



BRUKARREVISION

AVDELNING 30 B, BEROENDECENTRUM,

SUNDERBY SJUKHUS

En brukarstyrd brukarrevision utförd av NSPH i Norrbotten på uppdrag av Region Norrbotten, november 2023–februari 2024 (2024#1)



Samverkan för Psykisk Hälsa i Norrbotten

Sammanfattning

Under perioden november 2023–februari 2024 genomförde Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Norrbotten (NSPHiN) på uppdrag av Region Norrbotten en brukarrevison på avdelning 30 B, Beroendecentrum, Sunderby sjukhus. En grupp med fem brukarrevisorer och en samordnare har intervjuat 10 inskrivna patienter om vad de tycker om vårdmiljön, aktiviteter, information och delaktighet samt trygghet/bemötande/kompetens hos personalen.

Brukarrevisionsgruppen har sammanställt intervjuerna och utifrån dem kommit med utvecklingsförslag, främst vad gäller bristen på aktiviteter på avdelningen och bristen på information och delaktighet. Brukarrevisionsgruppen gladdes åt att de intervjuade patienterna i hög grad uttryckte att de var trygga på avdelningen och kände att de fritt kunde berätta för personal vad de tyckte om vården och om avdelningen.

En övergripande reflektion från brukarrevisionsgruppen är att det var svårt att sammanställa utvecklingsförslag, eftersom det är otydligt vad avdelningens syfte och målgrupp egentligen är. En del av det som brukarrevisionsgruppen har identifierat som brister i verksamheten kan ses som rimliga begränsningar om tanken är att patienter endast ska vistas på avdelningen en kortare tid för tillnyktring/avgiftning inför en kommande behandling inom en annan verksamhet. När patienter uppenbarligen ibland vistas på avdelningen under en längre tid, eller återkommande i perioder och har en annan psykisk ohälsa som grundproblematik, kan dessa begränsningar ses som allvarliga för vårdkvalitén. Vissa informanter beskrev även avdelningen snarare som en tillfällig lösning på hemlöshet än som en vårdinrättning för psykisk ohälsa och/eller skadligt bruk och beroende.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
1.1	Varför brukarrevision?.....	3
1.1.1	Kort om begreppet ”brukare”	4
1.2	Brucarrevisorernas uppdrag	4
2	Om uppdraget	6
2.1	Syfte och genomförande.....	6
2.2	Om verksamheten	6
3	Intervjuresultatet.....	8
3.1	Bakgrundsfrågor	8
3.2	Tema Vårdmiljö/Lokaler/Kost.....	8
3.3	Tema Aktiviteter	10
3.4	Tema Information/Delaktighet/Vård/Behandling	12
3.5	Tema Trygghet/bemötande/kompetens	15
3.6	Avslutande frågor	17
4	Brucarrevisorernas förslag och reflektioner	19
4.1	Konkreta utvecklingsförslag.....	19
4.1.1	Vårdmiljö/Lokaler/Kost	19
4.1.2	Aktiviteter.....	19
4.1.3	Information/Delaktighet/Vård/Behandling.....	20
4.1.4	Trygghet/Bemötande/Kompetens	20
4.1.5	Avslutande frågor	21
4.2	Generella reflektioner	21
5	NSPHiN tipsar	23

1 Inledning

”Den som har skorna på fötterna vet var de skaver” och ”Inget om oss utan oss!” är två återkommande budskap inom brukarrörelsen. I regionernas och kommunernas policy- och styrdokument återfinns ofta formuleringar om att vård och omsorg bör utvärderas av de personer som nyttjar verksamheterna och att det är viktigt att patienters och brukares kunskaper och erfarenheter tas tillvara för att höja kvalitén. I praktiken upplever många brukare ändå att de haltar runt i verksamheter som inte riktigt passar och att de inte alltid tillfrågas om vad det är som skaver.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Norrbotten (NSPHiN) är en regional samverkansorganisation för 11 patient-, brukar- och närståendeorganisationer inom området psykisk ohälsa, missbruk och suicidalitet. NSPHiN arbetar med att samordna föreningarna till gemensamt arbete och stärka deras påverkansmöjligheter i intressepolitiska frågor. En huvudfråga är att på olika sätt öka inflytandet och rätten till delaktighet för personer med psykisk ohälsa och/eller beroende, deras anhöriga och deras organisationer.

NSPHiN samarbetar med den nationella ideella organisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) som bland annat arbetar med att sprida metoder för ökat brukarinflytande på individ-, verksamhets- och systemnivå. Det finns flera metoder för att samla in och presentera kunskap och erfarenheter från patienter och brukare och en av dem är att göra en brukarrevison. En brukarrevison är en extern och oberoende utvärdering, ofta i form av intervjuer, som genomförs av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Under våren 2023 anordnade NSPHiN en utbildning för 12 personer i Norrbotten i metoden brukarstyrda brukarrevisoner. Utbildningen hölls av brukarrevisorer från NSPH Västra Götaland och NSPH Skåne som under många år har utfört brukarstyrda revisioner av verksamheter inom både region och kommun.

I september 2023 fick NSPHiN i uppdrag av Region Norrbotten att utföra en brukarrevison inom den psykiatriska heldygnsvården på Sunderby sjukhus. Brukarrevisionen gjordes på avdelning 30 B, Beroendecentrum, och intervjuerna genomfördes i perioden november 2023–februari 2024. Utvecklingsförslagen utarbetades under februari 2024 och rapporten slutfördes i mars 2024. Brukarrevisionen på avdelning 30 B, Beroendecentrum, är den första som genomförts av brukarrevisorerna från NSPH Norrbotten.

1.1 Varför brukarrevison?

I en brukarrevison är det personer med erfarenhet av psykisk ohälsa, egen eller anhörigs, som skriver frågorna, genomför intervjuerna, sammanställer en rapport med utvecklingsförslag, samt genomför återkoppling och återbesök. Många gånger har de även erfarenhet av att vara brukare av liknande verksamheter som den som de utför revision på. Brukarrevisorernas kunskaper och erfarenheter ger ett brukarnära perspektiv i valet av intervjufrågor och kan underlätta ett jämställt möte under intervjuerna. Brukarrevisorernas erfarenheter kan också ge en annan förståelse och analys av

intervjumaterialet än om personal eller forskare skulle göra en motsvarande undersökning.

