdelningar med inriktning på psykosvård. Hit hör också tre öppenvårdavdelningar och ett behandlingshem. Det finns ett utvecklat samarbete mellan dessa olika instanser och även med kommunernas socialtjänst. Kliniken och avdelningen har under de senaste åren upplevt turbulens med utökad upptagningsområde, personal- och chefsbyten och mycket överbeläggning. Det fanns ingen struktur för det inre arbetet och därför anmälde man sig till Nyckelprojektet.

Fyra mål fastställdes för arbetet. Alla patienter skulle få en vårdplan inom tre dygn och åtta av tio patienter skulle ha varit delaktiga i upprättandet av denna. Alla patienter skulle få två samtal i veckan med sin kontaktperson. Alla anhöriga skulle erbjudas samtal inom 48 timmar efter inläggning.

### Hur har det gått?

Vi har inte i dagsläget uppnått de mål som vi föresatt oss. Vi kan i efterhand se att målen var för högt satta mot bakgrund av att vår enhet är liten och vår patientgrupp är psykos. Det innebär exempelvis att det kan vara svårt att få patienten att medverka i upprättandet av sin vårdplan inom tre dygn och detta behöver vi arbeta vidare med. De planerade samtalen med kontaktpersonerna har utförts i större utsträckning än vad resultatet visar, eftersom det brustit i signeringen över utförda samtal i patientens veckoschema, men resultatet visar ändå på en positiv utveckling. Vårt

mål när det gäller anhörigkontakten var också svårt att uppnå. En bidragande orsak till att vi inte nådde ända fram är att det inte var ett realistiskt målvärde pga. av svårigheter att få kontakt med anhöriga/närstående eller att patienten motsatte sig kontakten eller att anhöriga saknades.

### Vilka förbättringsidéer har ni prövat?

Från början skulle en vårdplan upprättas inom tre dygn tillsammans med kontaktpersonen. Vi upptäckte att många vårdplaner ej blev gjorda inom tre dygn. Vi beslöt då att planen skulle upprättas med kontaktpersonen i anslutning till första läkarsamtalet på avdelningen. Patient och kontaktperson skulle skriva under vårdplanen som ett slags kontrakt att gemensamt arbeta med under vårdtiden, vilket fallit väl ut.

### Vad har ni lärt er?

Vi har visserligen inte uppnått de mål som vi föresatte oss men vi har skapat nya strukturerade rutiner. Detta har i sin tur har höjt kvaliteten på vår heldygnsvård. Det har visat sig i mindre oro i patientgruppen, tidsbesparing för personalen och ett roligare jobb. "Mer kunskap om patienten", "Lättare att planera långsiktigt", "Stärkt samarbete i teamen", "Patienterna är nöjda med att vara delaktiga i sin vård" är några av avdelningspersonalens egna kommentarer och upplevelse av projektet.

## Första steget mot en förbättrad heldygnsvård



### Allmänpsykiatrisk vårdavdelning, Lindesberg PPH

Från vänster: Leif Eriksson,  
Noomie Sävlund, Elisabet Norlinder,  
Erik De Groot

***Intresset för att delta i Nyckelprojektet väcktes omedelbart då inbjudan kom. Vi ville pröva nya idéer/arbetsmetoder, sjuksköterskebrist gjorde att alla goda krafter och energier gick åt till att bemanna för att upprätthålla patientsäkerheten. Vi hade fått en del kritik från kommunerna och Patientnämnden angående brister i vårdplaneringen. Det var bakgrunden till att vi gick in i projektet där vi ville vända den nedåtgående spiralen och stimulera till utvecklingsarbete. Vi ville bl.a. öka delaktigheten från patienter och närstående.***

Den allmänna psykiatriska heldygnsavdelningen, Skinnarbacken, vid psykiatriska kliniken i Lindesberg beslöt att det övergripande målet för projektet skulle vara att åtta av tio patienter upplevde delaktighet i sin vård. En omvårdnadsanamnes skulle påbörjas inom en timme efter ankomst till avdelningen. Dessutom skulle det finnas ett vårdkontrakt i samband med utskrivningen. Detta kontrakt skulle innehålla uppgifter om tidiga tecken, förebyggande åtgärder samt en överenskommelse om vårdåtagande och vårdåtgärder vid inläggning. Ett annat övergripande mål var att närstående skulle uppleva sig delaktiga i vårdplaneringen.

