

Förbättringsprojekt maj-2012-december 2013

RÄTT INSATSER FÖR PATIENTENS BÄSTA RÄTTSPSYK



Inledning

I en överenskommelse mellan regeringen (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Landsting (S2011/8974/FS) har särskilda medel avsatts för utvecklingsåtgärder inom psykiatrin med hjälp av kvalitetsregister. Bland annat framhålls att data från kvalitetsregister är ett viktigt underlag för att utveckla vårdens kvalitet. Vidare framhålls vikten av verksamhetsnära utvecklingsarbeten som leder till konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk sjukdom och psykisk ohälsa. Som övergripande mål med överenskommelsen anges att de Nationella kvalitetsregistren ska bli en självklar del i psykiatrins uppföljnings- och utvecklingssystem.

Satsningen innebär att det för respektive register arbetas fram förbättringskoncept och målnivåer. Vidare ska lämpligt återkopplingsmaterial som kan användas i utvecklingsarbetet tas fram.

Bakgrund

RättspsyK är ett förhållandevis nystartat kvalitetsregister som började webbaserade registreringar 2008. Ganska snabbt fick registret hög täckningsgrad både vad gäller andelen deltagande verksamheter (nära 100%) som andel patienter (ca 90%) i registret. Det är också ett stort engagemang bland användarna inom rättspsykiatrin med runt 70 deltagare varje gång från hela landet vid de båda årliga nationella möten som hålls. De erfarenheter som kommit fram hittills är att indata behöver valideras, att årsrapporterna inte blir lästa i tillräcklig omfattning och att verksamheterna har svårt att genomföra förbättringar i praktiken. Därför tar projektet sikte på att göra åtgärder på dessa tre områden.

Syfte

Det övergripande syftet med projektet är att åstadkomma beteendeförändring hos deltagande verksamheter så att förbättringsarbete utifrån data i RättspsyK blir en naturlig del i arbetssättet.

För att nå detta gör projektet insatser på tre områden som identifierats.

Mål

För att kunna följa upp om det övergripande syftet har uppnåtts har följande indikatorer formulerats för de olika delarna i projektet:

Validera indata

Rutin och mall för fortlöpande validering av indata tas fram, prövas och utvärderas. Mall för framtida användning utarbetas utifrån detta.

Agera på utdata

Att med stöd av säkrade indata ge deltagande verksamheter förutsättningar att ta del av sina resultat på ett begripligt sätt och förmåga och omsätta det i förbättringsarbete.

Årsrapporten finns på agendan för ledningsgruppen hos deltagande enheter och har varit uppe till diskussion

Systematiska arbetssätt blir kända och tillämpade

- förbättringsarbete utifrån utfall i årsrapporten genomförs på ett systematiskt vis för minst två indikatorer i verksamheten

Utveckla återrapporteringen

Årsrapporten för 2011 framställs i tryckt form med ett inbjudande utseende och lättillgänglig grafik. Innehållet breddas bland annat genom att vårdformen rättspsykiatrisk vård förklaras och pågående utvecklingsarbete beskrivs. Vidare kommer personer som aktivt medverkat i registret, såsom exempelvis inrapportörer, att namnges med kontaktuppgifter.

DELPROJEKT 1

Validera indata

DELPROJEKT 2

Agera på utdata

Målgrupp

Personal på deltagande enheter

Metod

Med stöd av registret utsedd projektledning får verksamheterna arbeta med att förbättra problemområden som identifierats med kvalitetsregistret. Kvalitetsregistret anlitar Memeologen Västerbottens läns landsting för att ge arbetsgrupperna metodstöd.

Löptid

Maj 2012 – december 2013

Genomförande

Sammanlagt sex träffar planeras (enligt nedanstående modell). Träffarna är från lunch till lunch och innehåller omväxlande metodstöd och reflektioner i egna såväl som i klinikövergripande grupperingar. Mellan träffarna bedrivs förändringsarbete på den egna kliniken.



Samtliga kliniker som deltar i kvalitetsregistret Rättspsykiatri inbjuds att delta. 14 kliniker anmäler sig och 10 deltar i uppstartsmötet. Under perioden som projektet pågår faller tre kliniker bort. 7 kliniker deltar i det avslutande lärandeseminarieriet och lämnar in rapporter från förändringsarbetet. Bortfallet förklaras utifrån händelser inom den egna verksamheten som omöjliggjort deltagande.

Uppstartsmöte:

Lärandeseminarium 1: Uppföljning och utvärdering av arbetet sedan uppstarten. Värdeflödesanalys introduceras och utförs utifrån vald indikator.

Lärandeseminarium 2: Uppföljning och utvärdering av arbetet sedan föregående lärandeseminarium, PDSA-cykeln introduceras.

Lärandeseminarium 3: Uppföljning och utvärdering av arbetet sedan föregående lärandeseminarium. Fokus på hur man sprider kunskap till kollegor. Café-modellen och påverkansanalys introduceras.

Lärandeseminarium 4: Uppföljning och utvärdering av arbetet sedan föregående lärandeseminarium, vad har vi gjort som vi är nöjda över och vad återstår att göras. Introduktion av projektrapport och presentationsmall

Lärandeseminarium 5: Avslutning med föreläsning och efterföljande diskussion på temat: Hur det vi arbetat fram under projektet blir till en del av verksamheten. Samt att enheterna presenterar sina arbeten. Modell för skriftlig rapport, som presenteras nedan, introduceras.

Registrets reflektioner

Från registrets sida har det varit positivt att registerdata för första gången systematiskt används i förbättringsarbete med tydligt patientfokus. Sju kliniker har deltagit och slutfört projektet. Detta anser vi får ses som positivt då det har funnits konkurrerande aktiviteter, i form av t.ex. ombyggnationer eller att man investerat i andra förbättringsprojekt, hos flertalet av ej deltagande kliniker. Hos deltagande kliniker har vi upplevt att det funnits ett stort engagemang och en vilja att utnyttja tillfället till att använda fakta från registret för att omvärdera delar av sin verksamhet.

Från de personer som varit klinikers representanter vid lärandeseminarier har det framhållits att det varit värdefullt att utbyta erfarenheter och veta hur man ligger till i jämförelse med andra kliniker. Svårigheter med att motivera personalen och påverka attityder hos personalen är en utmaning som i stort sett alla enheter brottas med. Där emot har det inte funnits någon brist på idéer när det gäller att hitta sätt för att förbättra patienternas vård inom det valda området.

Från oss som jobbat med projektet hade vi gärna sett att flera av de goda idéer som ledde till förändringar i patienters vård också hade kunnat mätas och resultaten ha redovisats här. Dess värre har inte detta kunnat genomföras inom projektets utsatta tidsram. Men för att ändå följa upp hur det har gått och erbjuda ytterligare möjlighet till utbyte mellan klinikerna har registret beslutat att kalla till en ytterligare träff hösten 2014. Diskussioner om fler projekt initierade av registret pågår också.

