



Bilaga 6 Utskick till deltagare

Prioritering av utvecklingsfrågor inom BUP heldygnsvård -information till deltagare och lista med frågor/teman

Innehåll

Mål med projektet.....	1
Upplägg på prioriteringen	2
Projektets upplägg med tidplan	2
Gör så här	2
Lista över frågor för prioritering inom BUP heldygnsvård (tabell 1 och tabell 2)	3
Tabell 1. Övergripande frågor	3
Tabell 2. Övergripande frågor och underfrågor	6
Om SBU, Socialstyrelsen och metoden vi använder i projektet.....	79
SBU och Socialstyrelsen.....	79
James Lind Alliance metod	79

Vid frågor kontakta gärna:

Projektledare

Karin Rydin

Marie Österberg

Projektadministratör

Sara Fundell

I projektledningen ingår även:

Birgitta Lindelius, Socialstyrelsen

Nathalie Sundberg, patientsakkunnig

Susanne Buchmayer, sakkunnig från professionen

Mål med projektet

Målet med detta projekt är att ta reda på vad du som har erfarenhet av BUP heldygnsvård anser vara viktigast att få mer kunskap om inom området. SBU och Socialstyrelsen kommer sedan på olika sätt att arbeta vidare med de frågor/teman som särskilt lyfts fram. Resultatet kommer också att spridas till forskningsfinansiärer, forskare, kliniskt verksamma vårdgivare,

patienter och närstående. Det kommer förhoppningsvis att påverka vilken forskning som prioriteras och får anslag, vilket i förlängningen gör att vi får bättre kunskap om vilken vård och vilka insatser som faktiskt fungerar bäst.

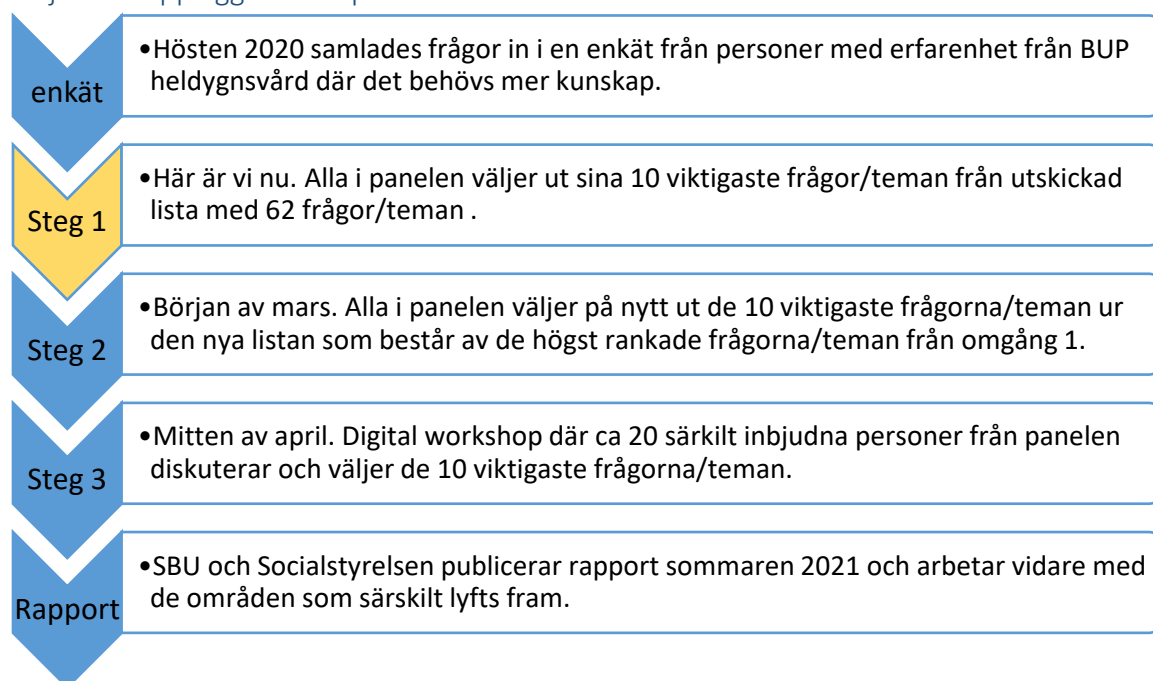
Upplägg på prioriteringen

De utvecklingsfrågor som du nu ska välja bland har samlats in genom en enkätundersökning på SBU:s hemsida hösten 2020. Det har kommit in många svar från både patienter, anhöriga, vårdpersonal och forskare. Vi har gått igenom alla svar och har utifrån detta lagt ihop 62 övergripande frågor/teman som du nu ska välja bland.

Första delen i valet av frågor är en webbprioritering i två omgångar (se figur 1). Alla som anmält sitt intresse att vara med ingår i en panel av deltagare som väljer ut vilka frågor de tycker är viktigast (steg 1 och steg 2). Panelen består av personer med erfarenhet från BUP heldygnsvård som patienter, anhöriga och vårdpersonal.

Slutligen kommer de frågor som rankats högst efter steg 1 och 2 att diskuteras under en workshop där en mindre utvald grupp på ca 20 personer deltar (steg 3). Målet är att ta fram en topplista med de tio viktigaste frågorna/teman inom BUP heldygnsvård. De som ska delta i workshopen har fått en särskild inbjudan om detta.

Projektets upplägg med tidplan



Figur 1. Projektets upplägg med tidplan

Gör så här

- Läs igenom listan med de 62 frågorna/teman i **tabell 1**. Är någon av dessa frågor/teman oklara eller om du vill ha en djupare förståelse för vad som ingår kan

du läsa **tabell 2**. Här finns mer detaljerade underfrågor samt vissa exempel som inkommit från enkäten.

- Markera de 10 frågor/teman från listan där du tycker att det finns störst behov av ny kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård. Dina val av frågor anger du i den webbenkät som skickats ut i ett separat mejl den 16 februari. Sista svarsdatum är den 7 mars.
- Hur du väljer ut de viktigaste frågeställningarna är upp till dig, vissa personer vill diskutera detta med familj, vänner eller kollegor, medan andra gör sina val helt på egen hand.

Lista över frågor/teman för prioritering inom BUP heldygnsvård (tabell 1 och tabell 2)

- De 62 frågorna/teman har delats in i olika kategorier för att underlätta läsningen, men har i övrigt ingen rangordning. De olika kategorierna är:
 - Diagnostik, utredning och inläggning, fråga 1–12
 - Behandling, fråga 13–20
 - Bemötande, fråga 21–25
 - Information och delaktighet för patienter och anhöriga, fråga 26–31
 - Vårdmiljö, trygghet och patientsäkerhet, fråga 32–38
 - Arbetsmiljö, organisation, resurser och kompetens, fråga 39–50
 - Samverkan med andra aktörer vid beslut om inläggning och behandling, fråga 51–56
 - Tvångsvård och tvångsåtgärder, fråga 57–62

Tabell 1. Övergripande frågor/teman

Fråga/tema för prioritering	
Diagnostik, utredning och inläggning	
1	Kunskap om vilka patienter som har behov av BUP heldygnsvård och kriterier för inläggning.
2	Finns det diagnoser, symtom eller grupper av patienter som mer regelbundet inte utreds och skrivs in för vård inom BUP heldygnsvård t.ex. ur ett könsperspektiv, asylsökande eller barn/ungdomar som vårdas inom SiS?
3	Kunskap om vilka bedömningsinstrument och skattningsformulär som är mest tillförlitliga inom BUP heldygnsvård?
4	Specifik kunskap om bedömning av ångest och depression och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.
5	Specifik kunskap om bedömning av autism och annan samsjuklighet och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.
6	Specifik kunskap om bedömning av ätstörningar och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.
7	Specifik kunskap om bedömning av suicidrisk och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.
8	Specifik kunskap om bedömning av självskadebeteende och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.
9	Vilken effekt har brukarstyrd inläggning (självinläggning av patienter) inom BUP heldygnsvård?

10	Kunskap om djupgående utredning som pågår kortare eller längre tid under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård och även tar in sociala faktorer t.ex. hemförhållanden och livssituation som kan påverka barnets mående.
11	Vilken effekt har strukturerade diagnosprogram för BUP heldygnsvård och vilka delar behövs för olika typer av diagnostik?
12	Kunskap om särskiljande av sjukdomar med likartade symtom (differentialdiagnostik) vid komplex diagnostik inom BUP heldygnsvård.
Behandling	
13	Kunskap om vilken vård som är meningsfull inom BUP heldygnsvård, dvs. hur kan innehållet i heldygnsvården läggas upp och utvecklas?
14	Vad är effekten av att vårdas i BUP heldygnsvård samt betydelse av vårdtidens längd? När bör man skrivas ut?
15	Hur kan BUP heldygnsvård utvärderas utifrån patienter och anhörigas upplevelse av vården?
16	Kunskap om behandling vid olika diagnoser, problematik och samsjuklighet som förekommer inom BUP heldygnsvård t.ex. ätstörningar, självskadebeteende och autism.
17	Vilken effekt har psykologisk behandling inom BUP heldygnsvård t.ex. samtalsbehandling, DBT, KBT?
18	Vilken effekt har läkemedelsbehandling inom BUP heldygnsvård?
19	Vilken effekt har annan behandling än läkemedel och psykologisk behandling inom BUP heldygnsvård? Exempelvis bildterapi, fysisk aktivitet, djurterapi, elbehandling (ECT)?
20	Vilket stöd bör anhöriga få när inläggningen pågår inom BUP heldygnsvård?
Bemötande	
21	Kunskap om bemötande/förhållningssätt inom BUP heldygnsvård utifrån samtliga förekommande diagnoser och specifik problematik inom psykiatri.
22	Effekt av metoder för att hantera och bemöta hot och våld inom BUP heldygnsvård, t.ex. Safewards-och Bergenmodellen?
23	Kunskap om vad som är ett bra bemötande vid inläggning och under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård utifrån ett patientperspektiv.
24	Kunskap om bemötande av patienter som blivit utsatta för våld, övergrepp eller traumatiska händelser (både innan och under vårdtiden i BUP heldygnsvård).
25	Kunskap om bemötande av anhöriga/hela familjer i kris vid bedömning av behov av inläggning och under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård.
Information och delaktighet för patienter och anhöriga	
26	Kunskap om hur syftet med inläggningen på BUP heldygnsvård samt plan för innehåll görs tydligt för både vårdgivare och patienter t.ex. genom en vårdplan.
27	Kunskap om hur information ges på ett bra sätt till patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård och vad den bör innehålla.
28	Kunskap om hur patienter kan göras delaktiga inom BUP heldygnsvård.
29	Kunskap om vad anhörigas/föräldrars roll är inom BUP heldygnsvård och på vilket sätt de kan göras delaktiga?
30	Kunskap om olika specifika metoder och förhållningssätt för ökad delaktighet för patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård, exempelvis BISAM-möte, vårdmöten/vårdplaneringsmöten och motiverande samtal (MI).
31	Kunskap om hur samverkan med anhöriga/föräldrar kan ske utifrån barnets önskemål och behov vid inläggning och behandling inom BUP heldygnsvård.
Vårdmiljö, trygghet och patientsäkerhet	