Eftersom brukarrevisorerna är oberoende av verksamheten och brukarna garanteras anonymitet i förhållande till verksamheten kan det upplevas lättare att framföra kritik utan rädsla för att drabbas av repressalier. Svaren blir mer rättvisande och förbättringsområden kan fångas upp samtidigt som personal kan stärkas av den positiva feedback som lyfts fram.

Många gånger är brukarrevisorerna aktiva i någon patient-, brukar- eller anhörigförening och de kan informera om de möjligheter till gemenskap och erfarenhetsutbyte som föreningarna ger. Brukarrevisorer som är återhämtade från egen psykisk ohälsa kan också bidra till hopp om återhämtning hos de intervjuade.

För att brukarrevisjonen ska få önskad effekt ligger dock ett stort ansvar på den granskade verksamheten. Det är upp till verksamheten att ta tillvara informationen som brukarrevisjonen ger och använda den för att utveckla vården och omsorgen. Det kan handla om att skapa handlingsplaner kring de utvecklingsförslag som framkommit eller införa någon metod för löpande brukarinflytande i verksamheten.

1.1.1 Kort om begreppet "brukare"

Personer som får vård eller stöd av olika psykiatriska eller socialpsykiatriska verksamheter kallas ofta för patienter, brukare, deltagare eller klienter. Inom de olika föreningar som ingår i NSPH finns olika traditioner och som individ kan man känna sig mer eller mindre bekväm med de olika orden. För att förenkla kommunikationen har NSPH enats om att använda sig av ordet "brukare". Begreppet "brukarinflytande" används då för inflytande för personer som på olika sätt har erfarenhet av att "bruka vård/stöd på grund av psykisk ohälsa", antingen för egen del eller som närstående, och ordet "brukarrörelse" används som ett samlingsbegrepp för de patient-, brukar- och anhörigföreningar som bedriver intressepolitik inom området.

Ordet "brukarrevisjon" används i många olika sammanhang, och kan uppfattas vara lite byråkratiskt. Alternativa begrepp är "brukarundersökning" eller helt enkelt en "undersökning där man vill ta reda på vad brukarna tycker". I denna text används begreppen brukare, patient och ibland även informant för de personer som blivit intervjuade i denna revision, och brukare i de mer generella resonemangen.

1.2 Brukarrevisorernas uppdrag

De som genomför intervjuerna kallas för brukarrevisorer. Brukarrevisorerna har erfarenhet av att leva med psykisk ohälsa, antingen för egen del eller som anhörig. Flera är medlemmar i någon av de patient-, brukar- och anhörigföreningar som utgör NSPH i Norrbotten. Samtliga revisorer har deltagit i en internutbildning i intervjuteknik, bemötande och brukarrevisjonens grunder. I brukarrevisjonen deltar också en brukarrevisjonssamordnare (nedan kallad samordnaren) som har ansvar för att skriva avtal, att samordna kontakter med verksamheten, kalla brukarrevisorerna till möten, fördela och administrera intervjutillfällen samt sammanställa den slutliga rapporten och

hålla i återkopplingen till verksamheten. Brukarrevisorerna är timarvoderade och informanterna har fått ett presentkort på 300 kr som tack för sin medverkan.

Medverkande brukarrevisorer i denna brukarrevison har varit Andreas Wennstig, Annica Essén, Eva Ericsson, Linda Vesterberg och Tina Larsson. Samordnaren för NSPHiN, Carina Markström, har haft rollen som brukarrevisonssamordnare.

De fem brukarrevisorerna har parvis besökt avdelningen vid tre olika tillfällen under perioden november 2023-februari 2024 och då gjort intervjuer med de patienter som så önskat. När alla intervjuer var genomförda samlades de tillsammans med samordnaren för att reflektera över intervjuerna och erfarenheterna från besöken och utarbeta utvecklingsförslag. Samordnaren har skrivit rapporten och brukarrevisorerna har haft möjlighet att ge synpunkter under arbetets gång. Kommande återkopplingstillfällen till verksamheten kommer att hållas av samordnaren och om möjligt någon av brukarrevisorerna.

2 Om uppdraget

2.1 Syfte och genomförande

Redan vid nystarten av NSPH i Norrbotten 2022 fanns brukarrevisorer som prioriterad aktivitet för föreningen, och våren 2023 genomfördes en brukarrevisionsutbildning. Initiativet till att det skulle göras en brukarrevison vid någon heldygssavdelning vid Sunderby sjukhus kom från projektledaren för implementeringen av Safewards tillsammans med länssamordnaren och psykiatrins divisionschef. Under hösten 2023 hölls några möten där det bland annat diskuterades vilken avdelning som det skulle vara praktiskt genomförbart att göra en brukarrevison på. Hänsyn togs bland annat till att tillräckligt många patienter skulle vara nog stabila för att det skulle gå att ha ett upplägg där brukarrevisorerna besöker avdelningen vid några tillfällen och då intervjuar några av de inskrivna patienterna utan att personal behöver vara närvarande. Det bedömdes inte som praktiskt möjligt att intervju personer efter utskrivning även om det hade kunnat bidra till mer kunskap om vad patienterna upplever att vårdinsatserna leder till. Fokus blev därför de inskrivna patienternas upplevelse i realtid.

När avtalet med Region Norrbotten var klart samlades brukarrevisorerna för att skapa en intervjumall. Till hjälp fanns intervjumallar från tidigare brukarrevisorer i andra regioner. Samordnaren deltog på en arbetsplatsträff och informerade personalen om vad brukarrevison skulle innebära. Det gjordes också ett informationsblad som personalen skulle sprida till inskrivna patienter de dagar som brukarrevisorerna skulle komma till avdelningen.