Rapporter från deltagande kliniker

Slutrapport RättspsyK: Göteborg BMI

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Den indikator verksamheten inledningsvis beslutade sig för att jobba med var BMI. Under förberedelserna gjordes antagandet att det dessutom borde vara möjligt att med de planerade insatserna se förändring på indikatorerna symptom och självrapporterad hälsa

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

I 2011 års rapport från RättspsyK framgår att genomsnittligt BMI för patienter inom Rättspsykiatri i Göteborg ökat från 27,9 till 28,8 jmf med 2010. Resultatet från 2012 visar inte någon minskning. BMI ligger högt hos patienterna och ökar under vårdtiden.

Utgångsläge (ev. data, resultat av kartläggningar, et c)

Problem

- Plan och åtgärder inom områdena kost och fysisk aktivitet finns ej naturligt integrerat i vård- och rehabiliteringsarbetet.
- Endast 3 av 18 vårdplaner på en av enheterna innehåller någon formulering om fysisk aktivitet/träning som ett delmål i patientens rehabilitering. (130401)
- Fysisk aktivitet/träning integreras inte optimalt med övrigt behandlingsarbete

Resurser

- Nya lokaler för många former av fysiskt aktivitet, utökning av antalet tjänster med kunskapsområdet fysisk aktivitet från 4 till 5.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Att strukturera användandet av fysisk aktivitet inom ramen för ordinarie vårdarbete

Mål och uppföljning

Mätbart mål	Indikator
Antal vårdplaner som innehåller fys akt	
5 utvalda patienter från den utvalda enheten skall delta i fysisk träning minst 2 ggr/vecka.	

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Aktivitet	Syfte/hypotes
Hälsopedagog och sjukgymnast närvarar på patientens team som äger rum var 6e vecka.	Att komplettera den kunskap som finns om hur patientens symtomatologi och funktion i avdelningsmiljö, med kunskap om fysisk aktivitet/träning. Att ansvara för att upprätta behandlingsplaner och planera genomförandet.
Ett delmål i patientens vårdplan skall handla om fysisk träning/aktivitet	Fysisk aktivitet/träning bör betraktas som en integrerad del i den rättspsykiatriska rehabiliteringen.

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

Resultat/effekt	Kommentar
1. Antal vårdplaner på den aktuella enheten där fysisk aktivitet/träning ingår bland delmålen.	1. I vårdplanen för 10 av 18 patienter finns en formulering om

<p>2. Är de 5 patienterna i projektet engagerade i fysisk träning minst 2 ggr/v ?</p>	<p>fysisk aktivitet/motion som ett delmål i patientens rehabilitering på en enhet. (131021). Med ytterligare två patienter har strukturerat arbete med fysisk aktivitet bedrivits, men målformulering saknas i journal.</p> <p>2. Utav de 5 patienter som ingått i projektet har samtliga varit aktiva i fysisk träning minst 2 ggr/v, under delar av projekttiden. Avvikelser från detta har förekommit i perioder. Dessa kan till en del förklaras av att patienten avvikit, av försämring av sjukdom, mående eller av säkerhetsaspekter .</p>
---	--

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

Verksamheten tycks ha ett tillräckligt utbud av möjligheter till fysisk aktivitet och träning av patienter med låg till hög funktion. Både till mängd och variation. Avgörande för att patienterna skall kunna vara aktiv 2 ggr/v i fysisk träning är att de får anpassat stöd av den personal de träffar. Tvärprofessionella planeringssamtal är därför centrala för att skapa samsyn och därmed förutsättningar för att planer formuleras och efterföljs. Det är viktigt att tydliga delmål dokumenteras i detta avseende. Att fortsätta utveckla det tvärprofessionella

samarbetet kring fysisk träning på övriga enheter bör därför prioriteras. Detta inkluderar förslagsvis:

- Att vidareutveckla rutiner kring dokumentation av planer och uppfyllandet av dessa.
- Att öka kunskapen om området fysisk aktivitet och träning för all personal.
- Att hitta meningsfulla utvärderingsmetoder för fysisk träning och fysisk aktivitet

En större undersökning av patienterna på samtliga rehabenheter skall genomföras under 2014. Patienternas fysiska aktivitetsnivå och fysiska kondition skall mätas och dess samband med variabler som kan vara påverkbara med fysisk aktivitet och träning skall undersökas.

Under projektets gång har andra insatser med syfte att påverka patienternas BMI diskuterats, t ex kosthållning/kostrådgivning. Idéerna får ligga till grund för fortsatt utveckling av arbetssätt.

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Margareta Niklasson, Henrik Bergman
Arbetsplats:	Rättspsykiatri Sahlgrenska universitetssjukhuset Göteborg
Funktion:	enhetschef resp sjukgymnast
Telefon (a):	
Telefon (m):	
e-post:	margareta.a.niklasson(at)vregion.se henrik.bergman@vregion.se

Slutrapport RättspsyK: Brinkåsen Sjukdomsinsikt

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Syftet med förbättringsarbetet är att ge bättre förutsättningar att öka patientens sjukdomsinsikt. Trots att sjukdomsinsikt saknas kan patienterna uppleva att livet är bra och därmed skattar patienterna sin livskvalitet högt. Livskvalitet är ett subjektivt mått. Det finns flera olika variabler som kan påverka livskvaliteten, t.ex. tidigare levnadshistoria, kognitiv förmåga och psykiska funktionshinder. Till följd av ovanstående omständigheter är det inte okomplicerat att tydliggöra en säker koppling/samband mellan sjukdomsinsikt och livskvaliteten. Vi har därigenom valt att huvudsakligen inrikta förbättringsarbetet mot den bristfälliga sjukdomsinsikten som konstaterats i Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

Bristande sjukdomsinsikt kan bl.a. leda till:
Bristande följsamhet med medicinering, ökat risk för återfall i brottslig gärning, ökad risk för försämring i sin sjukdom och bristande delaktighet i sin vård.

Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

Data från 2010-års Nationella rättspsykiatriska kvalitetsregister visade att patienterna i Vänersborg hade lägre sjukdomsinsikt jämfört med övriga rättspsykiatriska sjukhus samtidigt som patienterna själva skattade sin livskvalitet högt.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Värdeflödsanalys som visade att:
Det finns behov att skapa tydlig rondstruktur, motivera och engagera personal att samarbeta med teamen och strukturen kring vårdprocessen. Tidigarelägga riskbedömning och tidig diagnosinformation till patienten.

Mål och uppföljning

Mätbart mål	Indikator
Insikt i sjukdom och problematik	Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister och HCR-20.