32	Kunskap om lokalernas fysiska utformning exempelvis inredning och dess betydelse för att skapa en bra vårdmiljö inom BUP heldygnsvård.
33	Vad är effekten av att patienter kan gå ut/möjlighet till utevistelse inom BUP heldygnsvård?
34	Hur skapas förutsättningar för en bra fysisk, psykisk och social vårdmiljö dvs. både lokaler, aktiviteter, stämning, känsla av trivsel etc. inom BUP heldygnsvård?
35	Kunskap om matens betydelse och miljön den serveras i inom BUP heldygnsvård.
36	Kunskap om vad som skapar trygghet respektive otrygghet för patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård.
37	Vilka åtgärder är effektiva för att minska risken för att patienter utsätts för våld, hot, sexuella övergrepp eller trakasserier inom BUP heldygnsvård?
38	Kunskap om definition av vad patientsäkerhet är inom BUP heldygnsvård samt rutiner och riktlinjer kring detta. I vilket syfte det ska skrivas avvikelser och vad och hur det ska dokumenteras?
Arbetsmiljö, organisation, resurser och kompetens	
39	Vad är en god arbetsmiljö för personalen inom BUP heldygnsvård och hur påverkar det möjligheten att ge vård?
40	Vilka yrkeskategorier behövs inom BUP heldygnsvård, vilka roller ska de ha och vilken kompetens krävs för att bedriva heldygnsvård med god kvalitet? Exempelvis betydelse av att psykolog och socionom medverkar, effekt av specialisering av sjuksköterskor och skötare samt personalens kunskaper inom barn-ungdomspsykiatri.
41	Vilken effekt har arbete i professionsteam vid utredning och behandling inom BUP heldygnsvård?
42	Vilken effekt har kontinuitet i personkontakter under utredning och behandling inom BUP heldygnsvård?
43	Kunskap om hur informationsöverföring kan förbättras mellan personalen om patienter inom BUP heldygnsvård.
44	Vilka former på kompetensutveckling behövs och hur möjliggöra kompetensutveckling inom BUP heldygnsvård?
45	Vilken effekt har utbildning, stöd, handledning, och reflektionstider för att främja ett gott bemötande av patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård?
46	Hur påverkar organisation samt resurser (t.ex. bemanning, samordnad personal, vårdplatser) inom BUP heldygnsvård möjligheten att ge vård av god kvalitet?
47	Hur motverka patienters och anhörigas upplevelse av att man inte får plats för inläggning eller blir hemskickad från BUP heldygnsvård p.g.a. för få platser eller otillräckliga resurser?
48	Hur minskas långa väntetider och förbättras miljön i väntrum för patienter och anhöriga vid inläggning på BUP heldygnsvård?
49	Vad är effekten av att blanda patienter med olika typer av diagnoser, åldrar och problem inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse av detta?
50	Vad är effekten av att blanda barn med vuxna patienter inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse av detta?
Samverkan med andra aktörer vid beslut om inläggning och behandling	
51	Kunskap om vilka förutsättningar som krävs i organisationen inom BUP heldygnsvård för samverkan med andra aktörer och hur kan nya former för samverkan utvecklas?
52	Kunskap om hur samverkan kan organiseras mellan olika aktörer utanför sjukvården (socialtjänst, skola, polis) vid inläggning och behandling inom BUP heldygnsvård?

53	Kunskap om hur samverkan med öppenvården kan organiseras vid inläggning och behandling samt vid uppföljning efter BUP heldygnsvård.
54	Kunskap om hur samverkan mellan BUP heldygnsvård och annan vårdavdelning (t.ex. akuten, eller annan somatisk sjukvård) kan organiseras?
55	Kunskap om hur BUP heldygnsvård och vuxenpsykiatri kan samverka vid övergång.
56	Kunskap om samverkan mellan olika kommuner eller regioner kring en patient och hur påverkas vården av att alla regioner inte har BUP heldygnsvård?
Tvångsvård och tvångsåtgärder	
57	Kunskap om vad lagen om tvångsvård innebär och hur den ska tillämpas inom BUP heldygnsvård.
58	Kunskap om vad som gör att tvångsåtgärder ökar samt vad som gör att tvångsåtgärder minskar (förebyggande) inom BUP heldygnsvård.
59	Vad är effekten av att få tvångsvård inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse?
60	Vad är effekten av tvångsåtgärder (t.ex. sondmatning eller bältning) inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse?
61	Kunskap om hur insatser och bemötande av patienter kan utvecklas under och efter tvångsåtgärder inom BUP heldygnsvård.
62	Kunskap om hur patienter och anhöriga får information om tvångsvård och tvångsåtgärder inom BUP heldygnsvård och hur de görs delaktiga.

Tabell 2. Övergripande frågor/teman och underfrågor

ID	Fråga	Exempel på underfrågor
Diagnostik, utredning och inläggning		
1	Kunskap om vilka patienter som har behov av BUP heldygnsvård och kriterier för inläggning.	<p>Generellt -när ska patienter slutenvårdas och när ska de INTE det?</p> <p>-Ska man läggas in tidigare?</p> <p>-Vilken nivå av sjukdom kräver inläggning?</p> <p>-Hur sker diagnostik inom slutenvården?</p> <p>Gör vi rätt saker?</p> <p>-Vad krävs för att patienten ska få tillgång till slutenvård? Är det andra saker än vårdbehovet som styr?</p> <p>-Hur kan inläggning ske för olika tillstånd för att inläggning och bedömning inte ska bli traumatiskt/skapa trauma för patienten eller anhöriga</p> <p>-Diagnossättning vid tvångsvård</p> <p>-Screening gällande trauma vid inläggning, förståelse för det autonoma nervsystemet och kamp- och flyktreaktioner som uppstår vid trauma</p> <p>-Vilken kompetens och erfarenhet gällande barn/unga behövs för att kunna ställa diagnos</p> <p>-Skiljer sig bedömningar /diagnossättning beroende på kompetens hos personalen</p>

		<p>-Finns det en överdiagnosticering hos vissa vårdgivare eller privata aktörer</p> <p>-Vilken effekt skulle en tidig inläggning ha, dvs att patienten blir inlagd i ett tidigare skede/tidigt i sin behandling</p> <p>-Kunskap för primärjourer att bedöma och kommunicera bedömningen med patient, anhörig och polis i de fall ingen inläggning bedöms behövas.</p> <p>Bedömning av behov av inläggning för olika problem/diagnoser:</p> <p>-Intox/överdos/påverkad</p> <p>-Våldstendenser/ svåra utbrott</p> <p>-Låg ålder</p> <p>-Vid misstänkt PANS/PANDAS autoimmun encefalit</p> <p>-Vid samsjuklighet</p> <p>-Svår depression</p> <p>-Ångest</p> <p>-Autism och samtidig selektiv mutism</p> <p>-Autism, ADHD och ätstörning</p> <p>-Autism</p> <p>-NDD (Neurodevelopmental disorders) olika kognitiva nedsättningar</p> <p>-Bedömning av anorexia</p> <p>-Bedömning av ätstörning</p> <p>-Anorexi (BMI värde)</p> <p>-Ätstörning med cirkulatorisk påverkan/låg hjärtfrekvens</p> <p>-Anorexia med samtidig svår ångestproblematik</p> <p>-Anorexi samtidig ångest och suicidtankar</p> <p>-Ätstörning m depression samt suicidrisk</p> <p>-Suicidrisk</p> <p>-Suicidförsök</p> <p>-Självordsbenägen</p> <p>-Suicidförsök/tankar och låg ålder</p> <p>-Suicid/ misstanke om försök till suicid efter trauma</p> <p>-Självskaðebeteende</p> <p>-Kunskap om fördelar och nackdelar med att sätta borderline diagnos på ungdomar under 18 år?</p>
2	Finns det diagnoser, symtom eller grupper av patienter som mer regelbundet inte utreds och skrivs in för vård inom BUP heldygnsvård till exempel ur ett könsperspektiv, asylsökande eller barn/ungdomar som vårdas inom SiS?	<p>-Finns det diagnoser/symtom som mer regelbundet inte skrivs in för vård?</p> <p>-Kunskap om utredning av patienter inom heldygnsvården ur ett könsperspektiv. Blir pojkar diskriminerade?</p>

		-Hur bör patienter vilka riskerar att hamna mellan olika stolar behandlas och bemötas, hur ska dessa bedömas utifrån sina egna behov och inte utifrån sin grupptillhörighet ex patienter med samtidigt substansmissbruk, SiS placerade, asylsökande etcetera
3	Kunskap om vilka bedömningsinstrument och skattningsformulär som är mest tillförlitliga inom BUP heldygnsvård?	<p>Vilka bedömningsinstrument som är mest tillförlitliga?</p> <p>-Vilka bedömningsinstrument man kan använda vid observation av eventuellt diagnos?</p> <p>-Vad olika skattningsformulär bidrar med för att ställa diagnos?</p> <p>-Validering av instrument för suicidrisk</p> <p>-Kunskap hos chefer kring vilka bedömningsverktyg som har evidens gällande diagnostik samt implementering av dessa</p> <p>-Vilka bedömningsinstrument är validerande för en slutenvårdspopulation?</p> <p>-Vilka begränsningar finns vad gäller tolkning av resultat?</p> <p>-Vilka bedömningsinstrument skattningsformulär är användbara inom slutenvård och kan samtidigt vara till nytta inför fortsatt insats i öppenvård efter utskrivning</p> <p>Kunskap om samt användande av:</p> <p>-MADRS</p> <p>-SIS</p> <p>-PANS</p> <p>-K-SADS</p> <p>-DAWBA</p> <p>-ADOS-2</p> <p>-ADI-R</p> <p>-ABAS-II (adaptivt fungerande)</p> <p>-BRIEF-2 (exekutiva funktioner)</p> <p>-Begåvningsstest som Wechslerskalorna och icke-verbala begåvningsstest som SON-R</p> <p>-Effekt av att göra wisc om IF misstänks?</p> <p>-Skattningsskalor som mäter adaptiv förmåga, exekutiva funktioner, sociala beteenden</p>
4	Specifik kunskap om bedömning av ångest och depression och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.	<p>-Svår depression</p> <p>-Ångest</p>