### Hur har det gått?

Graden av måluppfyllelse varierar från start till slutdatum. Tendensen har varit en positiv utveckling från de första mätningarna fram till senhösten 2008 då mätvärdena började flacka av. Så de uppställda målen nåddes inte under projekttiden bl.a. på grund av flera yttre omständigheter. Återkommande rekryteringsproblem och sjukskrivningar medförde

personalbrist, därtill omorganisation och ett långdraget händelseanalysarbete har påverkat personalen negativt och försvårat utvecklingsarbetet.

### Vilka aktiviteter har ni genomfört?

Vi har informerat om projektet i många sammanhang bl.a. på träffar med brukarrådet, på arbetsplatsträffar och på den spridningskonferens vi genomfört. En checklista att användas under vårdtiden, definitionslista på begrepp i samband med vård, rondanteckningsmall, mall för omvårdnadsanamnes och vårdplaneringsmall har också utarbetats. Vi är också stolta över det vårdkontrakt vi tagit fram och prövat i liten skala. Syftet är att förhindra inläggning eller – om detta ändå sker – minska tvångsåtgärderna och ge ett bättre omhändertagande.

### Vad har ni lärt er?

Trots tuffa omständigheter har teammedlemmarna haft många lärorika sammankomster, inte minst de s.k. lärseminarierna. Teamet har lärt sig att ta små steg och testa i liten skala och uppfattningen är att syftet med projektet uppnåddes trots allt. Oavsett uppförsbackar och motvind är vi stolta/glada över att ha genomfört ett omfattande förbättringsarbete och fortsätter att testa nya idéer! De första stegen mot en förbättrad heldygnsvård är tagna!

## Besök på rummet av doktorn uppskattas



Universitets sjukhuset MAS, Avd 87

Från vänster: Anette Morel, Ana Jasarevic,  
Susanne Malm, Elisabeth Bengtsson.

Rita Svensson saknas på bilden

***Det känns som husläkaren kommer och jag känner mig synlig. Jag är förberedd och doktorn pratar med mig.***

Detta är citat av en patient som varit inlagd på avdelning 87 vid psykoskliniken vid Universitetssjukhuset MAS. Det uttrycker hur patienten känner sig delaktig i sin vård när man lagt om rondsystemet inom ramen för Nyckelprojektet. Ett av målen var att tre av fyra patienter skulle uppge att de i ökande utsträckning kunnat påverka sin vård. Andra mål var att alla patienter skulle ha en veckoplanering och att omvårdningsplanen skulle vara skriven inom två veckor. Vi ville utarbeta arbetsmetoder som bibehåller eller ökar patientens välbefinnande och funktionsnivå i heldygnsvården.

### **Hur har det gått?**

Vi har bestämt att flytta fram våra mål till sommaren, vi behöver mer tid. Av olika anledningar har vi inte lyckats nå ända fram under projekttiden, men en del resultat visar att vi är på god väg. Möjligen satte vi för höga mål. Det kanske hade varit bättre att sätta lägre mål och sedan höja dem efterhand. En annan anledning är en turbulent sommar med många vikarier och ett antal nyanställningar på avdelningen där vi brustit i informationen till dem.

### **Vilka förbättringsidéer har ni prövat?**

Vi har förändrat rondsystemet för att patienterna skulle bli mer delaktiga i sin vårdprocess. Vi har nu en "gårund" där doktorn tillsammans med kontaktpersonen går in till patienten i dennes vådrum. Patienten har då en möjlighet att förbereda sig, ställa frågor och få svar direkt.