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Aktivitet	Syfte/hypotes
Introduktion av "Teach-back" film om informationsöverföring.	Att tydligöra informationen mellan patient och läkare.
Att patienten får information om sin diagnos under patientkonferens .	Fånga patientens sjukdomsinsikt för planering av behandlingsåtgärder.
Enkätfrågor till patienten om trygghet.	Att trygga patienter vågar prata, att hitta framkomliga och alliansskapande vägar för samarbete med patienten.
Cafémodellen genomföres med ledningsgruppen.	Få ledningsgruppen syn på hur vi tillsammans kan bidra till en förhöjd sjukdomsinsikt för den enskilde.

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

Resultat/effekt	Kommentar
Teach-back film.	Personal 23 av 26, enligt frågeformulären, positiva till filmens budskap om informationsövering. 6 av 7 patienter upplevde att informationen blev tydligare enligt frågeformulären.

Informera nyinkomna pat om diagnosen under pat.konferens. Innan testet fick all personal information om testet.	Det sker nyintagningar sällan. Under testperioden 3 nya patienter, varvid läkaren informerade 1 gång.
Enkätfrågor om patienternas upplevelse av trygghet i samtal med personal.	Patienterna lyfte fram flera väsentliga infallsvinklar t.ex. behovet av individuella lugna samtal, ärlighet, sanning samt pålitligt och respektfullt bemötande.
Frågan om sjukdomsinsikt till ledningsgruppen.	Ett antal förslag lämnades. Gruppen kommer närmare analysera förslagen och diskutera med styrgruppen vilka områden är möjliga att genomföra.

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

Fortsätta att arbeta med tydlighet att hitta samtalsarenor mellan patient och personal, att personalen i teamen samarbetar och utnyttjar varandras kunskap. Tydlig rondstruktur. Ökad kunskap genom att använda sig av psykoedukativa metoder såsom MI-metodik, Kompetenz och diagnosspecifik informationsmaterial för att lättare kunna närma sig patientens sjukdomsproblem. En högre grad av delaktighet och arbetsallians. Minska avståndet mellan patienter och personal. Tydlig och återkommande diagnosinformation till patienten.

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Päivi Jakum
Arbetsplats:	Brinkåsen avd 91
Funktion:	Biträdande avd.chef
Telefon (a):	010-47340 71
Telefon (m):	
e-post:	paivi.jakum@vgregion.se

Slutrapport RättspsyK: Brinkåsen Skattningar

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Vi ville se mer i detalj hur vi jobbade med våra funktions- och behovsskattningar. I kvalitetsregistret redovisas inte vad vi gör efter att skattningen är gjord. Det ville vi se på och belysa.

Även om vi skulle utföra funktions- och behovsskattningar till 100% är det viktigaste att tar tillvara på den nya data och omsätta den i praktiskt arbete. Data ska göras begriplig och användarvänlig för patient och personal. Det ska också dokumenteras på ett bra sätt, man ska kunna följa den röda tråden.

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

Att utföra skattningar men sedan inte använda dem i praktiken på ett bra och hållbart sätt är inte förenat med god och säker vård, det ökar också risken för brottslig gärning om man inte ser till patienternas behov.

Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

På Brinkåsen, Vänersborg, har vi valt att titta på Funktions- och behovsskattningar. Utifrån Kvalitetsregistrets sammanställning från 2010 hade vi fler genomförda funktion- och behovsskattningar än genomsnittet.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Skattningar som görs tvärprofessionellt fungerar bra. Kommunikationen yrkesgrupper i mellan uppfattades fungera väl.

Vår värdeflödesanalys visade att arbetsterapeuten gör funktions- och behovsskattningar i stor utsträckning. Psykologen gör också olika utredningar. Vad omvårdnadspersonalen gör för olika skattningar var lite mer oklart. Ett smalt utbud används och kunskap om olika skattningar varierade, både den egna professionen och andra professioners skattningar.

Gjorda skattningar presenterades på rond, därefter varierade det hur man jobbade vidare med ny data och förankrade den till personal och patienten. Om vi kan öka patienternas förståelse om sig själva ökar vi deras självkänsla och makt över sitt eget liv.

Omvårdnadsplaner kopplade till ny data dokumenterades i olika omfattning. Kunskapsbrist på hur och var man skulle dokumentera fanns. Dålig kännedom om patientens funktion och behov samt dokumentation ökar risken att man frångår vad skattningen kommit fram till.

I stor utsträckning gjordes skattningar i rätt tid. Men ibland gjordes skattningar för sent eller inte alls. När vi gjorde vår STAR bedömning framkom att vid tvärprofessionella skattningar är det viktigt att det finns en ansvarig person.

Mål och uppföljning

<i>Mätbart mål</i>	<i>Indikator</i>
Öka antalet aktuella omvårdnadsplaner utifrån gjorda skattningar.	Melior
Utförda funktions- och behovsskattningar.	Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

<i>Aktivitet</i>	<i>Syfte/hypotes</i>
En enkät skickades ut till all omvårdnadspersonal där de fick	Syftet var att kartlägga omvårdnadspersonalens tankar och kunskapsbehov.

besvara frågor om skattningar och dokumentation.	
Cafémodellen genomfördes med medlemmarna i ledningsgruppen.	Få ledningens syn på hur vi kan förbättra området funktions-och behovsskattningar.

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

<i>Resultat/effekt</i>	<i>Kommentar</i>
<p>Att göra skattningar upplevdes i stort positivt. Exempelvis gav det en ingång till fördjupad diskussion och en ökad förståelse om patienten. Skapade eftertanke. Skapade ett underlag för diskussion med patienten. Man upplevde också att det var få skattningar introducerade, man visste inte vilka skattningar som skulle användas och frågetecken kring hur skattningarna används.</p> <p>Att dokumentera upplevdes både svårt och lätt. Kunskapsnivån var spridd. Dokumentationsprogrammet i sig var svårt att lära sig, oklar struktur. Svårt att veta vilket sökord som ska användas. Ibland var det svårt att hitta, då dokumentationen saknade en röd tråd. Man saknade utbildning och man önskade sig lathundar. Att man hjälps åt att dokumentera.</p>	<p>Det presenterade resultatet är ett axplock av omvårdnadspersonalens upplevelse. Mycket av det som kom fram var känt sedan tidigare men att få det dokumenterat var viktigt för det fortsatta arbetet.</p>
<p>Det framkom att organisationen måste skapa goda förutsättningar för att personalen ska kunna göra ett bra arbete. Det är ledningens ansvar att ska ta fram ett grundbatteri av skattningar och bedömningar som skall göras. Ledning och omvårdnadspersonalen måste sedan hålla sig ajour när det gäller relevanta skattningar. Tydliggöra varje medarbetares ansvar i vårdprocessen. Vi måste arbeta tydligare med omvårdnadsplaner, även tvärprofessionellt. Personalen ska vara delaktig i förändringsprocesser och erbjudas utbildning.</p>	<p>Genom att tydliggöra för ledningen vad vi jobbar med och göra dem delaktiga ökar trovärdigheten i vårt arbete. Deras synpunkter och åsikter är viktiga för det framtida arbetet.</p>

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

Tre stora grenar har växt fram i vårt arbete med att tydliggöra funktions- och behovsutredningar. Dokumentation, ansvar och användning. Vårt fortsatta arbete kommer att koncentrera sig kring:

Personal pärm: Här framgår bland annat vad en sköterska /skötare gör på en dag, ansvarsområden. Kunskap om vilka skattningar omvårdnadspersonalen och andra yrkeskategorier gör.