5	Specifik kunskap om bedömning av autism och annan samsjuklighet och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.	<ul style="list-style-type: none"> -Autism och samtidig selektiv mutism -Autism, ADHD och ätstörning -Autism -NPF -Kunskap gällande autism och diagnosticering av autism hos svårt sjuka patienter -Kunskap om att ångest/depression kan ta atypiska uttryck vid autism eller intellektuell funktionsnedsättning vid bedömning av läkare eller psykolog
6	Specifik kunskap om bedömning av ätstörningar och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.	<ul style="list-style-type: none"> -Bedömning av anorexia -Bedömning av ätstörning -Anorexi (BMI värde) -Ätstörning med cirkulatorisk påverkan/låg hjärtfrekvens -Anorexia med samtidig svår ångestproblematik -Anorexi samtidig ångest och suicidtankar -Ätstörning m depression samt suicidrisk
7	Specifik kunskap om bedömning av suicidrisk och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.	<ul style="list-style-type: none"> -Suicidrisk -Suicidförsök -Självmondsbenägen -Suicidförsök/tankar och låg ålder -Suicid/ misstanke om försök till suicid efter trauma
8	Specifik kunskap om bedömning av självskadebeteende och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.	<ul style="list-style-type: none"> -självskadebeteende
9	Vilken effekt har brukarstyrd inläggning (självinläggning av patienter) inom BUP heldygnsvård?	<ul style="list-style-type: none"> -Brukarstyrd inläggning -Effekt av självinläggning av patienter -Hur kan brukarstyrd inläggning/möjlighet till brukarstyrd inläggning medverka i delaktighet för patienter och anhöriga <p>Exempel från patienter och anhöriga <i>BUP-slutenvård behöver jobba mer med självinläggning. de pratade med mig och mina föräldrar och vi skrev tillsammans ett kontrakt.</i></p>
10	Kunskap om djupgående utredning som pågår kortare eller längre tid under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård och även tar in sociala faktorer till exempel hemförhållanden och livssituation som kan påverka barnets mående.	<ul style="list-style-type: none"> -Hur kan diagnosprocess/utredning individanpassas -Skilja mellan faktisk psykisk sjukdom hos barnet, och sociala faktorer som påverkar barnets mående. Om barnet har problem hemma som kan ligga till grund för stora delar av problematiken riskerar vi såväl feldiagnostik som dålig behandlingseffekt och, viktigast av allt, en ungdom som inte

		<p>känner sig sedd och som kanske inte återfår tilliten till vården fullt ut.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Går det att koncentrerat ringa in patientens svårigheter (utredning)? -Förståelse på djupet av patientens svårigheter, symtom och situation behövs, ej allt för mycket fokus på diagnos. -Hur göra en bedömning av eventuella risker i hemmiljön vid bedömning av behov av inläggning på heldygnsvård? -Vilken effekt har en mer ICF inriktad diagnostik, diagnostik om funktionsförmågor, funktionell analys, styrkor/svagheter/intressen/preferenser -Kunskap kring hur symtom skiftar i akut och behandlingsfas, bedömning/omprövning av eventuell diagnos -Vilken effekt skulle tillfälliga diagnoser vilka sätts av BUP öppenvård (med möjlighet till revidering av BUP heldygnsvård) och som omprövas regelbundet ha för möjlighet att snabbare kunna sätta in rätt vårdinsatser både som ineliggande och vid mobilisering inför utskrivningen -Hur stor möjlighet finns att inom heldygnsvården göra fullständiga utredningar -När bör diagnos sättas, av vem bör diagnos sättas och på vilka grunder. När bör diagnoser inte sättas alternativt när bör man avvakta diagnos, vilka eventuella effekter kan en diagnos alternativt avsaknad av diagnos få. Vikt av diagnostisk dokumentation både gällande resonemang vid avvaktan av diagnos som vid beslut om diagnos -Vilken effekt har brist på diagnos alternativt för många diagnoser på möjlighet till behandling och tillfrisknande -Hur kan man inom BUP heldygnsvård göra bedömningar gällande den kris som ungdomen (inte så ofta som barn under 12-13 år vårdas i slutenvården) och närstående befinner sig i och hur kan den hanteras så att tiden i akutvården blir så konstruktiv som möjligt
--	--	---

		<p>-Hur utreds eventuell traumatisering samt sårbarhetsfaktor</p> <p>-Vilken påverkan har djupare intervju för att undersöka uppgifter från familjen</p> <p>Exempel från patienter och anhöriga</p> <p>-<i>Risksituation hemma</i></p> <p>-<i>Vägrade åka hem pga. hemförhållanden</i></p> <p>-<i>tycker man borde kartlägga barnets situation, problem, hemmiljö, andra viktiga personer och försöka se hur man kan bygga upp ett tryggt nätverk så barnet kan skrivas ut men ändå få tillräckligt med stöd.</i></p>
11	Vilken effekt har strukturerade diagnosprogram för BUP heldygnsvård och vilka delar behövs för olika typer av diagnostik?	<p>-Effekten av utarbetade vårdprocesser vid utredning?</p> <p>-Saknas struktur för bedömning och diagnostik.</p> <p>-Psykologers roll i utformandet av ett mer strukturerat bedömningsförfarande i heldygnsvården</p> <p>-Vilken samlad erfarenhet det finns av utredningar inom heldygnsvård och om dessa kan göras bättre eller effektivare?</p> <p>-Kunskap om kriterier eller utredningsprogram/-paket.</p> <p>-En sammanställning vilka delar behövs för olika typer av diagnostik?</p> <p>-Det finns standardiserade flöden som ex vid neuropsykiatrisk diagnostik men i andra fall gör ju läkare en tolkning av mötet med patient och/ eller anhöriga. Detta kan ju leda till att diagnoser missas.</p> <p>-Behöver vara mer fokus på det friska hos patienten.</p> <p>-Kunskap om när man bör genomföra fördjupade bedömningar (exv. ADHD/autism/intellektuell funktionsnedsättning) inom ramen för vårdtiden i heldygnsvården.</p>
12	Kunskap om särskiljande av sjukdomar med likartade symtom (differentialdiagnostik) vid komplex diagnostik inom BUP heldygnsvård.	<p>-Bör det göras ytterligare bedömningar gällande eventuella differentialdiagnoser/andra problem under vistelsen på BUP heldygnsvård?</p> <p>-Effekter av helhetsgrepp med differentialdiagnostisk diskussion i samband med inläggning, breda barnpsykiatriska utredningar under inläggning</p>

		-Vilken kompetens krävs för att fastställa respektive avfärda psykiatriska diagnoser när det gäller komplexa fall med mycket samsjuklighet
Behandling		
13	Kunskap om vilken vård som är meningsfull inom BUP heldygnsvård, dvs. hur kan innehållet i heldygnsvården läggas upp och utvecklas?	<p>-Vad är syftet med inläggning på BUP heldygnsvård?</p> <p>-Vad är god vård inom heldygnsvården? Vad behöver uppfyllas?</p> <p>-Skiljer insatser sig åt emellan olika BUP slutenvårdsavdelningar vad gäller tex information, samtycke, diagnostik, suicidriskbedömningar, våldsriskbedömningar, tillämpning av LPT, behandlingsinsatser?</p> <p>-Har BUP heldygnsvård ett behandlande uppdrag eller är det endast akutvård där behandling ligger under öppenvården</p> <p>-Ska BUP heldygnsvård ha en avlastande funktion för föräldrar/anhöriga</p> <p>-Vilka framgångsfaktorer finns inom olika enheter gällande BUP heldygnsvård, hur kan man lära av andras framgångsfaktorer och anpassa vården i landet efter dessa</p> <p>-Hur kan jämförelser med andra länder användas för att utveckla BUP heldygnsvård</p> <p>Upplägg och innehåll inom BUP heldygnsvård:</p> <p>-Hur ska man arbeta med att patienter upplever att de inte har fått någon behandling under heldygnsvården?</p> <p>-Hur kan man dokumenteras det som ses i heldygnsvården mer systematiskt så att det kan ligga till grund för eller vägas in i andra senare bedömningar inom öppenvården</p> <p>-Omvårdnad och läkemedel jämfört med att omfatta även psykologisk behandling</p> <p>-I vilken mån kan BUP heldygnsvård medverka till att erbjuda behandlingar som vanligtvis inte erbjuds/ skaffa kunskap om behandlingar utanför ramen som vanligtvis erbjuds.</p> <p>-Effekt av mer dagvård (där patienter sover hemma och är på avdelningen på dagarna)?</p>

		<p>-Hur fyller vi inläggningen med meningsfullt innehåll som är individ och familjeanpassad?</p> <p>-Hur man gör en inläggning till en positiv och konstruktiv period i ungdomens och föräldrarnas liv?</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård arbeta med friskfaktorer /det friska hos patienterna så att de inte bara blev sin sjukdom</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård struktureras gällande unga patienter (innan tonåren) exempelvis behov av lek, effekter av inläggning samt effekter av olika behandlingar</p> <p>-Vilken betydelse har möjlighet till skola under inläggning</p> <p>-Effekt av att samverka med brukarorganisationer för att utveckla heldygnsvården</p> <p>-Vidareutveckling av Stepped care vård när första behandlingen ger svag effekt baserat på adekvat bedömning av utfall</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård arbeta med individuell behandling och ett stort urval (mångfald) gällande behandlingar</p> <p>Kunskap om evidensbaserade metoder (EBM):</p> <p>-Metoder som förebygger återinläggning, suicid hos barn med psykisk ohälsa</p> <p>-Strukturer för att möjliggöra evidensbaserad behandling utöver läkemedelsbehandling inom BUP heldygnsvård</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård effektivt jobba med implementering gällande diagnostiska verktyg samt metoder som har vetenskaplig evidens</p> <p>Exempel från patienter, anhöriga</p> <p><i>-Det första jag minns är att en personal sa att "det här är ju bara förvaring" och så är det ju lite</i></p> <p><i>-vi kände oss otrygga, men framförallt maktlösa då vår dotter inte fick någon behandling, inga samtal, ingen terapi, bara piller</i></p>
14	Vad är effekten av att vårdas i BUP heldygnsvård samt betydelse av vårdtidens längd? När bör man skrivas ut?	<p>Inskrivning, behandling:</p> <p>-Vad som är effektiv heldygnsvård?</p>

		<p>-Vad gör egentligen att ungdomarna mår bättre-dvs vad ska vi ägna oss åt i slutenvården?</p> <p>-Det finns för lite studier om effekter av inläggning inom BUP heldygnsvård</p> <p>-Vilka kompetenser behövs etcetera för att få positiva effekter och undvika de negativa effekterna av att "bo på sjukhus", komma ifrån familj, skola, vänner</p> <p>-När och hur ska insatt behandling/läkemedel utvärderas</p> <p>-Utvärdering av eventuella biverkningar</p> <p>-Utvärdering av kombinationsbehandling</p> <p>-Vilka vårdeffekter samt vårdskador uppkommer efter vård på BUP akutmottagning</p> <p>-Obligatoriskt med utvärdering/skattning av behandlingen både under och efter inläggning</p> <p>-Vilken effekt har ingen behandling/förvaring (känsla av förvaring) under heldygnsvården?</p> <p>-Effekt av olika behandlingar, vad fungerar att ge inom heldygnsvård?</p> <p>-Hur kan man skapa kunskap, utvärdera och öka forskningen på de svårast sjuka patienterna samt de med samsjuklighet samt de med missbruk och suicidrisk</p> <p>-Effekt av Blekingemodellen</p> <p>Vårdlängd, utskrivning:</p> <p>-Vad gör en lång vårdtid med en patient?</p> <p>-Har vårdlängd betydelse för förbättring/försämring?</p> <p>-När ska patienter skrivas ut till öppenvården?</p> <p>-Hur ofta bör en bedömning göras för eventuell fortsatt inläggning exempelvis vid bedömd risk för suicid, vid permissioner där anhöriga påtalar en försämring av patientens mående och därför motsätter sig permission</p> <p>-När anses patienter färdigbehandlade, finns risk att barn/unga, framförallt gällande vissa sjukdomar, räknar ut hur de ska agera för att kunna bli utskrivna</p>
15	Hur kan BUP heldygnsvård utvärderas utifrån patienter och anhörigas upplevelse av vården?	Hur få kunskap om patienternas och anhörigas upplevelse av behandling under heldygnsvården? Vad upplevs som positivt? Vad fungerar mindre bra?