Ronden har blivit mer strukturerad, mer fokuserad och patienterna upplever att det blir en god uppföljning, de blir sedda och mer aktiva i sin vårdprocess. En utvärdering visar att femton av arton patienter var nöjda, vilket får anses vara ett högt betyg. Vi förändrade också då vår inre organisation till en korridorsuppdelning av patienterna och respektive omvårdningsgrupp har nu ansvar för varsin korridor. Vi har också ändrat matserveringen. Tidigare dukade vi upp ett bord med buffé i matsalen. Det var stökigt, ont om plats och köbildning. Nu dukar vi på varje bord istället. Patienterna tycker att det har blivit mycket finare stämning och trevligt att sitta tillsammans istället för att trängas. Av vikt att ha någon strukturerad aktivitet att erbjuda, så vi provade att ha gymnastik på avdelningen, vilket uppskattas och allt fler patienter vill delta. Vi har också tagit fram en patientpärm med information om avdelningen som ska finnas på varje rum. När patienten skrivs ut får han eller hon en enkät om vad de tycker om vården. Det är en källa till förbättringar för oss.

### **Vad har ni lärt er?**

Vi lär oss mycket av patientenkäterna. Några axplock: "Borde ha fått veta mer exakt vad medicinerna gör och inte gör och hur de verkar tillsammans." "För litet aktivitet, ingen vill t ex spela bordtennis." "Läkaren lyssnar inte till mina behov och nonchalerar mina tårar". Vi har lärt oss att det är viktigt med patientfokus om kvaliteten i heldygnsvården ska höjas. Genombrottsmetoden är en strukturerad metod för alla professioner och det är givande att träffa team från hela landet.



## Patientfokus ger nya kunskaper



**Universitetssjukhuset MAS, avd 88**

Från vänster: Tomas Berg, Eva Liljeberg, Kristina Lave, Lena Björkgren, Said Ghabin

*Första gångerna var rätt obehagliga, men det kan vara jättebra när man mår litet bättre. Bra att föra sin egen talan. Har tidigare tänkt att det hade varit intressant att vara en liten fluga som kunnat lyssna på vad som sägs på ronderna.*

Så uttrycker sig en patient som varit intagen på avdelning 88, Psykoskliniken vid Universitetssjukhuset i Malmö när hon fått möjlighet att delta i rondan. Det får hon numera, vilket är ett av resultaten av deltagande i Nyckelprojektet. Tidigare var rondan bara en fråga för personalen och kanske en av anledningarna till att patienterna upplevde att informationen om vården och behandlingen var bristfällig. Det ville man ändra på och satte målet att tre av fyra patienter skulle tycka att informationen blivit bättre och att lika många skulle känna till sina läkemedel, dess förväntade effekter och eventuella biverkningar. Vidare skulle nio av tio patienter veta vem som var deras kontaktperson och nästan lika många skulle uppleva att de var delaktiga i sin vård. Utöver dessa 4 mål – en överkurs - sattes att 85 procent av alla patienter ska ha en upprättad omvårdnadsplan och att lika många anhöriga ska ha inbjudits att medverka i patientens mål.

### Hur har det gått?

Vi ville ge ökad kvalitet och kontinuitet i patientsamtalen samt öka patientens inflytande i vårdens planering. Vi har fått ett genombrott när det gäller de fyra målen vi fokuserade på, även om förbättringarna inte helt har stabiliserats. När det gäller att ge information om läkemedelsbiverkningar finns ett pedagogiskt problem. Informationen får ju inte verka avskräckande men ändå relevant. Uppgiften som kontaktperson har blivit än mer professionell och strukturerad genom förbättrade

rutiner kring planering ihop med patienten och ökad regelbundenhet gällande samtal. Bemötandet av patienter har generellt blivit bättre. Vi samtalar nu mer med patienter än om patienter. De två sista målen har vi inte hunnit med ännu, men ska fortsätta att arbeta mot dem.

### Vilka förbättringsidéer har ni prövat?

Vi har ändrat rondsystemet. Istället för traditionell rond utan patienternas medverkan har vi nu vårdplanering med patient och hans/hennes vårdteam en gång i veckan för varje patient. Inför planeringsronden är det kontaktpersonens uppgift att hjälpa patienten att förbereda sig och vara ett stöd. Vi har också infört läkarsamtal med varje patient en gång i veckan och samtal med kontaktpersonen två gånger i veckan. En välkomstbroschyr som patienten får vid ankomst till avdelningen har också utarbetats. En tavla med veckoschema i patientrummen är också mycket uppskattat av patienter, närstående och personal. Servering av frukost och kvällsfika samt inne- och uteturer för sjuksköterskor och skötare är andra åtgärder i syfte att frigöra tid för dokumentation och patientsamtal, samtidigt som vi vill säkra att det alltid finns personal ute på avdelningen. Utbildning i samtalsmetodik har också genomförts.