Samtal med Nu-sjukvårdens Melior-grupp angående dokumentation, hur den kan underlättas och bli tydligare. Utbildningstillfällen.

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Erika Gustafsson
Arbetsplats:	Brinkåsen, Vänersborg
Funktion:	Ställföreträdande avdelningchef
Telefon (a):	010-4734074
Telefon (m):	
e-post:	erika.v.gustafsson@vgregion.se

Slutrapport RättspsyK: Brinkåsen Skuldsituation

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Patienterna inom Rättspsykiatri, Brinkåsen, Vänersborg hade en större skuldbörda jämfört med övriga landet utifrån Nationellt Rättspsykiatriskt Kvalitetsregisters rapport 2010. Rapporten visar att i Vänersborg hade 10,2% av patienterna en försämrad skuldbörda jämfört med 6.1% i övriga landet.

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

Stora skulder kan göra det svårt att klara vardagen ute i samhället. Ekonomisk stress, oro och uppgivenhet kan bidra till återfall i sjukdom och brottslig gärning. Detta i sin tur medför risk för återintag.

Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

I jämförelse med övriga landet har patienterna har inom rättspsykiatri på Brinkåsen i högre utsträckning en ökad skuldbörda enligt kvalitetsregistrets rapport 2010.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Att patienterna betalar sina vårdräkningar, att de inte får nya skulder under vårdtiden.

Att stötta/hjälpa patienterna till en ekonomisk medvetenhet.

Mål och uppföljning

Mätbart mål	Indikator
Ingen ökad skuldbörda under slutenvårdstiden	Kuratorerna har kontroll över vilka som betalar vårdräkningen Kvalitetsregistrets årliga rapport
Att patienterna får en ökad ekonomisk medvetenhet	Kontroll av vilka som betalar vårdräkningen Kvalitetsregistrets årliga rapport

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Aktivitet	Syfte/hypotes
Ett dokument är utformat där det ges exempel på vad som ingår i vårdavgiften. Dokumentet finns tillgängligt i checklista på intranätet. När det kommer en ny patient till Brinkåsen är det tänkt att kurator och kontaktperson samtalar kring patientens ekonomi med dokumentet som stöd. Samtalet bör ske så tidigt som möjligt efter ankomsten till avdelningen. Med dokumentet som stöd kan samtalet även komma in på vilka konsekvenser det kan få om man har/får skulder och om dessa ökar. Efter samtalet får patienten dokumentet att sätta in i sin egen pärm.	Syftet är att patienterna ska få ökad ekonomisk insikt samt motivation till att betala vårdräkningen, helst redan från vårdtidens början så att det inte skapas någon skuld på grund av det.
Cafémodell genomfördes med medlemmar i ledningsgruppen	Syftet var att få ledningsgruppens syn på hur vi kan arbeta för att få en bättre fungerande vardagsekonomi för patienterna.

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

Resultat/effekt	Kommentar
Dokument angående vad som ingår i vårdavgiften är inlagd i checklista på intranätet. Information till alla kuratorer, chefer och ledningsgrupp Information på APT Inga samtal har genomförts ännu då det inte har kommit några "nya"patienter till Brinkåsen. Ett antal förslag på åtgärder framkom under cafémodellen med ledningsgruppen.	

Dessa förslag kommer ekonomigruppen att ta ställning till framöver och ev. genomföra tester.	
--	--

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

Kurator och kontaktperson har samtal kring ekonomi med "nya" patienter med dokumentet som stöd. Avstämningsmöten med ekonomigruppen en gång i kvartalet. Diskussioner har förts om eventuell information till patienter och personal genom att bjuda in skuld- och budgetrådgivare. Ta ställning till de förslag/reflektioner som ledningsgruppen kom med under cafémodellen.
--

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Maritha Holm
Arbetsplats:	Brinkåsen avdelning 92
Funktion:	Biträdande avdelningsföreståndare
Telefon (a):	010-4734072
Telefon (m):	
e-post:	Maritha_.holm@vgregion.se

Slutrapport RättspsyK: Brinkåsen Riskbedömningar

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Ökad implementering av resultatet av riskbedömningarna som görs. Att resultatet av riskbedömningarna i en större utsträckning används i det dagliga arbetet. Ökad följsamhet i bokning samt forum för återkoppling av resultat.

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

Bristande logistik i bokningar samt bristande återkoppling/användning. Många av problemen som identifierats handlar om logistik som bokningsrutiner, mötes rutiner, ronder samt patientkonferens.
--

Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

Enligt kvalitetsregister hög andel genomförda skattningar. Delvis bristande användning av resultatet samt bristande återkoppling till patienten.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Öka motivationen och förståelsen av vikten av riskbedömningar i det brottspreventiva arbetet.

Mål och uppföljning

Mätbart mål	Indikator
- Återfall i brottslig gärning.	Nationellt rättspsykiatrisk kvalitetsregister.
- Genomförd riskbedömning.	Nationellt rättspsykiatrisk kvalitetsregister.

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Aktivitet	Syfte/hypotes
Fortbildning/information av personal inom den egna verksamheten.	Öka personalens följsamhet i bokningar av riskbedömning samt att belysa vikten av det brottspreventiva arbetet. Entusiasmera personalen.
Genomföra fler återkopplingar till patienterna.	Öka patientens insikt och kunskap om sina egna riskfaktorer samt för att belysa vikten av de brottspreventiva insatserna.
Tidigarelägga den 1a riskbedömningen.	För att på det sättet starta dom brottspreventiva insatserna och belysa riskfaktorer så tidigt som möjligt.

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

Resultat/effekt	Kommentar
Förhoppningsvis minskad andel återfall i våld såväl inom som utom verksamhetens väggar. Dock är det svårt att över en kortare period än ett år kunna se några direkta resultat av arbetet.	Dock bör det poängteras att det i registret finns tydliga problem gällande inrapporteringen av data gällande återfall i brottslig gärning. Det är tydligt att man lämnar olika data från olika verksamheter och även olika inom den egna verksamheten. Detta belyses delvis i text gällande registret men det är av vikt att den data som presenteras ger en rättvis bild av verkligheten. Därför väljer denna grupp att inte presentera data kring detta i resultat. Vad som ytterligare bör belysas är att man i registret ej särskiljer instrumentella riskbedömningar och kliniska riskbedömningar vilket enl vår bedömning bör göras.