		<p>-När och hur bör utvärdering ske</p> <p>-Strukturerad utvärdering av vårdtiden</p> <p>-Ta in patienter och anhörigas upplevelse och erfarenhet genom tex enkät, skriftlig utvärdering eller patientforum</p> <p>-Uppföljning gällande bemötandefrågor</p> <p>-Hur kan personal, chefer ta tillvara anhörigas synpunkter för utveckling av vården?</p> <p>-Inkludera personal, patienter och föräldrar i utvecklings-och förbättringsarbetet</p> <p>-Information gällande digitala brevlådor ex synpunkter på vården</p> <p>-Hur använder sig BUP heldygnsvård av information som tillhandahålls från brukarråd och patientforum för att utveckla verksamheten</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård tillvarata ungas erfarenheter i utformningen av vården</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Jag är glad att jag har fått bra hjälp.</i></p> <p><i>-Man kan prata skit om vården men de räddade mitt liv.</i></p> <p><i>-Förstår inte deras så kallade behandling som inte ens existerar. Känns som deras strategi är att få en att må så dåligt att man aldrig skulle göra någonting för att riskera att komma tillbaka.</i></p> <p><i>-BUP heldygnsvård har traumatiserat mig för livet. Om det finns något jag velat få gjort i mitt liv så är det vården där</i></p>
16	<p>Kunskap om behandling vid olika diagnoser, problematik och samsjuklighet som förekommer inom BUP heldygnsvård till exempel ätstörningar, självskadebeteende och autism.</p>	<p>Behandling av ätstörningar:</p> <p>-patienter med anorexia nervosa</p> <p>-vård av prepubertala anorektiker. Är det inte ännu viktigare att få en god utveckling i viktkurvan för att kroppen inte ska ta skada?</p> <p>-Hur kan vården individanpassas vid ätstörning exempelvis vid mkt unga, hur intensivt ska man arbeta gällande viktuppgång</p> <p>-Anorexi och samtidig suicidrisk</p> <p>-Flexibilitet kontra strukturerad ätstörningsbehandling då den senare inte är verksam? Gäller särskilt patienter med AST</p> <p>-Vilken effekt/påverkan har olika typer av sondmatning vid ätstörning exempelvis med sondmaskin, innesittande sond</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -När bör sond sättas in (hur bör utredning göras angående behov av denna insats) -Vilken effekt har familjebehandling vid anorexi -Vilken effekt har multifamily-utbildning vid anorexi -Effekt har matschema vid anorexi -Effekt har olika läkemedel vid anorexi exempelvis Olanzapin, Movicool -Vilken betydelse har samtalsstöd inför och efter måltider vid anorexi -Vilken effekt har kroppsuppfattningsterapi vid anorexi -Vilken effekt har olika typer av stöd vid måltider vid ätstörning tex måltidsträning eller att anhörig/förälder äter tillsammans med patienten -Vilken betydelse har psykologiskt stöd vid ätstörning -Vilken effekt har endast matintag (fokus enbart på mat) och inget psykologiskt stöd på ätstörningen -Vilken effekt har intravenös behandling exempelvis glukosdropp, dropp med NaCl, på smärta -Hur tänka kring behov av rörelse alternativt lek vid ätstörning (speciellt gällande yngre patienter) -KBT vid ätstörning -Kunskap om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ätstörning Behandling av självskadebeteende: -Behandling vid självskadebeteende och samtidig beteendeproblematik. -Vilket stöd och läkarkontakt bör patienter med ångest och självskadebeteende ha -Kunskap om behandling vid självskadebeteende Behandling vid autism och annan samsjuklighet: -Behandling vid autism och selektiv mutism -Ätstörning hos patienter med autism -Patienter med autism och utvecklingsstörning. Behandling av suicidala patienter: -Vilken behandling bör ges när patienter är inlagda på heldygnsvård efter akutfas där behandling varit övervakning för suicidrisk Behandling vid ångest:
--	--

		<p>-Hur bör personer med ångest behandlas? -behandling av svår ångest Behandling vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF): -Kunskap om behandling vid NPF problematik och kunskap om kognitiva nedsättningar, användning av olika kognitiva hjälpmedel och visuella hjälpmedel under behandlingen vid kognitiva nedsättningar samt NPF-problematik Behandlingslinje vid samsjuklighet: -Patienter av typen neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF)+ätstörning+tvång+psykos/affektiv problematik) -Ätstörning hos patienter med autism -Behandling av misstänkt PANS/PANDAS</p>
17	Vilken effekt har psykologisk behandling inom BUP heldygnsvård till exempel samtalsbehandling, DBT, KBT?	<p>Vilken typ av psykologisk behandling är möjlig/eftersträvansvärd i slutenvård? -Vad är evidensbaserad psykologisk behandling? Effekt av: -Samtalsbehandlingar -Samtalsstöd till hela familjen -Samtal med behandlare eller psykolog i öppenvården under heldygnsvården -Verktyg för att hantera ångest. -Känsloskola -Gruppterapi -Dialektisk beteendeterapi (DBT) -Mini DBT -Socialpsykiatrisk arbete -KBT -Interpersonell psykoterapi (IPT) -Systematisk behandling exempelvis psykoedukation om ångest -Baspsykopedagogik om exempelvis ångesthantering -Psykosociala terapier Effekt av behandling kopplat till profession/kompetens: -Behandling av psykolog -Behandling av kurator -Dagliga samtal med sjuksköterska jämfört med samtal vid behov/vid tid -Kontaktpersonssamtal med skötare</p>
18	Vilken effekt har läkemedelsbehandling inom BUP heldygnsvård?	<p>-Hur medicinera i akut fas, vad är gynnsamt utifrån biverkningar och synergieffekter?</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Effekt av polyfarmaci -Biverkan av läkemedelsbehandling -Vilken hjälp bör erbjudas vid svåra biverkningar av läkemedel -Behandling vid utsättningssymtom -Hur länge bör psykofarmakabehandling fortgå om patienten inte visar på förbättring? -Långtidseffekter vid läkemedelsbehandling -Läkemedelsbehandling vid somatisk samsjuklighet tex inflammatorisk sjukdom -Justering av läkemedelsdos -Behandling med läkemedel till barn. -Antipsykotiska läkemedelseffekt, nytta och risker för BUP:s slutenvårdspatienter? -Effekt av extra inläggningstid vid insättning av nya läkemedel för att invänta eventuella effekter -Hur kan inläggning inom BUP heldygnsvård användas för mer komplicerade medicininställningar hos patienter där öppenvården har svårt att hitta rätt medicinering <p>Dokumentation, rutiner:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hur bör dokumentation av läkemedelsbeslut i journalen göras? -Rutiner vid läkemedelshantering tex läkemedelskompendium med beslutsalgoritmer som täcker både akut läkemedelsbehandling och det icke akuta -Plan med läkemedelsbehandling och uppföljning
19	<p>Vilken effekt har annan behandling än läkemedel och psykologisk behandling inom BUP heldygnsvård? Exempelvis bildterapi, fysisk aktivitet, djurterapi, elbehandling (ECT)?</p>	<p>Kunskap om alternativ till läkemedelsbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mer kunskap om olika behandlingar i förhållande till medicinering inom slutenvård. -Kunskap om kortare evidensbaserade behandlingar som lämpar sig för akuta tillstånd (utöver medicinering) -Effekt av målsättningar och konkreta insatser för att öka livskvalitet/funktionsförmågor? -Hur ser användandet ut av elbehandling (ECT) ut över landet, finns variationer och i så fall varför <p>Utvärdering effekt av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Musikterapi,

		<ul style="list-style-type: none"> -Bildterapi -Odling/grön terapi -Djurterapi tex vårdhund -Färdighetsträning, -Fysisk aktivitet -Fysioterapi vid olika tillstånd -Hantverksarbete med specialpedagog -Paramedicinsk behandling -Omvårdnadsinsatser -Miljöombyte -Samvaro med personal -Schemalagd tid med kontaktpersoner -Grounding -Avslappning och mediationsformer till exempel yoga, mindfulness, andningsmetoder -Rosenmetoden kroppsbehandling -Struktur och träning gällande vardagsnära aktiviteter som scheman och struktur i vardagen, hygienfrågor -Elbehandling (ECT) -Miljöterapeutiskt tänk -Ångesthantering, ångesttrappan, impulshantering
20	Vilket stöd bör anhöriga få när inläggningen pågår inom BUP heldygnsvård?	<p>Vid olika diagnoser:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vid svår anorexi -Utbildning gällande ätstörningar <p>Effekter av olika stödåtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Samtalsstöd enskilt eller i grupp -Stödterapi -Stödgrupp för föräldrar -Återkoppling kring aspekter i interaktionen -Möjlighet till återhämtning -Avlastningsstöd tex att kunna lämna avdelningen under vårdtiden/vid svårighet att bo med sitt barn under vårdtiden exempelvis pga. ensamstående -Praktisk hjälp vid exempelvis intyg till Försäkringskassan -Stöd vid traumatiska händelser -Stöd till syskon -analyser av barnets beteenden för att förebygga att föräldrarna förstärker destruktiva beteendemönster hos barnet, -hjälp att upprätta fungerande vardagsrutiner -Närståendutbildningar

		<p>-Kunskap kring hur man kan jobba vidare med problematik hemma</p> <p>-Feedback gällande positiva saker i interaktion med patienten samt negativa</p> <p>-För att lära sig hur man kan vårda/ta hand om ett barn med olika psykiatriska sjukdomar</p> <p>-Hjälp att stärkas i föräldrarollen</p> <p>-Vilken effekt har stöd till föräldrar på behandlingsutfallet?</p> <p>-Vilket stöd bör anhöriga få vid utskrivning exempelvis vetskap kring möjlighet till ny inläggning?</p> <p>-Utbildning till anhöriga avseende patientens symtom</p> <p>-Systematiskt arbete kring rutiner och inkludering av föräldrar, patient och samverkan med nätverk och andra aktörer.</p> <p>-Mer evidensbaserade psykologiska interventioner till anhöriga.</p> <p>-Hur kan vården stötta föräldrarna så att de i sin tur kan stötta sina barn</p> <p>Effekter av stöd till anhöriga kopplat till profession/kompetens:</p> <p>-Samtal med arbetsterapeut</p> <p>-Kuratorsstöd</p> <p>-Socionom</p> <p>-Psykolog</p> <p>-Familjeterapeut</p> <p>Exempel på erfarenheter från anhöriga och patienter</p> <p><i>-När barnet blir friskare så kraschar man nästan men bara nästan för annars går det inte. Kniven mot strupen. När jag orkade vända mig till min vårdcentral så förstod de inte att jag behövde återhämta mig. Det förstår inte Försäkringskassan heller.</i></p> <p><i>-Mina föräldrar borde ha fått mycket mera stöd. Både samtalsstöd då det är fruktansvärt tufft att vara i deras situation och hjälp med att fixa intyg till Försäkringskassan och sådana praktiska saker. Det borde finnas obligatorisk familjeterapi då det oftast är hos din familj du behöver bo när du skrivs ut.</i></p>
Bemötande		
21	Kunskap om bemötande/förhållningssätt inom BUP heldygnsvård utifrån samtliga	<p>Kunskap om bemötande utifrån diagnoser/problematik tex:</p> <p>-ätstörningspatienter</p>