Brukarrevisorerna besökte avdelningen parvis vid tre tillfällen. De renskrivna intervjuerna skickades till samordnaren som sammanställde intervjuerna till ett dokument där svaren presenterades fråga för fråga. Två personer blev intervjuade vid två olika tillfällen och deras svar hanterades så att de inte fick större tyngd än andras i sammanställningen. Sammanställningen användes som utgångspunkt när brukarrevisorerna träffades och diskuterade utvecklingsförslag. I rapporten har intervjusammanställningen förkortats för att öka rapportens läsbarhet, men många citat finns kvar för att det bedöms finnas ett värde i att läsa informanternas svar i relativt oredigerat skick.

Under brukarrevisonens gång bytte avdelningen enhetschef och den informationen nådde inte samordnaren/brukarrevisorerna vilket ledde till att informationen om när brukarrevisorerna skulle komma och att brukarrevison pågick inte heller nådde patienterna. Detta upptäcktes inte förrän i samband med sista besöket och en lärdom är att det behövs mer löpande och ömsesidig kommunikation mellan verksamhet och samordnare under kommande brukarrevisorer.

2.2 Om verksamheten

Avdelning 30 B, Beroendecentrum, är en slutenvårdsavdelning med tolv vårdplatser, samt fyra platser för tillnyktring. Enligt enhetschef finns inte bemanning för de fyra tillnyktringsplatserna med i budget och den vanliga beläggningen med totalt 13–15 patienter bör därför räknas som överbeläggning. I grundorganisationen på Sunderby

sjukhus finns ytterliga två avdelningar för psykiatrisk heldygnsvård. Avdelning 30 A som är en avdelning för akutpsykiatrisk heldygnsvård och avdelning 40 C som är en heldygnsavdelning måndag–fredag.

Under perioden som intervjuerna gjordes var ordningen att patienter från 40 C som var i behov av heldygnsvård under helgen flyttade till 30 B på fredag eftermiddag. På grund av bemanningssvårigheter har det talats om att 40 C under kortare perioder kan komma att stänga helt. Under 2022 hade avdelning 30 B, Beroendecentrum, 5025 vårddyggn och 507 unika patienter. Motsvarande siffror för 2023 finns ännu inte tillgängliga. Målet är att avdelningen ska bemannas med 14 skötare, 10 sjuksköterskor och en socionom. Det finns idag vakanta tjänster som bemannas av stafettsköterskor.

Enhetschef uppskattar att mer än hälften av de patienter som är på avdelningen inte har ren beroendeproblematik utan att det rör sig om annan psykisk ohälsa. Många patienter kommer in akut och placeras på avdelning 30 B, medan andra kommer in planerat via sociala remisser då de behöver avgiftning innan behandlingshem eller som ett krav från kommunen för att få hjälp med bostad. Det finns en utmaning i samverkan med kommunerna kring de planerade inläggningarna då kommunerna ibland inte förstår att inläggningarna behöver planeras in utan agerar som att avdelningen alltid har plats för dessa patienter.

Avdelningen har alltså en blandning av patientgrupper även under vardagar, och under helger kommer nya patienter som har sin placering på 40 C. I intervjuerna ställdes inga direkta frågor om denna situation men vissa informanter nämner den, och vi återkommer till den i våra avslutande reflektioner.

3 Intervjuresultatet

Resultatet bygger på tolv intervjuer med tio olika personer. Två personer blev intervjuade vid två olika tillfällen. Deras svar var samstämmiga i de båda intervjuerna och de har hanterats så att de inte får större tyngd än andras i sammanställningen.

För att rapporten inte ska bli alltför lång har intervjumaterialet som brukarrevisorerna utgick ifrån i samtalet om utvecklingsförslag, förkortats i den version som presenteras nedan. Här sammanfattas kort svaren på varje fråga och några belysande citat har valts ut som exempel. Mängden citat som presenteras varierar beroende på vilken mångfald det fanns i svaren och även hur viktig frågan och svaren visade sig vara i samtalen om utvecklingsförslag. Det finns därför till exempel en större mängd citat om aktiviteter än om lokalerna.

På några enstaka ställen har delar av ett svar plockats bort för att det annars skulle gå att identifiera personen (markerat med hakparentes). Av samma skäl har på några ställen ett precist ord bytts ut mot något mer allmänt. Målet har dock varit att hålla citaten så nära personernas svar som möjligt.

Vissa informanter svarade inte på alla frågor och ibland hade de redan talat om ämnet under en tidigare fråga. Redovisningen följer ordningen i den intervjumall som brukarevisorerna utgick ifrån.

Resultatdelen bör läsas som en kör av röster där det inte relevant vem som har sagt vad och hur deras individuella situation påverkar hur de svarar. Vi väljer därför att inte lägga någon större vikt vid faktorer som ålder, kön och diagnoser.

I kapitel 4 redovisas därefter de utvecklingsförslag och reflektioner som brukarrevisorerna arbetat fram. I kapitel 5 finns förslag på metoder för brukarinflytande som verksamheten kan fördjupa sig i och länkar till användbara webbsidor och publikationer

3.1 Bakgrundsfrågor

Två av de intervjuade är kvinnor och åtta är män. Den yngste var under 30 och den äldste över 90 år. Medelåldern är 47 år med en median på 45,5 år.

För att kunna återrapportera resultaten frågade vi även om hemadress eller mejl. Två personer uppgav att de inte hade något av det.

3.2 Tema Vårdmiljö/Lokaler/Kost

Vad tycker du om lokalerna på avdelningen?

Flera anger att de tycker att lokalerna är bra, fräscha eller okej. Några lyfter att det är kallt och att lokalerna är kala och tråkiga. Någon säger att lokalerna är bra men att de nyttjas dåligt – att personalen gömmer sig.

Relativt bra, sämre att det inte är TV på rummen men jag förstår konceptet att man inte bara ska sitta på sitt rum hela tiden. Och det finns ju TV i allrummet.

Det är fräscht och fint här! Nytt och fräscht överallt.

Dom är fruktansvärda! Titta bara hur kalt och tomt det är överallt. Men jag förstår ju varför det ser ut så här. Dom kan inte ha en massa tillhyggen liggande.

Nu ljusa, inte jättekreativa. Rummen småtråkiga. Och kalla rum! Jag får ha fyra filter på mig när jag ska sova för att inte frysa.