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

Planeringen som för närvarande ligger är att fortsätta entusiasmera personalen samt öka patienternas deltagande genom fler återkopplingar samt intervjuer.

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Mattias Carlsson
Arbetsplats:	Adm, Brinkåsen
Funktion:	Riskbedömningsansvarig, Säkerhetssamordnare.
Telefon (a):	0104734039
Telefon (m):	
e-post:	mattias.l.carlsson@vgregion.se

Slutrapport RättspsyK: Brinkåsen Hälsoundersökning

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Sedan maj 2013 har hälsogruppen arbetat med att ta fram ett förbättringsarbete kring patienternas BMI och hur vi kan arbeta för att främja deras hälsa. Vi har fördjupat oss i områdena kost och motion som vi anser är stora utvecklingsområden.

Den årliga hälsoundersökningen ser vi som en viktig del i kvalitetsarbetet för våra patienter inom Brinkåsens rättspsykiatri. Undersökningen innehåller olika skattningsinstrument, som ger en flerdimensionell bild av patientens aktuella tillstånd.

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)/ Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

Resultaten från årsrapporten 2012(Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister) visar på ett generellt förhöjt BMI för Brinkåsen på 28,9(kg/m²). 2011 var motsvarande siffra 28,4(kg/m²), dvs en negativ trend med ett ökande BMI medelvärde.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Det finns ett tydligt samband mellan högt BMI, sjukdom och ökad dödlighet. BMI värdet för RPV Brinkåsen(28,9) är ett medelvärde beräknat på 45 olika patienter. Det vi inte kan utläsa ur siffrorna är hur många som ligger över gränsen för fetma samt hur många som lider av undervikt. Utifrån våra enskilda behandlingsinsatser i vårt dagliga arbete så vet vi att en stor del av patienterna ligger över 30 i BMI och därmed lider av fetma med alla hälsorisker som detta innebär.

BMI mäts inte på alla RPV's patienter i nuläget. Målsättningen är att alla patienters BMI skall mätas så att vi kan rikta rätt insatser till patientgruppen utanför normalvikten.

Vi tror att en fast rutin där patientansvarig sjuksköterska är ansvarig kommer att öka andelen uppmätta BMI, samt att en vidarelussning i rehabiliteringskedjan till dietist och fysioterapeut kommer öka patienternas chanser till en positiv livsstilsförändring gällande kost och motion.

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Arbetsgruppen runt hälsoundersökningen består av dietist Ebba Carlsson, sjuksköterska Elisabeth Hedlund samt fysioterapeut Fredrik Andersson.

Vi tänker oss ett flöde där patienten vid inskrivning på Brinkåsen blir erbjuden en hälsoundersökning inom det närmaste. Tidpunkt för hälsoundersökningen och ev. deltagande diskuteras på teamronden. Inneliggande patienter erbjuds hälsoundersökning 1ggr/år av patientansvarig sjuksköterska, denna skall ske +/- 6 veckor från patientens födelsedag.

De patienter som vill genomgå en hälsoundersökning handläggs enligt följande:

1. Prover och mätvärden som längd, vikt och midjemått tas, utöver rutinproverna. Ansvarig är patientansvarig sjuksköterska.
2. Patientansvarig sjuksköterska skriver anmälan till aktivitetshusets fysioterapeut som genomför Åstrands konditionstest där ett värde på syreupptagningen erhålls. Ett samtal förs kring patientens motionsvanor och ev. somatiska besvär. Förhoppningsvis vill patienten påbörja någon motionsaktivitet som erbjuds på Brinkåsen alt att patienten tar egna promenader/joggar/tränar utanför området. Fysioterapeuten skriver ett recept på fysisk aktivitet(Far) som patienten skall, med stöd, försöka följa. Utvärderingen består i antalet motionstillfällen, BMI samt nytt konditionstest som görs var 3:e månad. Fysioterapeuten journalför i Melior.
3. Patientansvarig sjuksköterska remitterar till dietist efter bedömning av symptom, funktion och motivation hos patienten. Provsvaren skall vara färdiga så att dessa kan ge ett diskussionsunderlag för dietisten i hennes motiverande och rådgivande samtal kring patientens matvanor. Dietisten journalför i Melior.

Resultat/framtid:

Resultatet av hälsoundersökningen återkopplas till patienten och avdelningen.

Syfte med hälsoundersökningen är att hjälpa patienterna att skapa/öka deras motivation till en positiv livsstilsförändring gällande kost och motion.

Målsättningen är att BMI skall mätas på alla patienter minst 1ggr/år samt att patienternas BMI skall normaliseras.

Inom kort(årsskiftet2013/2014) skall ovan beskrivna rutin för hälsoundersökningen föras in i Brinkåsens checklista och därmed bli en åtgärd som skall göras kontinuerligt varje år för varje patient.

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

Resultatet av hälsoundersökningen återkopplas till patienten och avdelningen. Syfte med hälsoundersökningen är att hjälpa patienterna att skapa/öka deras motivation till en positiv livsstilsförändring gällande kost och motion. Målsättningen är att BMI skall mätas på alla patienter minst 1ggr/år samt att patienternas BMI skall normaliseras.

Inom kort(årsskiftet2013/2014) skall ovan beskrivna rutin för hälsoundersökningen föras in i Brinkåsens checklista och därmed bli en åtgärd som skall göras kontinuerligt varje år för varje patient.

Kontaktperson vid frågor

Namn	Arbetsplats	Funktion	Telefon	e-post
Fredrik Andersson	RPV Brinkåsen	Leg. Fysioterapeut	010/4734037	Fredrik.andersson@vregion.se
Ebba Carlsson	Dietistmottagningen Näl	Leg. Dietist	0104354904	Ebba.carlsson@vregion.se
Elisabet Hedlund	RPV Brinkåsen	Leg. Sjuksköterska	0104734092	Elisabet.s.hedlund@vregion.se

Slutrapport RättspsyK – Kristinehamn 2013-10-14

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Bibehållen BMI under 30
Förbättrad symtombild
Patienternas upplevelse av förbättrad hälsa

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

Motverka följsjukdomar av för högt BMI
Motverka både psykisk och somatisk ohälsa

Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

Registerdata påvisade att vi hade goda resultat som vi vill upprätthålla och/eller förbättra.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

<p>Regelbunden uppföljning för överblick av patienternas somatiska och metabola status via Hälsokurvan</p> <p>Öka utbud av aktiviteter för att patienterna ska motiveras till minst 30 minuter fysisk aktivitet/dag</p> <p>Attityd- och motivationsförändring hos både patienter och personal</p>