	förekommande diagnoser och specifik problematik inom psykiatrin.	<ul style="list-style-type: none"> -neuropsykiatriska diagnoser -personer med svår ångest -Bemötande vid aggressivitet -Utåtagerande eller självskadebeteende -Funktionsnedsättningar -Patienter med ätstörningsproblematik -Kunskap gällande bemötande av patienter som har svårigheter att kommunicera -Kunskap om bemötande för särskilt sårbara patienter med ofta stort vårdbehov och hög risk såsom: asylsökande, SIS-placerade och unga med skadligt bruk/substansbruk -Kunskap om bemötande utifrån den personen och de särskilda omständigheterna som finns, istället för kunskap utifrån diagnos -Hur bemötandet kan bli mer effektivt i kontakt med olika diagnoser men även utifrån varje enskild persons behov och önskemål. <p>Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vilken påverkan har ledning samt ledningskultur på avdelningarnas bemötande av patienter och anhöriga -Finns skillnader i bemötande beroende på om avdelningen har tydliga strukturer, riktlinjer och rutiner.
22	Effekt av metoder för att hantera och bemöta hot och våld inom BUP heldygnsvård, till exempel Safewards-och Bergenmodellen?	<ul style="list-style-type: none"> -Safewards och starwards för att minska hot och våld och öka tryggheten. -Lågaffektivt bemötande -Bröset violent check -Bergenmodellen
23	Kunskap om vad som är ett bra bemötande vid inläggning och under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård utifrån ett patientperspektiv.	<ul style="list-style-type: none"> Kunskap om vad som upplevs som ett bra respektive dåligt bemötande av patienter -Vilken betydelse har bemötandet på behandlingsutfall och det långsiktiga tillfrisknandet? -Vilken effekt har kommunikation mellan patient och vårdpersonal på tillfrisknande och förändring -Hur påverkar bemötandet vid inskrivningen patienterna? -Hur kan personal och patienter tillsammans hitta en bra medelväg så alla känner sig trygga och delaktiga utifrån sina förutsättningar? -Hur påverkas vård samt bemötande av att vårdpersonal blir kompis med patienter

	<p>-Kunskap om hur patienter kan göras delaktiga i att berätta hur de önskar bli bemötta</p> <p>-Vilken betydelse har uppbyggd relation och tillit mellan patient och personal för behandlingsresultat?</p> <p>-Effekt av bemötande som grundas i ett tvärvetenskapligt synsätt där både medicinska, sociala o psykologiska aspekter finns med</p> <p>-Kunskap om hur rasism kan vara med att påverka och värderingar kring socialt utsatta familjer och bemötande av dessa (båda i form att man kan ha med sig åsikter, fördomar som kan påverka behandlaren bedömning, men också om själv utsätts för rasism från patient/anhöriga-hur det kan påverka)</p> <p>-Kunskap i hur man bemöter patienten med respekt och inte förminskar patientens ångest eller dåliga mående att exempelvis inte bli arg, skuldbelägga patienter som självsckadar</p> <p>-Vilken påverkan har medvetandegörande av den maktobalans som råder mellan patient och personal på bemötandefrågor</p> <p>-Hur påverkar utbildningsnivå bemötandet</p> <p>-Bemötande där patientens kunskap om sig själv och anhörigas kunskap om patienten tas om hand och lyfts</p> <p>-Vilken påverkan har tidsaspekten dvs möjlighet för en läkare att lägga den tid som behövs när den träffar patienten för möjligheten till ett bra bemötande</p> <p>-Kunskap gällande hur personalen sinsemellan pratar samt vad som är olämpligt att prata om inför patienter och vårdnadshavare.</p> <p>-Hur påverkas patienter och anhöriga av möjlighet samt känsla av att de kan uttrycka sina känslor, tankar och behov, att dessa lyssnas på och ges respektfull återkoppling och att det i gruppen finns en acceptans för att specialisten fattar beslutet slutgiltigt</p> <p>Exempel från patienter</p> <p><i>-upplevde personalen i samband med inläggning som distanserad.</i></p>
--	--

		<p><i>-Bemöttes inte som en lidande människa utan som ett jobbigt problem.</i></p> <p><i>-hade önskat att man frågat vad jag ville och försökt förstå mig, istället för att ta beslutet över mitt huvud.</i></p> <p><i>-Att man inte tar beslut bakom en patients rygg trots att denne är under 18.</i></p>
24	Kunskap om bemötande av patienter som blivit utsatta för våld, övergrepp eller traumatiska händelser (både innan och under vårdtiden i BUP heldygnsvård).	<p>Bemötande av patienter som uttrycker att de blivit utsatta för hot, våld, sexuella övergrepp och trauma i sin hemmiljö eller av personer de är i beroendeställning till innan vårdtiden</p> <p>-Bemötande av patienter som uttrycker att de blivit utsatta för hot, våld, sexuella övergrepp och trauma av personer de inte är i beroendeställning till innan vårdtiden</p> <p>-Bemötande av personer som har blivit utsatta för våld, övergrepp och trauma under vårdtiden</p> <p>-Traumamedvetet arbete</p> <p>-Kunskap även om trauma samt dess generationspåverkan</p> <p>Exempel från patienter</p> <p><i>-Ha kunskap om våld. Alla som vänder sig till BUP har inte psykisk sjukdom eller ohälsa -vissa blir utsatta och har svåra sociala situationer. Ha kunskap för att kunna ta hand om dem också.</i></p> <p><i>-Lyssna på barnet/ungdomen -inte på föräldrarna eller andra anhöriga. Barn ljuger inte om våld och övergrepp, det är extremt ovanligt. Och fråga om våld.</i></p> <p><i>-Under min tid på sjukhuset hade jag ett självmordsförsök när jag hängde mig. Personalen som skar ned mig klagade på mig efter. Att jag var jobbig.</i></p> <p><i>-Försökte skära mig. Jag gick ut och bad personalen om hjälp med min ångest men fick som svar att jag måste skärpa mig och inte kan väsnas (läs gråta) där ute eftersom jag stör dom andra. Det bemötandet var tufft för mig, den totalt känslan av hur oviktig man är i en sådan situation. Känslan av att vara till besvär när man mår dåligt.</i></p>
25	Kunskap om bemötande av anhöriga/hela familjer i kris vid bedömning av behov av inläggning och under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård.	<p>Hur påverkar bemötandet vid inskrivningen anhöriga</p> <p>-Kunskap om barns utveckling, om familjesystem, om hur stress påverkar vårt beteende, olika krisreaktioner.</p>

	<p>-Kunskap om socioekonomiska förutsättningar</p> <p>-Kompetens/kunskap i hur man kan hålla samtal med flera i rummet.</p> <p>-Kunskap om hur man kan lägga upp samtal med oroliga föräldrar som ofta har egen psykisk ohälsa och eller annan diagnos.</p> <p>-Förståelse samt bemötande av familjer i kris, att vi kan behöva ge samma information många ggr, att vi behöver vara jättetydliga och att vi behöver upprepa varför vi gör på ett visst sätt.</p> <p>-Hur bemöta föräldrar som betar sig illa mot sitt barn?</p> <p>-Effekt av medling mellan förälder och barn</p> <p>-Lämpligt agerande då ungdom ej önskar ha med ena vårdnadshavaren, kommunikation samt bemötande om det bedöms påverka behandlingen negativt att mamma alternativt pappa är involverad i vården?</p> <p>-Bemötande när vårdnadshavare inte vill/kan/förmår finnas med sin ungdom inom slutenvården.</p> <p>-Hur kan vården göras inlyssnande gällande anhörigas oro samt deras kunskap kring barnets beteende</p> <p>-Hur påverkas bemötande samt upplevelse av bemötande av att personalen har tid för samtal, lyssnar och bekräftar problematik</p> <p>-Möjlighet för anhöriga att visa känslor och förståelse för dessa känslor exempelvis känsla av otillräcklighet, maktlöshet, ensamhet, vilshenhet, sorg</p> <p>-Hur kan patienter med NPF samt anhöriga till patienter med NPF bemötas på bästa sätt gällande tydlig struktur för vistelsen på avdelningen, eventuella egna svårigheter hos anhöriga samt stress, oro hos patient och anhöriga</p> <p>exempel från anhöriga</p> <p><i>-”svårt att få personal att lyssna när vi som föräldrar försökt tala om att "ni skriver ut barnet till samma situation som innan, hen vill ta sitt liv och har aktiva planer" Har viftats bort då de tycker att hen verkat vara lite mer pigg på avdelningen och deltagit vid övningar”</i></p>
--	---

Information och delaktighet för patienter och anhöriga		
26	Kunskap om hur syftet med inläggningen på BUP heldygnsvård samt plan för innehåll görs tydligt för både vårdgivare och patienter till exempel genom en vårdplan.	<p>-Kunskap om hur kommunicera syftet med de behandlingar som sätts in till patienten samt var behandlingen kommer att ske och planerad längd på vårdtiden</p> <p>-Vad patienter och anhöriga anser att en vårdplan ger för stöd och hjälp. Använder patienten sig av vårdplaner?</p> <p>-Effekt av standardiserade vårdplaner</p> <p>-Hur lång bör en vårdplan vara?</p> <p>-Hur bör vårdplan strukturerat följas upp, hur är följsamheten till vårdplanen och hur görs uppföljningen av vårdplan med patient och anhöriga?</p> <p>-I vilken utsträckning bör anhöriga informeras om bakgrunden/anledning till olika behandlingsbeslut?</p> <p>-Mer tydlig med vilka förväntningar man kan ha på en kortare vårdperiod för att stabilisera och planera för vilken utredning och vård som behövs</p> <p>Delaktighetsfrågor kring vårdplanering:</p> <p>-Skapa vårdplan tillsammans med patient</p> <p>-Patienten själv får utforma sin vårdplan med hjälp av olika arbetssätt och hjälpmedel.</p> <p>-Genom att tillsammans med patienten, förälder och kontaktperson göra aktivitetsplanen för de närmaste dagarna.</p> <p>-Kris-och må bra plan samt Säkerhetsplanen inför utskrivning tillsammans med patient och förälder.</p>
27	Kunskap om hur information ges på ett bra sätt till patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård och vad den bör innehålla.	<p>-Hur säkerställs att praktisk information ges?</p> <p>-Hur kan information samordnas så den inte uppfattas som rörig</p> <p>-Hur kan vårdpersonal få mer kunskap om hur olika funktionsnedsättningar/diagnoser påverkar förmågan att ta emot och förstå information</p> <p>-hur kan vårdpersonal arbeta så att de säkerställer att patient/anhöriga har förstått informationen.</p> <p>-Hur bör beslut om inskrivning av barn till BUP heldygnsvård framföras till anhöriga och vilka effekter kan olika sätt ha</p> <p>-Vad bör diskuteras vid inskrivning i närvaro av patienten för att inte skapa</p>