### Vad har ni lärt er?

Det är viktigt och stärkande för arbetsmoralen att man kontinuerligt ser resultat av arbetet genom regelbundna mätningar och att man kan avgöra om förändringar leder till förbättringar. Mest givande har varit att flytta fokus till patienterna och få deras upplevelser och synpunkter.

## Förbättrat hälsotillstånd vid utskrivning



### Närsjukvården i Västra Östergötland, Avd 48

Från vänster: Janne Dahlbergh, Linnea Samuelsson, Geoffrey Tellström, Monica Rosén, Peter Wall

***Det fanns brister i vårt bemötande av patienter när de kom till avdelningen och ingen tydlig fördelning av ansvaret att ta hand om patienten. Dåliga lokaler försvårade också mottagandet. Nyckelprojektet gav oss en möjlighet att arbeta med detta och att upprätta vårdplan i samråd med patienten.***

Avdelning 48 inom närsjukvården i Västra Östergötland arbetar med psykiatrisk akut- och korttidsvård. Avdelningen har ett mycket nära samarbete med de psykiatriska mottagningarna och man har samma patientansvariga läkare såväl i öppen- som heldygnsvård. Samarbetet med kommunerna som ingår i upptagningsområdet är gott. Men som sagt, bemötandet kunde bli bättre och nu ville man att åtta av tio patienter skulle uppleva ett gott bemötande, vara nöjda med de aktiviteter som fanns på avdelningen, känna sig delaktiga i sin behandling och uppleva att samarbetet mellan olika vårdinstanser fungerar bra. Som övergripande mål ville man att åtta av tio patienter vid utskrivning skulle ha förbättrat sitt hälsotillstånd enligt en särskild hälsobarometer.

### **Hur har det gått?**

Efter en trevande start har det övergripande målet nästan uppnåtts. Mest stolta är vi över att bemötandet och delaktigheten blivit bättre trots perioder av överbeläggning. Däremot har vi inte uppnått målet som gäller möjligheter till aktivitet på avdelningen och vi har inte heller hunnit införa en vårdplan fullt ut. I hög grad har våra ambitioner påverkats av den hårda belastningen vi haft med ständiga överbeläggningar, främst under senare delen av året.

### **Vilka förbättringsidéer har ni prövat?**

Ett besöksrum har iordningställt och en kontaktperson utses redan innan patienten kommer till avdelningen. Vi har också försökt tydliggöra kontaktmannaskapets innehåll. En viktig uppgift för kontaktmannen är att uppmärksamma patientens allmänna hälsotillstånd. Vi har också försökt upprätta en vårdplan så att patienten men också personalen ska känna sig delaktiga i och ansvariga för vården. För att skapa ett forum där patienten synliggörs har vi startat morgonsamlingar då alla patienter och personal i respektive vårdlag samlas för att diskutera och planera dagens aktiviteter.

### **Vad ska ni arbeta vidare med?**

Vi tänker förbättra information till både patienter och anhöriga. Samarbetet med kommunerna kring vårdplanering ska intensifieras. Utökad ankomstsamtal ska utvecklas till en preliminär vårdplan och debriefing för patienter efter tvångsåtgärd är exempel på andra åtgärder som ska prövas.

### **Vad har ni lärt er?**

Diskussionerna kring Nyckelprojektet har lett till en naturlig kunskapsöverföring mellan professioner och generationer. Vi tycker att mycket av vårt arbete inneburit att gammal kunskap kunnat mätas, värderas och kvalitetssäkrats på ett sätt som inte gjorts tidigare. Genom att kontinuerligt mäta och redovisa patienternas tillfredsställelse (via en anslagstavla i personalrummet) tror vi att både patientfokus och självkänslan hos oss som uppnår dessa påtagliga resultat stärks!