I det stora bra, men de utnyttjas sämre ibland – personalen gömmer sig i sina kurer. Ingen öppnar om man knackar exempelvis under rast. Svårt att få tag på personal.

Har du eget rum?

Alla svarar att de har egna rum.

Ja, här har vi bara egna rum

Här har jag eget rum och badrum med gott om plats. Bara toaletten i mitt rum är större än de flesta rum jag sov i.

Har du kunnat bo i samma rum hela vårdtiden?

De flesta svarar jakande, några med tillägget att de först har varit på tillnyktring.

Ja, detta är min tredje gång här och jag har fått samma rum varje gång och har alltid haft eget rum.

Nej, först kom jag in på tillnyktringen och där fick jag vara något dygn tills jag kunde få ett vanligt rum inne på avdelningen.

Har du något förbättringsförslag kring lokalerna?

Några har inga förslag på förbättringar, andra talar om mer färg och fler aktiviteter.

Ja! Jag vill att dom skaffar hit ett gåband. Det är precis vad jag skulle behöva. Alla vet ju att man mår bättre av motion och jag varken kan eller vill gå runt på innergården.

Måla upp vissa väggar, trots väggdekorationer. Till exempel måla blommor eller annat. Mer färg.

Nej, de finns två tv-rum och jag har eget rum så det är bra.

Värme. Mer kreativitet – lite färg.

Aktivitet, exempelvis pingisbord. Inte alla gillar att spela kort.

Vad tycker du om maten som serveras på avdelningen?

Alla tycker att maten är bra eller okej. Några tycker att portionerna är för små eller att maten är kall. En informant lyfter att personalen inte ställt frågor om behov av specialkost.

Maten är bra, mycket bra till och med! Lite för små portioner är det ibland.

Den är helt okej. Ibland är den lite för kall. Det hade gärna fått vara större portioner mat, kan vara lite fattigt på tallriken. Det finns möjlighet att värma men orkar inte alltid kommentera, så brukar äta ofta den kall när den är det.

[Jag har medicinska problem som påverkar magen]. Ingen har frågat om jag vill ha eller behöver speciell kost. [...] hade velat ha något lättuggat och vegetariskt. Men nu är det ingen idé att säga till eftersom jag ska ut i morgon.

Kan du välja var och när du ska äta?

Två personer svarar nej, andra menar att de kan äta var de vill, men inte när de vill.

Jag äter alltid när det serveras och det gör jag i matsalen.

Maten serveras på fasta tider och man äter i matsalen eller framför TV:n.

3.3 Tema Aktiviteter

Under temat Aktiviteter har vi valt att presentera fler citat än under de andra temana eftersom vi bedömer att varje svar är talande för hur dagarna ser ut på avdelningen.

Hur ser en dag ut för dig här? Berätta och beskriv.

Jag kliver upp vid 8 och då är det lite morgonbestyr. [Beskriver en aktiv dag hemma.] Men när jag är här på avdelningen är det bara att kliva upp och sedan passa mattiderna under dagen. Mer än så finns inte att göra.

Jag brukar spela spel, se på TV och gå ut på rökpauserna på innergården vid behov.

Spelar Yatsy och kort, men det är inte för alla. Min motion består av att gå runt i lokalerna.

Jag sover länge eftersom jag inte kan göra det när jag är ute på stan. Är ju hemlös sedan i februari. Sen brukar jag mest umgås med andra och se på TV.

Frukost, TV, lunch, TV – inga aktiviteter. TV:n står på ofta. Känns tråkigt. Man samtalar med andra patienter men önskan finns att personalen var mer aktiva, till exempel spela brädspel. Finns något brädspel men det är undanstoppat. Finns mallar att måla i, men inte så mycket pennor.

Sitter bara.

Vaknar upp – ställer ofta larm vid 8, tar mina mediciner och äter något. Sen väntar jag på att få prata med läkare, men när det blir beror på var läkaren är – ibland kan det bli förmiddag och ibland eftermiddag. Jag fördriver tiden genom att kolla på TV eller scrolla med mobilen. Gör saker för att få tiden att gå.

De är skillnad på vem som jobbar. Men man ser på tv, många kanaler numera och sen finns tillgång till spel och pussel.

Hur upplever du utbudet av aktiviteter som erbjuds på avdelningen?

Det finns inget förutom TV:n. Det är så många oroliga medpatienter så det går nog inte att ha några aktiviteter här.

Det är ju inte något man kanske ska klaga på.

Här umgås man mest. Det finns inga andra aktiviteter. Ja, det finns ju spel men då måste ju fler vilja vara med.

Vi har ett utegym men ingen vill vara ute i kyla och snö och träna. Vi får bara gå ut när det är röktid på schemat.

Tråkigt

Få komma ut mer. Går ibland men får ofta nej på grund av personalbrist.

Saknar du någon typ av aktivitet eller är det något du skulle vilja ha mer av?

Några har inga förslag, medan andra lyfter fram möjligheter till motion.

En gångmaskin. Träning i någon form – det är bra (helst en gångmaskin).

Ja ett utrymme att få röra sig på, typ gym, eller något för motion.

Jag är ofta påhittig och får folk att spela Yatsy. Jag är även kreativ men när man ska måla så finns det väldigt lite pennor. Det saknas även kortlek.

Saknar ingen aktivitet.

Nej, jag saknar inte några aktiviteter. Jag ska ju inte vara här. Här hör jag inte hemma alls, det är helt fel.

Har du möjlighet att gå ut? Själv och/eller med någon?

En uttrycker att den inte alls har möjlighet att gå ut och en att den har möjlighet att gå ut själv. De andra uttrycker att de kan gå ut i samband med röktider.

Gå ut och röka under röktiden – men det är lång tid mellan röktiderna. Varför kan man inte få gå ut och röka när man vill? Finns även ett schema för röktider. Just nu är det tre personer som röker. Psyk på andra sidan får röka när de vill och känner för det...

Friskluftstid är samtidigt som röktiderna och då är alltid personalen med.

Saknar promenader med personal. Är man här frivilligt så borde man få gå ut. Stillasittande är dåligt och det är lätt att exempelvis bli förstoppad för att man inte får röra på sig.

Ja, jag kan följa med rökarna ur trots att jag inte själv röker. Schemalagda rökpauser.