	<p>framtida trauma eller skada på självförtroende etcetera?</p> <p>-Vilken effekt har olika typer av information som ges till anhöriga vid inläggning exempelvis ankomstsamtal där man går igenom regler och rutiner eller information kring handlingsplan?</p> <p>-Vilken information gällande beslut om inskrivning bör anhöriga få ta del av vid inskrivning till BUP heldygnsvård?</p> <p>-Vilket ansvar ska anhöriga ha för att få information?</p> <p>-Hur kan stödperson användas på möten om vårdnadshavare vill ha med sådan.</p> <p>-Hur kan anhöriga samt patienter informeras på bästa sätt om de stöd som finns att tillgå från vården</p> <p>-Kan en omvårdnadsplan i pappersform som ges till patienten underlätta diskussioner kring måendet?</p> <p>-Ges skriftlig information till patienter och anhöriga på alla avdelningar?</p> <p>-Effekt av strukturerade patientsamtal och föräldrasamtal?</p> <p>-Hur ska patient och vårdnadshavare informeras om hur behandlingsutfallet bedömdes</p> <p>-Vad bör skriftlig information, som ett komplement till övrig information, innehålla som ges vid inskrivningen (behandlande läkare, kontaktperson/er, telefonnummer, telefontider, kurator, organisationer som MIND, rutiner med mera)</p> <p>-Vilken vikt har skriftlig information på andra språk än svenska</p> <p>-Innebörd av en avslutande diskussion med sammanställning av slutsatser man kommit fram till under inläggningen tillsammans med öppenvård och eventuell mellanvård i samband med utskrivning</p> <p>-Effekt av pedagogisk information för möjliggörande av delaktighet</p> <p>Kunskap om effekt av olika former på information:</p> <p>-Skriftligt såväl som muntligt.</p> <p>-I bilder.</p> <p>-Appar och digitalt</p>
--	--

	<p>-Hemsida med samlad information på flera språk, samt tillhörande foldrar.</p> <p>-Utveckla informationen till vårdgivare och vårdtagare ex standardiserade vårdprocesser, där man kan följa olika faser i behandlingen och utvärdera resultaten</p> <p>-Effekt av att erbjuda möjlighet att spela in muntlig information</p> <p>-Effekt av tolk för icke svensktalande</p> <p>-Hur kan information med hjälp av ex bilder eller inspelad text utformas för de som har svårt med skriftlig information</p> <p>-Hur kan man arbeta med att ha olika alternativ på samma information, till exempel Bilder, filmer, text eller dialog för att ge varje patient och hans anhöriga en relevant information utifrån deras förutsättningar att ta emot informationen</p> <p>Effekt av olika sätt att göra information anpassad tex:</p> <p>-Behov av upprepning</p> <p>-Effekt av informationshjälpmedel vid olika diagnoser tex autismspektrumtillstånd. Hur kan verktyg och metoder utvecklas som faktiskt används? Varför används det så olika?</p> <p>-Hur ge information till familjer som är i kris?</p> <p>-Hur kan information anpassas till vårdnadshavare med egna svårigheter så de förstår vad som sägs/görs på avdelningen med patienten och varför?</p> <p>-Hur kan vårdnadshavare som av olika skäl blivit förbjudna att delta i vården få information?</p> <p>Hur kan specifik information utformas gällande:</p> <p>-Olika behandlingar som ges inom slutenvården</p> <p>-Övergången mellan slutenvård och öppenvård.</p> <p>-Målet med slutenvårdsvistelsen</p> <p>-Om heldygnsvården till patienter i öppenvården.</p> <p>-Vad/vilken vård/vilket stöd som kan förväntas under en slutenvårdsvistelse inom BUP.</p>
--	---

		<p>-Till patienten och föräldrarna om de närmaste dagarnas aktivitetsplan (vad patienten ska göra, när och med vem)</p> <p>-Måltidsordning och upptrappningsscheman för ätstörningspatienter</p> <p>-Säkerhetsplan vid hemgång för patienter som varit inlagda för suicidprevention</p> <p>-Individanpassad skriftlig information rörande läkemedelsbehandling mm</p> <p>-Information om hur olika aktiviteter exempelvis promenader vid ätstörning kan påverka vårdutfallet</p> <p>Vilken information kan tas fram nationellt/ gemensamt av BUP heldygnsvård:</p> <p>-Nationellt samarbete kring informationsmaterial tex kring rådande lagstiftning på ett barnanpassat sätt, tex hemsida motsvarande fattasoc.se</p> <p>-Broschyrer om LPT/LRV</p> <p>-Broschyrer om vad vården har att ge, hur det är att ha LPT.</p> <p>-Kunskap om hur organisationen inom BUP kan ta ett helhetsgrepp och systematiskt arbeta kring information till patienter och anhöriga. Effekt av riktlinjer, gemensam struktur och samsyn uppifrån</p> <p>ledningssystemet kring frågor gällande information?</p> <p>-Effekt av skriftliga rutiner som delas mellan olika BUP i landet som personalen kan luta sig mot och lämna ut till familjerna.</p> <p>-Skulle det gå att utforma nationella material för till exempel läkemedelsbiverkningar eller olika behandlingsalternativ vid olika diagnoser/funktionsvariationer?</p> <p>-Om olika diagnoser till anhöriga samt hur man kan agera vid olika tillstånd</p> <p>Exempel från patienter</p> <p><i>-Jag har inte fått någon information om varför jag lades in, vilka behandlingar jag har fått (jag har inte fått någon), min vårdplan eller om andra saker som påverkade min vård.</i></p> <p><i>-tycker att information borde ges både muntligt och skriftligt på ett väldigt enkelt</i></p>
--	--	--

		<p>sätt: som om det är riktat till en 8-åring. Jag hade även önskat att det funnits mer tydlighet och information kring "vardagsgrejor" såsom när man får träffa läkare, vad planen är osv. Jag hade önskat att en sammanfattning av vad som sas under samtalen (t.ex. beslut, medicinering, permissioner, vårdplan) även kunde ha getts skriftligt.</p> <p>-Man ska vara mycket tydligare kring patientens rättigheter och varje person som blir inlagd borde få en broschyr med deras rättigheter.</p> <p>-Hade önskat mycket tydligare och mer information om min behandling. Trots att man är minderårig har man känslor och tankar, verkar som att vårdpersonalen ofta glömmet det.</p> <p>-Jag har alltid fått information om vilka personer som har ingått i mitt team på avdelningen (detta muntligt och skriftligt vid inskrivning)</p> <p>-Informationen om min vård var tydlig och kommutativ! Om jag hade en fråga fanns det alltid någon villig att svara eller försöka ta reda på svaret.</p> <p>-Dem gav mig ett dagsschema och jag fick reda på vem jag skulle möta varje morgon.</p>
28	Kunskap om hur patienter kan göras delaktiga inom BUP heldygnsvård.	<p>Hur arbetar man med barn/patientperspektivet i delaktighet:</p> <ul style="list-style-type: none"> -För att patienten ska känna sig lyssnad på och vara delaktiga i beslut -När det handlar om små barn -Vid svår problematik -När patienter inte vill vara delaktiga -I olika skeden av behandlingen (akutfas/senare faser) -Utifrån barnkonventionen -När patienten har svårt att kommunicera med personalen och kommunikation sker genom anhörig/förälder -Hur viktig är delaktighet för olika utfall såsom behandlingens effekter, upplevelse av vården, patientens motivation, patientens känsla om sig själv -Hur viktig är delaktighet för att vården ska kunna anpassas efter patientens specifika egenskaper och förutsättningar -Hur tas patienters information till vara

	<p>-Kan delaktighet öka genom aktiviteter med personal som ej är behandlingsrelaterade exempelvis pyssla, spel andra aktiviteter</p> <p>-Vilken nivå av delaktighet krävs för att skapa förståelse för varför vården agerar på olika sätt?</p> <p>-Hur kan man göra patienter delaktiga vid olika diagnoser</p> <p>-Kunskap om vad som förbättrar patientens upplevelse och förståelse av situationen vid inläggning</p> <p>-I vilken utsträckning kan/bör minderåriga patienter kunna påverka inläggning</p> <p>-Kunskap om hur patienter kan göras delaktiga när förälder är med, att inte prata förbi patienten.</p> <p>-Påverkas delaktigheten av att man använder sig av evidensbaserade metoder?</p> <p>-Hur vården kan arbeta mer återhämtningsinriktat med fokus på ökad empowerment</p> <p>-Kan tryggheten för patienten öka genom att vara lite mindre säker på att expertisen redan på förhand vet vad som är bra för patienten</p> <p>-Kan patienter få en ökad delaktighet gällande sitt innehåll genom att möjliggöra påverkan på ex tid när saker ska ske eller ordning på aktiviteter</p> <p>-Hur påverkar språket delaktigheten</p> <p>-Hur påverkar delaktigheten engagemang i egen vård samt känsla av att vara förvaltare av sitt eget liv</p> <p>Kunskap om metoder för patienters delaktighet vid diskussioner kring behandlingsval/val av medicin:</p> <p>-Hur kan metoder för delaktighet kring behandlingsval utvecklas?</p> <p>-Hur kan behandlingsmöten läggas upp där patienten deltar och får framföra önskemål</p> <p>-Hur kan läkare presentera olika val av behandlingsalternativ (vad, när, hur) (när alternativ finns) och göra patienten delaktig kring sin behandling?</p> <p>-Kunskap om hur man skiljer delaktighet från att barn och familj ska bestämma vårdens innehåll.</p>
--	--

	<p>-Systematisk uppföljning gällande vad patienten vill under hela behandlingstiden (från intag därefter dagligen under behandlingstiden)</p> <p>-Delaktighet genom att bjuda in patient (anhöriga) till att gå igenom journalanteckningar, ge utrymme till ifrågasättande och korrigeringar</p> <p>-Hur kan samverkan ske med patient samt anhöriga för att vården ska avslutas när behovet av vård inte finns och inte tidigare när vårdbehov fortfarande existerar</p> <p>Organisation:</p> <p>-Enhetschefens roll för delaktighet hos patienter och anhöriga?</p> <p>-Effekt av kontaktperson på delaktighet?</p> <p>-I vilken mån är delaktigheten och möjliggörande av delaktighet personberoende/ beroende av viss personal?</p> <p>-Hur påverkas delaktighet av kontinuitet hos personal?</p> <p>Exempel från patienter</p> <p><i>-Jag fick inte vara delaktig i min vård. Det pratades ofta över mitt huvud som att jag inte var med i rummet.</i></p> <p><i>-På vårdplaneringsmötena satt jag i ett rum med 7-9 vuxna vilket inte gjorde det lätt för mig att uttrycka mig och hur jag kände och tänkte kring saker. Jag tyckte att det mesta bestämdes över mitt huvud och att beslut var tagna innan jag fick komma till tals.</i></p> <p><i>-Jag har ytterst sällan känt mig delaktig vilket har satt sina spår. Det var som om jag inte räknades som människa, min röst var inget värd. Jag var ju sjuk, det jag sa spelade ingen roll.</i></p> <p><i>-Jag fick inte välja vilken maträtt jag ville ha när det fanns flera alternativ, och inte ens ta min mat själv.</i></p> <p><i>-flera av läkarsamtalen avslutades med att läkaren enbart skulle prata med mamma och pappa i enrum. För mig upplevdes det som att de då skulle "ändra" bestämmelserna eller "lura mig" till exempelvis mer mat på tallriken/allt mer näringsrika portioner etcetera, då jag</i></p>
--	---