## Fruktstund ger möjlighet till samvaro



**S:t Görans sjukhus, Avd 2**  
Från vänster: Anders Thulin, Elisabet Föll,  
Jaana Nyström, Katarina Rappne

***Patienttoaletterna har äntligen fått lås. Det var den sista resten av en gammal ideologi som nu fått stryka på foten för ett patientfokuserat arbetssätt. Vi har helt enkelt bytt vårdperspektiv.***

Avdelning två vid S:t Görans sjukhus är en heldygnsvårdsavdelning för patienter med olika psykosdiagnoser. Man gick med i projektet för att lära sig en metod för utvecklingsarbete. Det stod klart att metoden Genombrott var en framkomlig väg för förändringar, som kom patienterna till del. I det här fallet handlade det om att ge patienterna ett gott bemötande, få dem att känna sig informerade om sin vårdplan och behandling och uppleva trygghet. Detta skulle mätas genom att patienterna fick fylla i en enkät vid vårdtidens slut och genom dessa frågeställningar få möjlighet att visa hur de har upplevt vården på avdelningen. Frågorna besvaras med hjälp av en VAS skala.

### **Hur har det gått?**

Vi har visserligen nått målet men det var troligen lite för lågt satt från början så vi korrigerade detta. Ännu återstår en del arbete innan vi är i mål, men engagemanget i hela arbetsgruppen har varit stort under projekttiden, så vi kommer att fortsätta.

### **Vilka förändringsidéer har ni testat?**

Mycket har handlat om att förbättra bemötandet vid ankomsten till avdelningen, så att patienter får ett tryggt, informativt och ett välbemött omhändertagande. Varje patient får en ankomstmapp med information om avdelningen, sin medicinering och andra relevanta behandlingar samt i förekommande fall om psykiatrisk tvångsvård. Mappen är uppskattad och har heller

inte medfört några extra besvär, som farhågan var vid införandet, att vi skulle ha mappar och papper på hela avdelningen. Nya rutiner har utarbetats för visitation, bl.a. hur värdesaker ska förvaras, i samband med ankomst till avdelning. En mycket uppskattad åtgärd är att vi infört en fruktstund på eftermiddagen varje dag. Vi har förstått att patienterna vill ha mer kontakt med oss personal och fruktstunden är ett sådant tillfälle. Med tanke på att många av våra patienter lider av metabolt syndrom behöver de hjälp med nya kostvanor. Uppföljande samtal vid tvångsåtgärder har uppskattats och vi försöker hitta alternativ till behovsmedicinering. Vad som varit mycket fruktbart under projektet är kontakten med brukarrådet som har varit aktivt och kommit med synpunkter på våra idéer. Vi har också ändrat formerna för morgonmötet efter tips av några brukare och kommer att bjuda in några patienter som legat på vår avdelning för ett konsultativt möte om ytterligare förbättringsåtgärder.

### **Vad har ni lärt er?**

Projektet har fått oss att bättre uppmärksamma patienterna. Utvecklingen och framtiden inom psykiatrisk omvårdnad kanske helt eller delvis ligger i att "på allvar" lyssna på och så långt det är möjligt, anpassa vården enligt brukarnas erfarenheter. Man behöver inte alltid vidta snabba och förhastade åtgärder när situationer uppstår. Det går oftast att lösa på annat sätt. Detta är säkert en starkt bidragande orsak till det nästan obefintliga behovet av tvångsåtgärder hos oss idag.

## Samtal minskar ångest och oro



### Sjukhuset i Varberg, Psykiatri i Halland

Från vänster: Katarina Dalbjörn,  
Johan Pettersson, Berit Gustafsson,  
Kristina Berntsson, Inger Brosved,  
Jörgen Reinler

***Patienterna ska känna sig informerade, delaktiga i sin vård och behandling och medverka i sin omvårdnadsplan. Informationsutbytet mellan olika personalkategorier ska förbättras liksom personalkontinuiteten. Patienternas vårdtider ska planeras bättre och skattningsinstrument ska användas för att få ett bättre beslutsunderlag i behandlingsplaneringen.***

Avdelning 22, en allmänpsykiatrisk akutvårdsavdelning, vid sjukhuset i Varberg har formulerat sina mål med utgångspunkt från några problemområden. Dessa är ganska allmängiltiga och gäller för många avdelningar inom psykiatri.