Mål och uppföljning

Mätbart mål	Indikator
30 minuters fysisk aktivitet/dag hos minst 75% av patienterna	Pinnstatistik
BMI	Regelbunden vikt- och längdkontroll
Somatiskt status	Laboratoriska parametrar
Förbättrad symtombild	Kvalitetsregistret
Upplevelse av förbättrad hälsa	Kvalitetsregistret

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Aktivitet	Syfte/hypotes
Öka strukturerad fysisk aktivitet för patienterna ”Minst 30 min/dag”	Bibehållen BMI under 30 Förbättrad symtombild Upplevelse av förbättrad hälsa
Informera verksamheten om förändringsarbetet	Medarbetare delges information om projektet då vi tillsammans ska genomföra förbättringsarbetet.
Veckosamtal - inkludera fysisk aktivitet i patienternas veckoschema	Struktur för ökad fysisk aktivitet
Öka deltagande i metabola projektet genom MI-samtal	Målet är att samtliga patienter ingår i metabola projektet
Motivera personal och patienter genom temaföreläsningar, info på APT och arrangera friskvårdsdagar	Attitydförändring till hälsa och friskvård hos patienter och personal
Möte med aktivitetsansvarig och friskvårdsansvariga från avdelningarna	Engagera ett team som arbetar med motivation ökat utbud av aktiviteter
Regelmässig kontroll av patienternas BMI	Längd och vikt på samtliga patienter
Mäta genomförd fysisk aktivitet 30 minuter/dag med pinnstatistik	Uppnår vi målet att 75% av patienterna genomför fysisk aktivitet 30 min/dag?
Uppstart friskvårdsteam	Tydligt uppdrag för aktivitetsansvarig och friskvårdsansvariga Fysisk aktivitet blir en del av behandlingsarbetet inom verksamheten

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

Resultat/effekt	Kommentar
Mätning av fysisk aktivitet genomförd under tre månader. Vi nådde inte målet att 75% av patienterna genomför minst 30 minuters fysisk	

<p>aktivitet/dag. Toppnotering på 67% vilket vi anser är bra. (Se bilaga)</p> <p>Regelmässiga mätningar av BMI genomförs och patienterna visar intresse av resultat.</p> <p>Tre av fyra avdelningar har infört veckosamtal där fysisk aktivitet planeras i veckoschema.</p> <p>Friskvårdsansvarig är utsedd och bildar ett friskvårdsteam tillsammans med två representer/avdelning i syfte att hålla aktivitetsutbudet aktuellt.</p>	
---	--

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

<p>Arbeta för att få in fysisk aktivitet i vårdplanen för följsamhet på ett strukturerat sätt för både patient och personal.</p> <p>Utredning pågår om förutsättningar finns att koppla en sjukgymnast till verksamheten, förslagsvis på 50%, för bl a individuella bedömningar av patienterna, kroppskänedom och gruppaktiviteter.</p> <p>Dietist på konsultbasis för ökad förståelse för samband mellan kost och ökad metabol risk</p> <p>Vi avser också stötta friskvårdsteamet i deras arbete så att de inte tappar fart.</p> <p>Aktivitetssansvarig ska kontinuerligt rapportera om arbetet för ledningen.</p>

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Heini Nilsson
Arbetsplats:	Rättspsykiatri Kristinehamn
Funktion:	Chefssekreterare och verksamhetsutvecklare
Telefon (a):	0550-865 60
Telefon (m):	0727-32 81 41
e-post:	Heini.nilsson@liv.se

Slutrapport RättspsyK: Sala BMI

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

<p>I jämförelse med andra enheter visade resultaten i registret att genomsnittet för BMI hos oss var relativt högt. Genomsnittliga BMI:t 2011 för slutenvården var 29,6 (för riket 29,2) och 27,0 för öppenvården (för riket 29,1).</p> <p>Fysisk inaktivitet är en riskfaktor för sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, fetma, typ 2-diabetes, sjukdomar i rörelseorganen, cancer och även psykisk ohälsa. Enighet kring att det inte är rimligt att människor som genomgår en vård förenad med frihetsberövande och annat tvång i många fall har ett högre BMI vid utskrivning än innan. Forskning visar att regelbunden fysisk aktivitet kan fungera behandlande och förebyggande vid psykisk ohälsa, såsom depression och ångest.</p>

Vår hypotes var att det finns en okunskap kring kost och motion. Vi upplevde också en svårighet då den mat vi har att erbjuda, från storkök, inte upplevs tillfredsställande, vilket t.ex. lett till oregelbundna matvanor och mycket inköp av snabbmat.

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

Trots att vi i samband med en flytt till nya lokaler fått väldigt fina gym- och idrottsmöjligheter har vi haft svårt att motivera patienterna till fysisk aktivitet. Det var tydligt att personal som själva är intresserade i viss utsträckning gjorde detta, men i många fall skedde inget motivationsarbete. Många patienter hamnade i ett tillstånd där de var väldigt passiva vilket bidrar till ökad viktuppgång.

Vi bedömde att fysisk aktivitet inte prioriterades som en del i vården.

Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

- BMI i slutenvård högre än riksgenomsnittet.
- Ingen struktur gällande fysisk aktivitet.
- Ingen strukturerad information gällande kost och motion.
- Ej prioriterat behandlingsområde.
- Viss engagerad personal (t.ex. friskvårdsinspiratörer)
- Fin gym- och idrottslokal
- Ingen struktur för somatisk datainsamling

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Ökad aktivitet, motivation, struktur, ökad prioritet i vården, information om vikten av kost och levnadsvanor.

Mål och uppföljning

Mätbart mål	Indikator
<37% med BMI >30	BMI

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Aktivitet	Syfte/hypotes
Hälsosamtal/ hälsoscreening	Med syfte att höja våra patienters motivation till en förändrad livsstil med hjälp av MI-samtal. Även en regelbunden kontroll av somatisk hälsa.
Aktivitetsgrupp	Med syfte att erbjuda lustfylld möjlighet till aktivitet.
Kost- och livsstilsgrupp	Med syfte att informera och inspirera till en förändrad livsstil vad gäller i huvudsak kosten.
Fysisk aktivitet i vårdplanen	För att öka prioriteten i vården.

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

Resultat/effekt	Kommentar
I genomsnitt 9 st patienter deltagit i aktivitetsgrupp varje vecka (18%). I dagsläget för få mätpunkter för att kunna uttala sig om några resultat gällande somatisk uppföljning.	