		<p><i>aldrig fick reda på vad de pratat om under dessa möten.</i></p> <p><i>-Tänk om de istället hade pratat MED mig. Om vi hade varit ett team som tillsammans hade kämpat mot min ohälsa. Om de hade sett mig som en viktig resurs, den information jag kunde ge om min upplevelse, mina önskemål och mina tankar hade ju kunnat hjälpa dem att ta bättre beslut. Låt patienterna få vara delaktiga. Diskutera tillsammans, lyssna in, fundera, bolla. Vi vet så otroligt mycket om oss själva även om vi inte alltid visar det. Om vi säger att vi inte är redo att skrivas ut, ta det på allvar, om vi säger att vi behöver läggas in, ta det på allvar. Om vi säger att något inte funkar, testa något annat.</i></p> <p><i>-Varje morgon skrev jag och dagens kontaktperson ett dagsschema där vi skrev in en aktivitet för varje halvtimme: till exempel rita, läsa, sova, duscha eller ringa.</i></p> <p><i>-Jag fick vara med och styra så att det kändes bra för mig tex om medicinering.</i></p> <p><i>-Utifrån det vårdssystem som finns och de resurser samt kompetens personalen hade fick jag vara delaktig i min vård. Till exempel gjorde personalen vid flera tillfällen en krisplan tillsammans med mig där jag fick säga vad jag tyckte hjälpte.</i></p>
29	Kunskap om vad anhörigas/föräldrars roll är inom BUP heldygnsvård och på vilket sätt de kan göras delaktiga?	<p>Nivå av delaktighet:</p> <p>-I vilken mån och när ska/kan anhöriga vara delaktiga i vården, när bör anhörigas delaktighet minska och hur kommunicerar vården detta mot patienter och anhöriga</p> <p>-Vem har mest inflytande i vården vårdnadshavare eller patient?</p> <p>-Hur delaktiga bör/ska anhöriga vara vid beslut om tvångsvård</p> <p>Anhörigmedverkan under behandlingstiden:</p> <p>-Bor med patienterna under inläggningstiden</p> <p>-Är delaktig i skrivandet av vårdplan</p> <p>-Deltar i vården.</p> <p>-Deltar vid säkerhetsplanering</p> <p>-Delta i utvecklingsarbete genom olika forum.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Vid möten som involverar olika vårdinstanser/ aktörer -Hur engageras anhöriga/föräldrar i kommunikation med patienter exempelvis vid små barn och svår problematik -Hur påverkar anhörigas medverkan i vården olika utfall exempelvis trygghet, påfrestning på anhöriga, vårdutfall, känsla av skuldbeläggande hos anhöriga -Hur kan föräldrars kunskap om barnet och barnets behov inhämtas och användas av personalen under inläggning samt behandling -Kunskap om hur båda föräldrar kan medverka i vården (även vid familjekonflikter), liksom andra anhöriga som vill stötta ungdomen -Vilken nivå av delaktighet krävs för att skapa en förståelse för varför vården agerar på olika sätt -Kunskap att skilja på föräldrarnas roll som vårdnadshavare och föräldrar, funktioner som behöver stärkas, och medverkan i behandling där man kan behöva utföra uppgifter som ligger utöver vanligt föräldraansvar (ex. Monitorera hur behandlingssuppgifter utförs, skatta symptom, följa uppgjorda planer mm) -Vilket ansvar ligger på vårdnadshavare respektive sjukvården utifrån lagar och regler exempelvis hälso-sjukvårdslag, föräldrabalken -Kan en mer personcentrerad vård leda till ökad medverkan och delaktighet av anhöriga -Hur stor delaktighet ska anhöriga ha under diagnostik samt utredning av problematik -Hur påverkar språket delaktigheten -Kan man behandla barn och minderåriga utan att involvera anhöriga? -Ger kontaktperson till anhöriga ökad delaktighet och medverkan för anhöriga <p>Hur bör anhörigperspektiv tas in vid beslut om eventuell inläggning:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avlastning vid suicidhot/risk -Vid mycket unga patienter -När förälder är ensamstående -När anhöriga signalerat ett hjälpbehov i form av avlastning
--	--	--

	<p>-Oro gällande patientens fortsatta överlevnad</p> <p>-Kunskap om hur samverkan med anhöriga kan göras vid bedömning om inläggning</p> <p>Organisation, kompetens samt stöd till personal gällande delaktighet för anhöriga:</p> <p>-Information och kunskap bland personalen kring styrdokument om anhörigmedverkan</p> <p>-Hur hantera när det blir problem/försvårar vården att patient eller förälder har tillgång till journalen?</p> <p>-Anhöriga måste ses som tillgångar, varför gör de inte det? Vilka fördomar har vi som personal?</p> <p>-Hur kan vårdnadshavare involveras och informeras om varje steg i vården</p> <p>-Kunskap kring anhörigas och/eller familjehemsföräldrar delaktighet när patienten är placerade i familjehem</p> <p>-Kunskap kring vad som gäller om man inte har föräldrar/anhöriga som kan göras delaktiga och effekter av detta exempelvis vid placering i HVB-hem.</p> <p>-Kunskap om hur anhöriga från annan kulturell kontext eller med annat modersmål görs delaktiga?</p> <p>-Hur gör man med delaktighet för syskon?</p> <p>-Kunskap vad man ska göra om man har vårdnadshavare som inte vill medverka.</p> <p>-Hur kan hela nätverket/systemet runt patienten göras delaktiga (om genomförbart)?</p> <p>-Vilka metoder kring anhörigdelaktighet finns det evidens för i olika situationer och vid olika tillstånd?</p> <p>-Hur kan kommunikation samt delaktighet göras när personal och anhöriga är oeniga om exempelvis behandling eller hemgång</p> <p>-Jämför de enheter där patient läggs in tillsammans med patient med de enheter som ej har föräldramedverkan, hur ser nöjdheten ut med behandling, vårdutfall samt ny inskrivning</p> <p>Exempel anhöriga:</p> <p><i>-Vi föräldrar kände otrygghet pga. bristande bemötande och negativ</i></p>
--	--

		<p><i>inställning samt total avsaknad av delaktighet i planering av framtida vård.</i></p> <p><i>-Som anhörig fick jag själv boka alla tider samt tillse vilka kompetenser som kunde hjälpa min dotter.</i></p>
30	<p>Kunskap om olika specifika metoder och förhållningssätt för ökad delaktighet för patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård, exempelvis BISAM-möte, vårdmöten/vårdplaneringsmöten och motiverande samtal (MI).</p>	<p>Effekt av olika former av möten med vårdpersonal där patienter och eventuellt anhöriga deltar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bisam möte. -Patientteam där patienten är delaktig del av tiden. -Vilken effekt gällande delaktighet finns om man använder sig av en tydlig och konkret vårdplanering? -Motivational interviewing (MI) -Appreciative inquiry -Vilken effekt har modern psykoterapi vilken bygger på en aktiv delaktighet från patienter och anhöriga -Safewards -Six core strategies -Personcentrerat bemötande utifrån barns och ungdomars hela sammanhang. Där ingår: familj, fritidsintressen, internetanvändning (både bra och negativt användande), skola och trosuppfattning/andlighet, eventuell somatisk sjukdom samt kulturell identitet. -Angiven kontaktperson hos avdelningspersonalen för att det ska finnas en länk mellan barn och beslutande läkare. -Hur kan forskning inom omvårdnad användas för delaktighetsfrågor inom BUP heldygnsvård <p>Exempel anhöriga</p> <p><i>De stora vårdmöten vi var på med många vuxna i rummet och vår dotter känns hemska att tänka tillbaka på. En galen situation för en 12 åring att vara i. Känns direkt olämpligt. Vår dotter har fortfarande traumatiska minnen av det</i></p>
31	<p>Kunskap om hur samverkan med anhöriga/föräldrar kan ske utifrån barnets önskemål och behov vid inläggning och behandling inom BUP heldygnsvård.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Samverkan utifrån barnkonventionen -Lämpligt agerande då ungdom ej önskar ha med ena vårdnadshavaren/det bedöms påverka behandlingen negativt att mamma/pappa är involverad i vården? -När vårdnadshavare kan utgöra ett hinder för vård och behandling, när bör samverkan med socialtjänsten ske

		<p>-Hur ska delaktighet genomföras med anhöriga om det finns misstanke kring risker/övergrepp inom hemmiljön? -Kunskap hur patienter kan göras delaktiga när förälder är med, att inte prata förbi patienten. -Utifrån möjlig (med)beroendesituationer och att anhöriga handlar inte alltid utifrån det som är bäst för patienten. Exempel från patienter <i>-Sluta lyssna på föräldrar börja lyssna på barnet</i> <i>-Tycker att då beslut om inläggning tas, att barnet borde tillfrågas om hur mycket och vad för information som ska delges föräldrarna.</i> <i>-De litade på mina föräldrar trots information om brister</i> <i>-Risksituation hemma</i> <i>-Vägrade åka hem pga. hemförhållanden</i> <i>-Min mamma bröt ihop flertalet gånger p.g.a dåligt bemötande och kränkande meningar deras åsikter och frågor tycktes inte höras. Trots deras höga närvaro tyckte de inte att de fick någon egentligen bild av vårdagendan och vad som egentligen gjordes, och upplevde att allting var otydligt.</i> <i>-mamma deltog allt hon kunde och det är jag så tacksam för</i> <i>-Mina föräldrar var för mestadels med på avdelningen och de var delaktiga i min vård där. Detta var otroligt viktigt för mig och mitt mående</i></p>
Vårdmiljö, trygghet och patientsäkerhet		
32	Kunskap om lokalernas fysiska utformning exempelvis inredning och dess betydelse för att skapa en bra vårdmiljö inom BUP heldygnsvård.	<p>Möblering/färgval: -Evidens kring hemmaliknande miljö vs en omysigare som gör att patienten inte känner sig hemma, vad är bäst för snabb bättring och utskrivning till det egna hemmet? -Effekt av vackra och hela möbler, trivsamma färger? -Vad är funktionell möblering? -Effekt av att saker står framme och att det är en mer hemlik miljö? -Hur skapa stimuli-fattig miljö som samtidigt är rogivande/läkande? -Möjlighet för anhöriga att få egen säng</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Effekt av utsmyckning av lokaler (tavlor/konst/gardiner)? -Hur påverkar färgval på en avdelning för barn? -Effekt av en mysigare miljö med exempelvis sittpuffar (t.ex. sackosäck är mysigt att sitta o chilla i) och färger Lokaler: -Hur anpassas lokaler för barn och unga? -Hur utforma lämpliga lokaler där det råder en balans mellan säkerhet och trivsel? -Vad är den fysiska vårdmiljöns påverkan avseende tillfrisknande, upplevelse av trivsel samt trygghet/känsla av trygghet för patienter och anhöriga? -Vilken betydelse har tilltagna ytor vid tex ångest och utagerande? -Vad betyder antalet våningar för vårdmiljön, ett plan jmf med flera plan? -Vilken betydelse har det att vårdmiljön är ren och fräsch? Effekt av nivå av städning? -Hur kan miljön utformas så att personalen kan ha koll på suicidnära patienter? -Avdelningens allmänna skick tex toaletter, duschar och hur det påverkar barnet? -Hur viktigt är egen toalett och dusch? -Kunskap om hur lokalerna planeras på bästa sätt tex avseende placering av personalrum/sköterskeexpeditioner etc. -Effekt av storlek på rum -Kunskap om effekt av lokalers anslutning till annan vård, till exempel vuxenvård? -Hur resurssätts psykiatrin jämfört med somatisk vård gällande lokaler och möblering? -Effekt av möjlighet till besöksrum/barnanpassade besöksrum vid besök av syskon eller kompisar -Hur påverkar lokalernas temperatur (värme och kyla) patienter och specifika diagnoser tex anorektiker? -Vilken effekt har lokaler för olika aktiviteter såsom: skapande aktiviteter, musikrum, mysrum, avslappningsrum -Hur påverkar utformning av vårdmiljön personalen -Hur kan miljön utformas så att den både uppfyller krav enligt arbetsmiljölagar och PSLs krav på inre och yttre säkerhet
--	--