### Hur har det gått?

Att utforma omvårdnadsplaner tillsammans med patienterna har blivit ett etablerat arbetssätt. Omvårdnadsplanerna gör att det blir en ökad tydlighet bland personalen vad gäller behandling och bemötande samtidigt som patienterna förhoppningsvis känner ett större inflytande över sin vård. Vad gäller kvaliteten på omvårdnadsplanerna (planering och åtgärder dokumenteras på ett strukturerat sätt), mätt enligt ett särskilt instrument, har målet nåtts med råge. Vi uppnådde inte alla våra mål men...! Det är lätt att misströsta då man inte tycker att alla är med på tåget eller om man "kör fast". Vi tycker, med lite perspektiv att vi har genomfört flera förändringar och förbättringar under projektiden, så vi hoppas att detta är början på en förändringspositivitet på avdelningen och hela kliniken.

### Vilka förbättringsidéer har ni prövat?

Vi har skapat vårdlag istället för att som tidigare ha kontaktpersoner. Fyra vårdlag har bildats med personer från alla arbetspass representerade i varje vårdlag. Det innebär att det alltid, dag- och kvällstid finns någon i aktuellt vårdlag i tjänst. Vi har också infört "vårdlagsböcker" för att ytterligare förbättra kommunikationen inom vårdlaget. En ny rapportmall har tagits fram där personalen får relevant information vilket medför att de kan uppträda mer professionellt gentemot patienterna. Vi har rutinemässigt börjat använda skattningsinstrument för att bedöma grad av depression samt eventuell suicidrisk. I samband med att suicidriskinstrumentet görs får patienten möjlighet att tala om sina självmordstankar tillsammans med personal vilket kan medföra att ångest och oro kan minska.

### Vad har ni lärt er?

Rutiner och invanda mönster kan förändras och den insikten ger kraft att fortsätta förbättringsarbetet. Förändringen av behandlingskonferens och läkarsamtal är framtida projekt. Genombrottsmetoden är ingen enkel metod och den kräver tid och engagemang. Vi skulle ha behövt mer hjälp från början att begränsa oss. Det har varit lärorikt och berikande att träffa andra team från Sverige och att ha haft tillgång till "grupparbetsplatsen".

# Deltagare i projektet

---

## Teamen och deras kontaktperson/handledare

### Borås, Södra Älvsborgs sjukhus, avd 2

Kontaktperson: Anne Ekman, [anne.h.ekman@vgregion.se](mailto:anne.h.ekman@vgregion.se)

Handledare: Eleonor Thelaus, [eleonor.thelaus@lio.se](mailto:eleonor.thelaus@lio.se)

### Borås, Södra Älvsborgs sjukhus, avd 4

Kontaktperson: Anna Jacobsson, [anna.c.jacobsson@vgregion.se](mailto:anna.c.jacobsson@vgregion.se)

Handledare: Åsa Lindberg, [asa.lindberg@malmö.se](mailto:asa.lindberg@malmö.se)

### Göteborg, SU/Psykiatri Sahlgrenska, avd 80/83

Kontaktperson: Tony Persson, [tony.persson@vgregion.se](mailto:tony.persson@vgregion.se)

Handledare: Eleonor Thelaus, [eleonor.thelaus@lio.se](mailto:eleonor.thelaus@lio.se)

### Karlskoga, Karlskoga lasarett, avd Boängen

Kontaktperson: Jan Bäckström, [jan.backstrom@orebroll.se](mailto:jan.backstrom@orebroll.se)

Handledare: Annicka Pönniö, [annicka.ponnio@vgregion.se](mailto:annicka.ponnio@vgregion.se)

### Jönköping, Ryhov, avd H

Kontaktperson: Ulla Sjöstrand, [ulla.sjostrand@lj.se](mailto:ulla.sjostrand@lj.se)

Handledare: Mia Harty, [mia.harty@skl.se](mailto:mia.harty@skl.se)

### Kalmar, Länssjukhuset i Kalmar, PIVA

Kontaktperson: Helén Fransson, [Helenfra@ltkalmar.se](mailto:Helenfra@ltkalmar.se)

Handledare: Åsa Lindberg, [asa.lindberg@malmö.se](mailto:asa.lindberg@malmö.se)

### Kalmar, Länssjukhuset i Kalmar, avd 3

Kontaktperson: Susanne Åkerman, [susanneakn@ltkalmar.se](mailto:susanneakn@ltkalmar.se)