Det är bara dom som röker som får gå ut och jag röker inte. Ville gå på Pressbyrån men det fick jag inte. Inte ens att någon följde mig dit och jag kan tycka att jag har ju själv valt att vara här så då känns det lite fel.

För att få röka. Får gå ut med personal till kiosken men får ofta höra att det är personalbrist. Velat gå till kyrkan, men det finns inte personal. Har inte fått någon info att kyrkopersonal kan komma till avdelningen.

3.4 Tema Information/Delaktighet/Vård/Behandling

Har du fått information om varför du är här?

Flera uttrycker att de är på avdelningen på eget initiativ och nämner att det är för återhämtning/tillnyktring inför behandling. En uttrycker att hen är på helt fel ställe.

Jag kom hit på eget initiativ och skulle vilja vara här ett helt år så jag får ordning på mitt liv.

Jag vet varför jag är här men det är helt fel att dom satt mig på den här avdelningen. Det är bara för att X är oense med mig och inte tycker att jag ska få bestämma över mig själv. Läkaren anser att jag ska bli kvar här och det beror på att han trodde mer på X än på mig.

Jag är här frivilligt och är på grund av psykisk ohälsa och suicidtankar.

Ja, jag har valt själv. Att få tända av och återhämta mig nog mycket för att kunna återhämta mig för att kunna ta till mig behandlingen på ett behandlingshem.

Ja, för att kunna få ett boende. Måste vara ren från alkohol.

Ja, men inte hur länge jag ska vara här. Vet att jag ska på behandlingshem men vet inte exakt när. [...] Jag har ett bra liv och mycket att leva för när jag är nykter.

Ja, jag vill vara här och kom hit frivilligt. Jag vill INTE bli utskriven!

Om ja, hur har du fått informationen? (Skriftlig, muntlig, flera gånger.)

Få svar på denna fråga (muntligt, via soc).

Har du och personalen tillsammans gått igenom hur din vård ska se ut under din vistelse på avdelningen?

Tre personer svarade kort ”nej” och några uttrycker sig nekande men mer utförligt. Någon uttrycker att den har gått igenom vården med personal.

Nej, inte en gång. Får aldrig träffa läkare – får alltid höra att de är ute på ronder. Vill gärna prata medicinering. För lång tid mellan ronder/info om medicinering. Hade varit bra med tätare läkarkontakter.

SIP – har inte alltid fått ha dem, men SIP är något som kvarstår.

Ja jag har tittat på detta med läkare och sköterskor.

Nä, det är personalen som bestämmer.

Nej, men behöver jag medicin så pratar jag med dem.

En del, men väldigt få. Man förmedlar något till en ur personalen och sen väntar man på svar. Jag har fått vänta på läkare och har nu gett upp. Jag är inte heller så "gåpåig" så jag får väl skylla mig själv lite.

I vilken grad anser du att personalen lyssnar på dig och tar hänsyn till dina behov och önskemål?

Svaren varierar mycket där några lyfter fram att personalen är bra på att lyssna, medan andra inte tycker det.

Det funkar inte så bra. Hade varit skönt att ha någon att prata med.

Personalen lyssnar. Det är bra personal.

Ja, bra. 80 % jävligt bra. Finns alltid någon hagg man inte drar jämt med.

Jag får be om min medicin hela tiden, men dom ger mig den när jag påminner om den.

Variierande beroende på vem som jobbar. Vissa lyssnar mer än andra. Kan spela roll i hur de jobbar. Jag har varit inlagd här förut med LVM och har lärt mig läsa av vilka som är bättre än andra.

Personalen lyssnar på mig. Den ena läkaren lyssnar på mig.

Skulle du vilja ha någon annan typ av vård eller stöd från avdelningen som du inte får idag?

Flera efterlyser samordning med andra avdelningar/funktioner och möjlighet till terapi/"själslig vård".

Att dom lyssnar mer på vad vi säger. Flera får mediciner som dom inte förstår.

Lite mer frivillighet. Om jag vill gå ner till kiosken med en vårdare bör jag få göra det.

Ja, jag skulle vilja att man samordnade undersökningar och provtagning med andra avdelningar när jag ändå är här.

Ja jag skulle behöva psykoterapi. Det har jag bara fått en enda gång här ifjol men det skulle jag verkligen behöva. Dom ger mig bara mediciner och skickar ut mig häriifrån. Det blir jag inte frisk av. Jag skulle vilja ha psykoterapi ett par gånger per vecka när jag är inlagd här.

Ja, vill träffa en arbetsterapeut för KBT.

Har upplevt att det kunnat ta två dagar att kunna få prata med läkare – det hade kunnat bli bättre. Får tjata för att prata med läkare. De lyssnar inte alltid.

Ja, införande av exempelvis mer mindfulness eller någon form av avslappningsövningar. Mer själslig vård.

Har du blivit tillfrågad om du vill involvera anhöriga i din vårdplan?

Tre personer svarade kort "nej" och andra att frågan har kommit upp.

Den frågan har jag inte fått.

Dom har ju involverat X men det är inte bra.

Jag har blivit tillfrågad om sekretess och jag vill inte att de lämnar ut information till anhöriga utan att jag vet om det ifall anhöriga exempelvis ringer och frågar hur det är.

Nej, personalen pratar inte om dom.

Om nej – hade du velat involvera anhöriga?

Svaren varierar.

Ja, jag vill att min syster är med och är delaktig i min vårdplan. Hon känner mig.

Nej och dom vill inte ha med mig att göra.

Det är inte möjligt då min familj finns i annat land

Är du här frivilligt?

Alla utom en uttrycker att de är på avdelningen frivilligt. En uttrycker osäkerhet.

Ja. Jag kommer hit frivilligt och försöker stanna så länge som möjligt eftersom jag inte har något att komma ut till.

Ja jag är här frivilligt. Vill ju bara hem, men idag har jag tvättat kläder och skor så måste vänta till det är torrt.

Ja, jag är här frivilligt. Tidigare hade jag LVM.

Nej! Jag är placerad här under tvång.

Jag tror det, jag kom hit frivilligt.

Om nej, hur upplever du det?