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

Läkarna förskriva fysisk aktivitet på recept? Föreläsningar om aktivitet och hälsa Motivera personalen/ samarbete med friskvårdsinspiratörerna? Engagera MI-utbildad personal att jobba med vikt och hälsa. Engagera verksamhetsutvecklare. Fortsatt/utökad strukturerad somatisk hälsouppföljning ska erbjudas till alla patienter.

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Johan Eriksson
Arbetsplats:	Rättspsykiatri Västmanland
Funktion:	Leg. psykolog
Telefon (a):	0224-58620
Telefon (m):	-
E-post:	Johan.eriksson@ltv.se

Slutrapport RättspsyK: Säter BMI

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Patienterna väger för mycket pga av osunda kostvanor och att de rör sig för lite. För högt BMI värde = övervikt-fetma
--

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

Många patienter på kliniken har ett högt BMI. Värdet ligger kring 30 och övervikten sitter ofta som kraftig bukfetma. Många patienter går snabbt upp i vikt under kort tid när de kommit till kliniken. Viktökningen gör att många patienter passiviserar och rör sig för lite eller inget alls. Många har en hög sockerkonsumtion genom att stora mängder läsk, socker i maten, godis, glass, annan sockerrik mat etc. Detta skapar ett sockerberoende. Den höga sockerkonsumtionen kan förutom att leda till viktuppgång ge många andra negativa konsekvenser som humörsvingningar,

dåligt tandstatus, minskad matlust för "vanlig mat", ökad risk för diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar etc

Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

Högt BMI, (BMI på avd ligger mellan 22-50, medelvärde 31 medianvärde 28)
Låg fysisk aktivitet, patienterna rör sig för lite och de patienterna som får gå ut kommer inte ut på dagarna.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Utifrån ovanstående problembeskrivning gjorde vi en påverkansanalys där vi tittade på vilka faktorer som direkt eller indirekt påverkar patienternas dåliga fysiska status. Vi beslöt att satsa på **kost och motion** som förbättringsområden.

Mål och uppföljning

Mätbart mål	Indikator
Alla patienter, som får, ska komma ut på promenad eller cykeltur minst 3 ggr à 30 min / vecka	<ul style="list-style-type: none">Bokade cyklarDokumenterade promenader/cykelturer
Lugn måltidsmiljö, äta normalportioner	<ul style="list-style-type: none">Beställning C-köket
Alla patienter ska få ett hälsosamtal 2ggr / år med individuellt satta mål kring kost- och motionsvanor. I samband med detta tas metabola prover	<ul style="list-style-type: none">Dokumenterade Hälsosamtal med uppföljning
Sundare kosthållning, Öka mängden frukt och grönt i den serverade kosten	<ul style="list-style-type: none">Beställning C-köket
Minska socker- och fettkonsumtionen	<ul style="list-style-type: none">Beställning C-köket

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Aktivitet	Syfte/hypotes
Trevlig måltidsmiljö, dukar, ljus Förslag - karott system som förkastades pga diskrimineringsupplevelse.	Lugnare måltidsmiljö om man sitter vid borden när man tar maten. Social träning att måste be om och skicka maten, stimulera till ett gott bordskick. Ta mat så det räcker till alla.
Hembakat bröd till frukost 2ggr/vecka	Doften av hembakat kan kanske stimulera till att komma upp till frukost. Äter man frukost mår man bättre och ger bättre ork på förmiddagen
Ny matordning vardag - helg	Skilja på vardag och helg. Man kan få äta lite "godare" på helgen och enklare under veckan
Ta bort kex och skorpor till fiket och istället servera frukt/fruktsallad, smoothis	Stimulera till att äta mera frukt. Införa nya mellanmål. Ge alternativ till nyttiga mellanmål
Motionsaktiviteter.....	

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

Resultat/effekt	Kommentar
Utgångsläge motionsvanor Beställningar c-köket I ny checklista för SVPL/VPL har vi infört kost och motion som en punkt under mötet.	För kort tid att utvärdera.

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

Fortsätta jobba med motivationen hos både personal och patienter. Arbeta med små steg för att öka medvetenheten om betydelse av goda kost- och motionsvanor. Översyn av kosten från c-köket, mängden energi i förhållande till energiför, tidpunkt för servering av lunch/middag etc Arbeta systematiskt med hälsosamtal inkl uppföljning. Kost/motion ingår i vårdplanen och ska följas upp Mediciner som ger ökad hunger och risk för viktuppgång behöver följas upp och pat få hjälp att kontrollera vikten Göra utställning på hur mycket socker olika vanliga produkter innehåller Göra det lustfyllt och kul!
--

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Ingrid Liss
Arbetsplats:	RPK Säter behandlingsenheten
Funktion:	Leg arbetsterapeut
Telefon (a):	0225 494420
Telefon (m):	
e-post:	Liss.ingrid@ltdalarna.se

Slutrapport RättspsyK: Vadstena BMI

Förbättringsområde (så som ni såg på det utifrån resultaten i registret)

Vi valde BMI som variabel. Patientens fysiska hälsa är ett viktigt område som ska prioriteras högt.

Problembeskrivning (beskrivning av konsekvenser för att motivera varför)

Patienter inom Rättspsykiatri vårdas ofta under långa vårdtider.

Att drabbas av långvarig och allvarlig psykisk sjukdom innebär stora risker att utveckla somatisk ohälsa. Att få ökad kunskap om hur metabolt syndrom kan förebyggas är därför viktigt och har stor betydelse även för den psykiska sjukdomens behandling och prognos.

Behandlingen består bl a av antipsykotiska läkemedel vilket ofta är nödvändigt och effektivt men det är också förknippat med biverkningar, exempelvis viktökning. Ohälsosamma levnadsvanor bidrar starkt till utvecklingen av metabolt syndrom. När man vårdas under tvång kan patienten själv inte ansvara fullt ut för sin hälsa och då har sjukvården ett stort ansvar i att förhindra att patienterna skrivs ut med övervikt dvs en vårdskada.

Det är inte självklart för vårdpersonal att även se till den fysiska hälsan och vad man kan göra i vardagen för att hjälpa/stödja patienten till aktivering och sund kosthållning.

Då det inte är möjligt för patienterna att själva utföra sina ärenden (inköp, bankärenden) så måste personalen göra det åt dem, detta leder till passivitet. Vissa patienter blir även bekväma i detta.

Det är positivt att det finns tillgång till friskvårdslokal på kliniken. Detta kan dock vara svårt att upprätthålla när patienten kommer ut på grund av ekonomiska faktorer.

Det är positivt att bra mat serveras på regelbundna tider, förhoppningsvis kvarstår denna vana när patienten lämnar kliniken.

Utgångsläge (ev data, resultat av kartläggningar, et c)

Lite svårtolkad statistik i registret, men vi vet och ser att många patienter lider av övervikt.