Handledare: Ilva Moen Pålsson, [ilva.moen@tyreso.se](mailto:ilva.moen@tyreso.se)

### Karlskrona, Blekingesjukhuset, Karlskrona Öst, avd 11

Kontaktperson: Britt-Marie Lidemyr,

[britt-marie.lidemyr@ltblekinge](mailto:britt-marie.lidemyr@ltblekinge)

Handledare: Birgith Mattsson, [birgith.mattsson@vgregion.se](mailto:birgith.mattsson@vgregion.se)

### Kramfors, Sollefteå sjukhus, Psyk allvårdsavdelningen

Kontaktperson: Susanne Karlsson, [susanne.karlsson1@lvn.se](mailto:susanne.karlsson1@lvn.se)

Handledare: Ann-Kristin Mellgren,

[annkristin.mellgren@nykoping.se](mailto:annkristin.mellgren@nykoping.se)

### Kungälv, Kungälv sjukhus, Avd 9

Kontaktperson: Helen Runesund, [helen.runesund@vgregion.se](mailto:helen.runesund@vgregion.se)

Handledare: Annicka Pönniö, [annicka.ponnio@vgregion.se](mailto:annicka.ponnio@vgregion.se)

### Lindesberg PPH, Allmänpsykiatrisk vårdavdelning

Kontaktperson: Elisabet Norlinder,

[elisabet.norlinder@orebroll.se](mailto:elisabet.norlinder@orebroll.se) eller

[Erik de Groot,erik.degroot@orebroll.se](mailto:Erik.deGroot,erik.degroot@orebroll.se)

Handledare: Catrin Hägerholm, [catrin.hagerholm@sll.se](mailto:catrin.hagerholm@sll.se)

### Malmö, UMAS avd 87

Kontaktperson: Anette Morel, [anette.morel@skane.se](mailto:anette.morel@skane.se)

Handledare: Birgith Mattsson, [birgith.mattsson@vgregion.se](mailto:birgith.mattsson@vgregion.se)

### Malmö, UMAS avd 88

Kontaktperson: Lena Björkgren, [lena.bjorkgren@skane.se](mailto:lena.bjorkgren@skane.se)

Handledare: Tove Gemzell, [tove.gemzell@skl.se](mailto:tove.gemzell@skl.se)

### Motala, Närsjukvården i V:a Östergötland, avd 48

Kontaktperson: Linnea Samuelsson, [linnea.samuelsson@lio.se](mailto:linnea.samuelsson@lio.se)

Handledare: Tove Gemzell, [tove.gemzell@skl.se](mailto:tove.gemzell@skl.se)

### Stockholm, S:t Görans sjukhus, avd 2

Kontaktperson: Jaana Nyström, [jaana.nystrom@sll.se](mailto:jaana.nystrom@sll.se)

Handledare: Carina Widmark, [carina.widmark@varmdo.se](mailto:carina.widmark@varmdo.se)

### Varberg, Sjukhuset i Varberg, avd 22

Kontaktperson: Katarina Dalbjörn,

[katarina.dalbjorn@lthalland.se](mailto:katarina.dalbjorn@lthalland.se)

Handledare: Catrin Hägerholm, [catrin.hagerholm@sll.se](mailto:catrin.hagerholm@sll.se)

## Representanter från NSPH

Elisabet Alphonce, RSMH

Ullabritt Zoannos, NSPH

Marianne Åström, SPES

## Projektledning

Per-Olof Sjöblom (ordförande)

Carl-Gustaf Olofsson (vice ordförande)

Mia Harty (ansvarig projektledare)

Eva Westerling (biträdande projektledare)

Yvonne Burestig (projektadministratör)

## Resursgrupp (alla från Sveriges Kommuner och Landsting)

Sabina Orstam Wikgren (sektionschef)

Ing-Marie Wieselgren (projektledare för psykiatrifrågor)

Lars Fredriksson (samordnare för psykiatrifrågor)

Michael Bergström (handläggare för verksamhetsutveckling)





Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

118 82 Stockholm, *Besök* Hornsgatan 20  
*Tfn* 08-452 70 00, *Fax* 08-452 70 50  
info@skl.se, www.skl.se