Inget svar på denna fråga.

Har någon krisplan utformats tillsammans med dig? (En krisplan kan innehålla sådant som hur en vill bli bemött i en svår eller kritisk situation.)

En person säger att den har gjort en krisplan, medan de andra säger att de inte har det.

På torsdag ska jag få ett SIP-möte och då tror jag att dom skriver ner en krisplan också.

Jag har gjort en sådan denna gång tillsammans med en skötare.

Nej. Jag är jävligt orolig för krampanfall men de har bara sagt att man ska vara lugnt om det händer, men vadå – det ska ju inte hända.

Nej det finns ingen krisplan

Om nej, är det något som du skulle vilja ha?

Några tycker att det vore bra, medan andra inte tycker att de har behov av det.

Nej. Inte direkt, jag säger till om det skulle vara något.

Ja, det kan hjälpa att de skriver ner.

Ja, absolut – om man helt plötsligt börjar må skit, till exempel ångest. Att någon kan ta en åt sidan i ett lugnt rum.

3.5 Tema Trygghet/bemötande/kompetens

Upplever du att personalen på avdelningen har tillräckligt med kunskap om dig och den typ av svårigheter du har? (Diagnoser, beroende, självska debeteende etc.)

Svaren varierar. En del tycker att personalen har bra kunskaper, andra tycker inte det. Någon lyfter att det fungerade bättre vid tidigare inläggningar.

Nej. De har inte kunskap om mig.

Personalen har bra kunskap om mig. Läkaren beslutar även om hur sköterskorna ska hjälpa mig.

Inte alla. Det varierar.

Idag skulle jag få börja med en ny medicin enligt en läkare som jag pratade med. Enligt läkaren är det bara vissa ur personalen som får dela ut den medicinen och i helgen är det ingen som jobbar som får dela ut den, så måste vänta till på måndag innan jag får den.

Ett fåtal ja. Denna gång är det bara ett litet fåtal som har sett och lyssnat. Rörigt på sjukhuset i stort, många som har slutat/sagt upp sig och det går ju tyvärr ut över oss. Det var bättre förut. Det är tredje gången jag är här.

Upplever du att personalen har tid för dig när du behöver stöd?

De flesta uttrycker att personalen har tid, andra att de inte har det.

Nja, de skulle jag inte säga.

Ja, går jag till någon och vill prata då brukar de ofta ta sig tid om de inte är upptagna.

Ja. Det varierar. Om man verkligen visar att man är allvarlig så lyssnar de.

Läkarna lyssnar inte. Personalen lyssnar lite bättre. 2 av 5 gånger lyssnar de.

Upplever du att du fritt vågar berätta för personalen vad du tycker om din vård och om avdelningen?

Informanterna uttrycker att de vågar berätta för personal eller åtminstone för en del av personalen.

Man märker fort vilka det är lönlöst med, men med vissa. Det går.

Ja jag pratar fritt om vad jag tycker.

Ja men känner som de inte tar en på allvar.

Jag är så ärlig jag kan – annars är det ingen vits att jag är här.

Ja. När jag skulle bli inlagd fick jag exempelvis välja om jag skulle bli inlagd på 30A eller 30B och jag valde 30B eftersom jag varit inlagd på denna avdelning tidigare, och det får mig att känna mig trygg.

Känner du dig trygg på avdelningen?

Alla uttrycker på olika sätt att de är trygga, eller att de i de flesta situationer är trygga, på avdelningen.

Ja, just nu är det ett väldigt bra gäng. Ibland har det varit obehagliga personer som slagit sönder saker. Men nu är det en trygghet av både personal och patienter.

Ja, personalen är jättebra – de är tryggheten.

Ja i överlag. Men tyvärr så har det på grund av att en avdelning stängt varit en patient här som inte ska vara på den här avdelning som varit väldigt aggressiv, och då blir jag väldigt rädd på grund av traumatiska erfarenheter.

Ja, nu känner jag ju folk. Första dagarna satt jag mest på mitt rum och åt på mitt rum, men mycket berodde ju på att jag inte kände någon.

Upplever du att du skulle få stöd av personalen om en otrygg situation skulle uppstå?

De flesta svarar på olika sätt att de litar på att de skulle få stöd i en otrygg situation eller att de inte har något sådant behov.

Andra patienter har varit våldsamma mot mig och då hjälpte personalen mig. Jag pratar helst med kvinnlig personal.

Av vissa. En del är så fyrkantiga. En del tillgodoser inte mina behov när jag exempelvis upplever rädsla.

Ja, det tror och hoppas jag.

Skulle det bli något så löser jag det själv.

Det finns möjlighet att trycka på larm. Jag kan få stöd.

3.6 Avslutande frågor

I detta avsnitt presenteras alla svar (förutom om patienterna går att identifiera) eftersom svaren inte går att sammanfatta.

Hur upplever du helheten på avdelningen?

Jättebra. Vill gärna komma in på behandlingshem, få hjälp med boende och få hjälp med behandlingar.

Ja den är väl bra.

Måste bli bättre på att passa tiderna. Är det rökpaus en viss tid så måste man hålla på den tiden.

Berätta om något som är dåligt!

Det kan bli mycket kaffedrickande bland skötarna. Kan behöva be 3–4 gånger för till exempel Alvedon/medicin.

Vill gärna ha mer frihet – det kan räcka med att bara kunna gå runt på sjukhuset eller till kiosken.

Det är för få röktider.

Jag saknar både mina läsglasögon och mina hörapparater som dom lämnade hemma.

Det är tråkiga och dystra lokaler. Miljön är nedstämd!

Förra gången jag var här på avdelningen var det lite kaotiskt. Beror på vem som är inlagd här. Nu är det i alla fall lugnt.

Det dåliga är att jag inte får veta hur länge jag får stanna här. Jag vill vara kvar, jag vill inte bli utsparkad.

Att få träffa läkare är prio. Gärna mer färg i lokalerna.

Erbjuda mer samtalskontakt och tid. Förra gången jag var här fick jag träffa en psykoterapeut – det var guld värd. Men det har bara hänt en gång.

Tror inte det. De springer hit och dit. Men ingenting dåligt.