Analys (mest angeläget att jobba med/grundorsaker)

Personalens inställning till huruvida det ligger i vårt uppdrag/ansvar att arbeta med patientens fysiska hälsa.

Skapa bra förutsättningar för friskvårdsarbete.

Mål och uppföljning

Mätbart mål	Indikator
100 % Friskvård med i vårdplanen	BMI

Åtgärder (de konkreta aktiviteterna/förändringarna ni gjort, gärna med en beskrivning av varför)

Aktivitet	Syfte/hypotes
Enkät till all personal	Hur ser personalens inställning ut?
Informerade ledningsgruppen	Få förankring hos klinikledningen.
Enkät med återkoppling till patienter på utsedd avd (12 st). Vattenflaskor	Få en bild av deras inställning, skapa delaktighet i den egna fysiska hälsan.
Samtal med Chöl om somatiska hälsokontroller och friskvård i vpl	Förbättra rutinen gällande hälsokontroller och skapa bättre fokus på friskvård.
Möten med kliniken friskvårdsgrupp	Fler delaktiga i processen samt att undvika parallellprocesser
Planering pågår för att inom kort starta upp interventionen ”Ett sundare liv”, flera	Skapa ett forum där patienterna kan utbyta idéer och tankar samt öka kunskapen kring kost, motion och fysisk hälsa.

patienter har redan visat intresse för att delta.	
---	--

Resultat/effekter (diagram med ev kommentarer)

Resultat/effekt	Kommentar
Vi har inga mätbara resultat att redovisa.	

Framtiden (hur ni tänker fortsätta framöver)

<p>Ge möjlighet till fler patienter att delta i ”Ett sundare liv”.</p> <p>Uppföljande enkät till samtliga medarbetare: Har synen/inställningen till kring patientens fysiska hälsa förändrats sedan första enkäten?</p> <p>Klinikens friskvårdsgrupp har varit delaktig i vårt projekt och vår förhoppning är att deras arbete prioriteras från klinikledningen och får hög status på hela kliniken.</p>
--

Kontaktperson vid frågor

Namn:	Christine Rosén
Arbetsplats:	Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena
Funktion:	Inrapportör i RättspsyK, Skötare på kliniken öppenvårdsenhet.
Telefon (a):	010-1048227
Telefon (m):	
e-post:	Christine.i.rosen@lio.se

Slutrapport RättspsyK: Piteå BMI

Förbättringsområde

Vi har valt att arbeta med BMI, då många av våra patienter ligger över 30 i BMI-värde. Vi har även stora grupper som ligger mellan 25-30. Detta är ett problem för många patienter, inte bara LRV-patienter som finns i registret, utan även LPT-patienter.

Problembeskrivning och utgångsläge

För hela riket har den totala andelen patienter med BMI på mer än 30 ökat. Andelen patienter med ett BMI på 30-34,9 ligger på 24 %, vilket är nästan var fjärde patient.

Detta kan bero på både stillasittande, ohälsosam kost och olika läkemedel.

Sysselsättning är även något som saknas för många, varför motion, kost och hälsa kan fylla tiden för många på ett hälsosamt sätt.

Analys

Vi hade många problemområden inom kvalitetsregistret, men BMI var det som ändå kändes lättast och kanske mest angeläget att börja arbeta med, och något som kunde vara till gagn för

alla våra patienter, både LRV och LPT.

Mål

Vårt stora övergripande mål var att sänka BMI på många av våra patienter som har alldeles för högt. Vi valde att ta med alla patienter i detta, både LPT- och LRV-patienter, och även de patienter som är inom öppenvården, ÖPT- och ÖRV-patienter då vi anser att alla har nytta och gagn av en hälsosam livsstil.

Mätbart mål och indikator

BMI i kvalitetsregistret för LRV-patienter. Egen hälsoprofil för både LPT- och LRV-patienter. Uppföljning via vår journal angående vikt.

Åtgärder

Ett övergripande hälsotänk både vad gäller motion och kost, för alla patienter. Personalens roll har varit att se till att dagliga promenader genomförts, att försöka få patienterna att motionera mer och att äta mer sunt. Hälsocoacher är utsedda för att motivera varje vårdlag och dess personal, och i förlängningen patienterna.

En hälsosatsning gjordes i vårt patientcafé, med att alltid erbjuda alternativ till det vanliga fikabrödet. En speciell satsning med melonveckor gjordes, där patienterna fick möjlighet att prova olika meloner och lära sig lite mer om dem. Det hela avslutades med en melonprovning. Vi anordnade två tipspromenader, en på våren och en på hösten, En halvmil i maj och En halvmil i oktober. Presenter till alla deltagare för att locka patienterna, samt prisutdelning och koryvgrillning efteråt.

En hälsoprofil togs fram där vi tittade närmare på alkohol & droger, kost & motion och medicinering.

Miniföreläsningar om kost för patienterna av sjukgymnasten.

Kliniken tillhandahåller cyklar till patienterna, för att befrämja motion och har även motionskort till ett närbeläget gym som patienterna kan nyttja.

Vi har begränsade möjligheter för patienterna att beställa snabbmat, typ pizza och hamburgare, till en gång i veckan. Vi har även försökt normalisera deras veckohandling vad det gäller godis, dricka mm.

Resultat

En viktnedgång bland hälften av våra patienter, från 0,5 – 12 kg, vilket bör ses som mycket framgångsrikt. Observera att detta innefattar både LPT-patienter och LRV-patienter, varför det inte är säkert att det kommer att visa sig så mycket på indikatorn i RättsspsyK.

Vi har fått in ett annat tänk hos patienterna vad gäller kosten, att det finns alternativ till chips och läsk, även om detta är en process och något man ständigt måste arbeta med.

Framtiden

Fortsatt motivationsarbete och satsningar i caféet samt olika evenemang typ tipspromenad. Hälsogruppen ska fortsätta sitt arbete även efter projektet för att hålla dessa frågor levande. En inspirationsdag planeras in för personalen innan årsskiftet.

Rapportdatum

2013-11-06

Kontaktperson vid frågor

Anna-Karin Burman, sekr
Psykiatrin läns-gemensamt
Tel 0911-768 08, mobil 070-283 0771
E-post: Anna-Karin.Burman@nll.se

Ronny Wiklund, skötare
Psykiatrin läns-gemensamt
Vårdlag 2, tel 0911-768 65
E-post: Ronny.Viklund@nll.se

DELPROJEKT 3 Utveckla åiterrapporteringen

Projektet förankrades och har åiterrapporterats till respektive enhets ledningsgrupp. För tredje året pågår ett samarbete med Registercentrum Västra Götaland, i syfte att producera en årsrapport i tryckt form.

Sammanställd av:
Martin Karlsson, Projektledare
Malin Lotterberg, Validera indata
Camilla Skåån, Registerhållare
Kontaktperson på deltagande enheter