Vissa läkare förhastar sig. Olika läkare som säger olika. En del läkare kan "veta vad felet är" utan att ens ha träffat mig, eller efter bara fem minuter, utan att gå igenom min bakgrund.

Att man delar ut medicin helt öppet samtidigt som andra känns inte bra. Skulle kanske kunna göra detta på rummet eller nåt.

Berätta om något som är bra!

Maten och gemenskapen är bra.

Sjukhuset är bra!

Här får jag sova i fred och äta bra mat i en trygg miljö. Inte som när jag är ute på gatan och hela tiden är otrygg.

Bra personal och även antal personal. De har stort tålamod.

Fikat och maten är bra. Man får låna mobil om man behöver.

De flesta som är här sitter i samma båt. Alla är bara människor och vi värnar om varandra. En sammanhållning.

Personalen, även om personalnivån varierar. Personalen är fantastiska och går in helhjärtat i sitt arbete. De ska ha en eloge.

Finns det något mer du skulle vilja berätta för oss – kanske något om det vi redan frågat eller som du själv känner att du skulle vilja dela med dig av?

Hade varit bra om socialassistenter och personal hade haft bättre kontakt så man hade fått bästa möjliga vård.

Att de borde skaffa fotbollskanalerna på TV:n.

De spärrar vissa sidor.

[Beskriver historik, diagnoser och symptom] ... har en stark känsla av att bli övergiven – så ni kan ju fatta hur det skulle kännas om de skulle skriva ut mig härifrån. Skulle jag bli utskriven nu kommer jag gå direkt till systemet.

Våldsamheter förekommer här ibland. Det kan finnas personer här ibland som jag är rädd för.

Bra att veta när man ska skrivas ut och sedan så behöver dom också göra något åt röksituationerna. Det är väldigt bråkigt och skrikigt i dessa situationer, även om jag själv inte är rökare.

4 Brukarrevisorernas förslag och reflektioner

När brukarrevisorerna samlades för att diskutera utvecklingsförslag pendlade samtalet mellan konkreta utvecklingsförslag och mer generella funderingar kring hur man kan förstå verksamheten på avdelning 30 B. Kapitel 4 är därför indelad i en del med konkreta utvecklingsförslag och en del med mer allmänna reflektioner.

4.1 Konkreta utvecklingsförslag

4.1.1 *Vårdmiljö/Lokaler/Kost*

Flera brukare lyfter att lokalerna är kala och tråkiga. Ett sätt att åtgärda detta utan att försvåra för de patienter som behöver miljöer med få sinnesintryck är att använda sig av en projektor för digital bildvisning i allmänna utrymmen. Den är möjlig att stänga av om någon helt behöver vila från sinnesintryck. Det blir också möjligt att variera rummets utseende med naturmotiv, konst, eller vid årstidsväxlingar/högtider. Sådana projektorer används ibland i andra vård- och rehabiliteringsmiljöer.

Det skulle också vara möjligt att ha ett litet förråd med affischer, bonader och annat som man kan få låna för att göra de egna rummen mer personliga och hemtrevliga under vistelsen.

Även om lokalerna i det stora kan behöva vara avskalade borde det gå att göra vissa ytor mer rika på sinnesintryck. Går det att göra någon del av lokalen mer levande?

Maten på avdelningen får ett gott betyg. Portionerna upplevs av vissa som för små. Om det inte går att öka portionsstorleken borde gå att ha ett större utbud av tillbehör, sallader och bröd.

En informant uttryckte att den inte hade fått frågan om den hade behov av specialkost. Brukarrevisionsgruppen tycker att det är viktigt att det finns rutiner för att säkerställa att sådana behov fångas upp. Om det är svårt för patienten att hantera information vid inskrivning bör frågan upprepas vid senare tillfälle. Det är viktigt att information både förmedlas muntligt och finns tillgänglig i text.

4.1.2 *Aktiviteter*

Flera av de intervjuade lyfter bristen på aktiviteter – både i form av fysisk aktivitet, tidsfördriv och behandling.

Bristen på fysisk aktivitet skulle kunna åtgärdas med något gåband/löpband eller motionscykel. Skulle det vara möjligt att de patienter som kan hantera det får använda det träningsutrymme som finns i samma byggnad? Även patienter som uttrycker att de är på avdelningen frivilligt uttrycker att de endast kan gå ut i samband med schemalagda rökpauser. Är detta en regel som måste gälla för alla patienter eller finns det utrymme att anpassa promenader/utomhusvistelse efter patienternas individuella förutsättningar? Skulle det var möjligt att prioritera fler promenader med personal?

Ett större utbud av tidsfördriv borde gå att ordna utan att det skulle innebära några större kostnader. Utlåning av böcker och tidningar, ljudböcker, spel och kreativt pyssel, samt hörlurar.

Det kan vara bra att se över möjligheten att bjuda in någon yrkeskategori som regelbundet kan komma till avdelningen och hålla i ett pass om till exempel yoga, mindfulness, Qigong eller kortare föreläsningar i social omvärldsorientering, beroende etc? Vi tänker framför allt på yrkesgrupper som psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Möjlighet finns också att bjuda in de olika brukarföreningarna som är medlemmar i NSPHiN.

Vad gäller efterfrågan på mer behandlande aktiviteter diskuterar vi detta mer i de avslutande reflektionerna.

4.1.3 Information/Delaktighet/Vård/Behandling

Brukarrevisionsgruppen tycker att det verkar finnas ett problem med information och delaktighet på avdelningen, både vad de individuella vårdplanerna och de gemensamma ramarna på avdelningen. Många informanter berättar att det inte vet hur deras plan ser ut. Flera uppger att de är på avdelningen frivilligt och att målet är vidare behandling eller boende efter vistelsen på avdelningen, men planerna verkar vaga och har sällan några tidsangivelser. Bristerna i information om hur avdelningen fungerar och vad man kan förvänta sig visar sig till exempel i att det verkar oklart vad som gäller för rökpauser och möjligheter till promenader och vilka orsaker som finns till begränsningarna.

Brukarrevisionsgruppen föreslår därför att personalen arbetar mer med att regelbundet gå igenom vårdplanen med patienter. För de patienter som önskar bör det också finnas utarbetas en krisplan för hur patienten vill bli bemött i en svår eller kritisk situation. Individerna bör under sin tid på avdelningen ges möjlighet att lära sig verktyg, färdigheter och strategier att hantera sitt dåliga mående på.

Information om hur avdelningen fungerar (rökpauser etc.) och vad man kan förvänta sig av sin vistelse bör kommuniceras både muntligt och skriftligt. I denna information bör det också finnas information om vad som gäller om man önskar stöd från stödperson, sjukhuskyrka etc.

Undersök vilka material från olika brukarföreningar som skulle passa på avdelningen och som personal skulle kunna tipsa patienterna om. SHEDO har till exempel en färdighetslista för hur man kan hantera och stå ut med starka känslor som man kan skriva ut från deras hemsida.

4.1.4 Trygghet/Bemötande/Kompetens

Brukarrevisorerna tycker att det är mycket positivt att informanterna i hög grad berättar att de känner sig trygga på avdelningen och att de litar på att de skulle få stöd av personalen om det skulle uppstå en orolig situation. Informanterna berättar också att de fritt vågar berätta vad de tycker om vården och avdelningen för personal. Några lyfter

dock att det ibland är oroligt och någon kopplar detta till att det kommer nya patienter från den andra avdelningen på helgerna.

När det gäller kompetens uttrycker informanterna att den varierar bland personalen och några beskriver att det har varit rörigt i organisationen en tid och att personal har slutat och att det har drabbat patienterna. Brukarrevisorerna konstaterar att en fast personalgrupp med få inslag av vakanta tjänster och stafettpersonal är en förutsättning för en långsiktig kompetensutveckling hos personalen.

4.1.5 Avslutande frågor

Brukarrevisionsgruppen ser allvarligt på att det framkommer att det delas ut medicin öppet på avdelningen inför andra. Detta bör åtgärdas av integritetsskäl.

4.2 Generella reflektioner

Under brukarevisionsgruppens möte om utvecklingsförslag landade frågan om något var ett problem eller inte ofta i ett ”det beror på”. Är detta en avdelning där patienter ska vistas en kort tid för tillnyktring/avgiftning inför behandling inom andra verksamheter eller är detta en avdelning där patienter ska få vård och behandling för skadligt bruk och beroende, och även annan psykisk ohälsa? Och är det en avdelning som också ska täcka upp för kommunernas hemlöshetsproblematik och bemanningsproblem vid andra delar av regionens psykiatri? Den oklarhet vi upplever kring avdelningens syfte verkar vi dela med de intervjuade patienterna.

Denna oklarhet har gjort det svårt att bedöma om de begränsningar i avdelningens aktivitet och behandling som brukarna berättar om är rimliga utifrån korta vårdtider där andra verksamheter ska ta vid och ge mer långvarig behandling, eller om det är en brist i vården på avdelningen. Några informanter uttryckte till exempel önskemål om andra behandlingsinslag som psykoterapi och KBT. Om det är relevant eller inte för avdelningen måste bero på den större vårdkedja som avdelningen är del i. Samtidigt borde tiden kunna utnyttjas bättre än till ”väntan”, även om den långsiktiga behandlingen planeras ske inom annan verksamhet.

Att vi i brukarrevisionsgruppen hade fått olika bilder av vad verksamheten är och bör vara visade sig också i mer vardagliga exempel från intervjuerna som när vi diskuterade om det bör finnas TV på rummet eller om lokaler och aktiviteter i stället bör uppmuntra till gemenskap mellan patienterna. Om det finns en tanke hos verksamheten om att gemenskap bör uppmuntras som en del i en positiv vårdmiljö bör den visa sig både i ett utbud av spel, pysselmateriel etc. som uppmuntrar till gemenskap och i personalens förhållningssätt, och inte bara i avsaknad av tidsfördriv (TV) på rummet. Sådana vägval bör också formuleras så att det blir tydligt för patienterna varför avdelningen fungerar på ett visst sätt och vad de kan förvänta sig och inte.

Brukarrevisionsgruppen reagerade på att två av personerna varken kunde ange en hemadress eller en mejladress och gruppen reflekterade över att hemlöshet, eller risk för hemlöshet, verkade vara en realitet bland flera av informanterna. Någon beskrev det till och med som att hemlöshet var orsaken till vistelsen på avdelningen. Detta skapar förstås

frågor om det kan finnas brister i samverkan med kommunerna och/eller i kommunernas ansvarstagande som ger en situation där brukarna kan beskriva en psykiatrisk avdelning som en tillfällig lösning på en hemlöshetsproblematik snarare än som vård/behandling för skadligt bruk och beroende eller annan psykisk ohälsa.

5 NSPHiN tipsar

Nu är det upp till verksamheten att ta tillvara den kunskap om brukarnas erfarenheter och åsikter och de utvecklingsförslag som brukarrevisionen har gett och jobba vidare med att förbättra avdelningen med brukarna i fokus. I brukarrevisionen ingår ett återbesök inom ett år från resultatrapporteringen där vi kan diskutera vad brukarrevisionen har lett till och vad som har förändrats.

På den nationella föreningen NSPH-s hemsida (<https://nsph.se/>) finns rapporter och annat material som kan vara användbart i ett utvecklingsarbete med brukarna i fokus. Bland annat finns förslag på metoder och verktyg för brukarinflytande på <https://nsph.se/sa-har-paverkar-vi/metoder-verktyg/>.

På vår regionala hemsida <https://nsphnorrbotten.se/> finns information om vad som händer inom brukarrörelsen i Norrbotten och kontaktuppgifter och länkar till våra medlemsorganisationer. Där kommer också denna, och kommande, brukarrevisioner publiceras.

Mer kunskap om brukares erfarenheter av olika verksamheter kan man även få av brukarrevisioner från andra regioner. NSPH Västra Götaland publicerar sina brukarrevisioner på <https://nsphvastragotaland.se/material/slutrappporter/> och NSPH Skåne på <https://xn--nsphskne-f0a.se/verksamheter/brukarrevision/>.

Medlemsorganisationer NSPH i Norrbotten