	<p>-Hur implementeras forskning gällande vårdmiljö inom BUP heldygnsvård</p> <p>Individanpassning:</p> <p>-Hur kan vårdmiljö individanpassas</p> <p>-Kunskap gällande funktionsnedsättningar</p> <p>-Vad betyder möjlighet att ha egna lakan</p> <p>för trygghetskänsla hos patienterna</p> <p>-Effekt av möjlighet att själv dekorera/ta med egna detaljer?</p> <p>Avskildhet:</p> <p>-Vad är betydelsen av att kunna få vara själv i sitt rum som ändå är säkrat så man inte kan skada sig?</p> <p>-Effekt av "lugna rummet"?</p> <p>Exempel på patienters och anhörigas</p> <p><i>-Att BUP:s slutenvård är designad för "att man inte ska vilja vara där", för att om det vore lite mer ombonat så skulle man verkligen vilja vara där, är en helt orimlig föreställning om barn och ungdomar som mår psykiskt dåligt. Om man vill stanna eller vara kvar på BUP:s slutenvård har det definitivt helt andra orsaker än att det skulle vara för att det är så mysigt där. Vårdmiljön är kal och oinbjudande, nästintill ångestframkallande. Jag lovar att man inte vill vara mer på BUP för att det är bättre möblerat eller inrett! Det är faktiskt inte därför man är där.</i></p> <p><i>-Är man inte deprimerad redan blir man det definitivt om man blir inlåst i ett litet rum med fyra vita väggar, på en avdelning med vita väggar, fula hårda möbler och konstiga tavlor. Det är mycket mer sannolikt att man hade haft enklare att prata eller lugna ner sig om man hade kunnat krypa upp i en mjuk soffa med en filt och känt sig lite trygg än att sitta rakt upp och ner på en hård stol och försöka prata om jobbiga saker.</i></p> <p><i>-På en avdelning var det mysigt, nästan som i ett hem. Man kände sig både tryggare och mänskligare. Ändra färgen på väggarna till en varm gul eller liknande. Undvik långa korridorer. Ha en mer hemlik inredning istället för möbler som finns på alla sjukhus. Ha en mysig soffa, fina stolar, mattor, bordsduk osv.</i></p>
--	--

		<p><i>-fantastiskt bra och nära till naturen så det kändes inte riktigt som ett sjukhus</i></p> <p><i>-Den var ok, inredningen är ju av mindre betydelse.</i></p>
33	Vad är effekten av att patienter kan gå ut/möjlighet till utevistelse inom BUP heldygnsvård?	<p>Vad är effekten av att kunna gå ut till innegård?</p> <p>-Vad är betydelsen av närhet till natur.</p> <p>-Kunskap om hur skapa miljö för hälsosam utevistelse och ökade möjligheter till inbjudande fysisk aktivitet/ motion.</p> <p>-Hur förhålla sig till suicidala patienter som vill gå ut från avdelning?</p> <p>-Betydelse av möjlighet till utevistelse</p> <p>-Kunskap om utformning och skötsel av utemiljö</p> <p>Exempel från patienter</p> <p><i>-De hade en liten uteplats som var öppen som gick att gå ut på med personal och vi satt där ibland och fikade</i></p> <p><i>-Det fanns ingen vidare möjlighet till att gå ut under de sex månader jag vårdades på avdelningen. Jag var ute totalt tre ggr under denna vårdtid. Personalen var underbemannad eller upptagna och kunde inte ta ut mig.</i></p> <p><i>-Det fanns tillgång till utevistelse och fina promenadstråk samt en fantastisk trädgård dit man kunde gå med personal i de perioder jag fick gå ut. Det uppskattade jag!</i></p> <p><i>-Det som jag saknat enormt är möjlighet att gå ut. Jag tycker att det borde vara en mänsklig rättighet att få komma ut. Även när det inte är möjligt att ta en promenad pga. risk för din egen säkerhet. Jag tycker att slutenvården alltid ska ha tillgång till en innergård</i></p>
34	Hur skapas förutsättningar för en bra fysisk, psykisk och social vårdmiljö dvs. både lokaler, aktiviteter, stämning, känsla av trivsel etc. inom BUP heldygnsvård?	<p>Aktiviteter</p> <p>-Vilken effekt har tillgång till spel, pyssel etc. under heldygnsvården?</p> <p>-Vilken effekt har annan sysselsättning ex pyssla, spela spel tillsammans med personal</p> <p>-I vilken utsträckning ska BUP heldygnsvård erbjuda sysselsättning under vårdtiden?</p> <p>-Hur kan personal arbeta kring trygghetsskapande i vardagen samt stimulans utanför behandlingstiden</p> <p>-Betydelse av möjlighet till skolarbete</p>

	<p>Aktivitetsnivå, lugn</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vilken aktivitetsnivå på avdelningen är bäst för snabb bättring och utskrivning till det egna hemmet? -Kunskap om hur skapa en säker vårdmiljö för både patienter och personal? -vilken effekt har koncept/ modell Lugna rummet, avskalad, lugn, harmonisk fysisk miljö med genomtänkt tillgänglighet och ett systematiskt informationsflöde utifrån olika sätt att kommunicera och hantera information och stimuli? -Hur skapas en lugn stämning på avdelningen? -hur kan man inom BUP heldygnsvård arbeta kring de eskalation, skapa en kultur av de eskalation -Hur påverkas patientens trygghet av att det finns möjlighet att dra sig tillbaka vid behov -Hur påverkar sensorisk överstimulering <p>Övrigt</p> <ul style="list-style-type: none"> -Viktigt att få mer kunskap vad i vårdmiljön som gör att en del patienter tenderar att bli "långliggare" eller återkommer väldigt ofta? -Hur bidrar personalen, mänsklig värme och en ambition att förstå och hjälpa till -Hur kan ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)) användas för att optimera vårdmiljö vårdmiljön -På vilket sätt bidrar tydlighet, transparens och struktur till vårdmiljö -Koppling mellan god behandlingkunskap och kunskap gällande evidensbaserade behandlingsmetoder och vårdmiljö -Vilken effekt har miljöterapi på vårdmiljön -Påverkan av att disputerade specialistsjuksköterskor i utvecklingen av vårdmiljö och trygga och säkra miljöer -Vilken betydelse har engagemang hos personalen på patientsäkerheten -Vad är lägsta krav vad gäller personalresurser, utrymme, möjlighet till sysselsättning och utemiljö? <p>Exempel från patienter</p>
--	--

		<p><i>-Jag gillade den första avdelningen som hade ett stort aktivitetsrum och som ett vardagsrum och en liten matsal.</i></p> <p><i>-Vårdmiljön på avdelningen var väldigt bra. Stämningen på avdelningen var väldigt bra. Den var lättsam och personalen skämtade både med varandra och med patienterna. Det var inte ovanligt att patienter och personal spelade spel tillsammans. Personalen hade även privata kläder, vilket minskade känslan av att vara sjuk och i en sjuk miljö.</i></p> <p><i>-Jag tror att miljön är oerhört viktig. Att uppleva sig själv som sjuk och galen gör att man beter sig som sjuk och galen. Psykiatrin måste jobba på att patienterna ska känna sig som människor, som barn. Vi är inte galna, annorlunda. Vi är som alla andra jämnåriga bara att vi mår väldigt dåligt.</i></p> <p><i>-Miljön är ett problem, och varenda gång vi patienter påpekade detta fick vi höra att det inte ska vara bra miljö på en sluten avdelning; för att man ska inte vilja vara där. Att säga det till personer som sitter med tvångsvård och gör allt för att komma därifrån, det är inte rimligt. Ingen VILL vara där, och det kan göras mycket för att få en bra miljö.</i></p>
35	Kunskap om matens betydelse och miljön den serveras i inom BUP heldygnsvård.	<p>Kunskap om matens betydelse och vad som är bra mat för tex anorektiker</p> <p>-Hur kan kvaliteten på maten höjas?</p> <p>-Hur påverkar matmiljön exempelvis för ätstörda patienter?</p> <p>-Effekt av att ha möjlighet att äta avskilt</p>
36	Kunskap om vad som skapar trygghet respektive otrygghet för patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård.	<p>Bemötande, delaktighet, information:</p> <p>-Kunskap i olika mekanismer på avdelningen samt bemötande av dessa, exempelvis splitting, anknytning, separation, projektion för att undvika eller minimera vårdskador</p> <p>-Vilken betydelse har personalens engagemang och förmåga att förmedla att de har kontroll?</p> <p>-Vilken effekt har information (återkommande information) om tex vad som händer på känsla av trygghet?</p>

		<p>-Vad innebär ett tydligt schema över dagens aktiviteter för patienternas trygghet</p> <p>-Kunskap om hur bemötande kan påverka trygghet tex lågaffektivt bemötande, varmt och vänligt bemötande, att lyssna, att inte vara dömande etc.?</p> <p>-Hur kan personalen skapa en bra relation till patient och föräldrar?</p> <p>-Hur påverkar möjlighet till delaktighet trygghet</p> <p>-Hur stötta väldigt otrygga patienter?</p> <p>-Hur kan vårdpersonal ge information/agera gällande andra patienter utan att skapa ökad otrygghet?</p> <p>-Hur kan personal kommunicera med patienter samt arbeta kring trygghetsfrågor som rör personal, dvs öppna för patienter att uttrycka om det finns känslor av otrygghet gällande viss personal och hur kan detta respekteras i det dagliga arbetet</p> <p>-Vilken betydelse har kunskaper hos personalen att värdera och hantera suicidrisk och risk för våld avseende trygghet på avdelningen</p> <p>-Betydelse av kunskap samt kompetens hos personalen om självskadebeteende samt bemötande av patienter som självskadar avseende trygghet</p> <p>Rutiner, organisation, resurser:</p> <p>-Vilken betydelse har förutsägbarhet och att veta vem man ska vända sig till?</p> <p>-Effekt av kontakt med avdelningsteam?</p> <p>-Betydelse av att få veta när utskrivningen planeras på känsla av trygghet och visshet</p> <p>-Hur kan personalen hantera om det är oroligt på avdelningen?</p> <p>-Kunskap om vilka förutsättningar för personalen som är av betydelse för att skapa trygghet och god vårdmiljö?</p> <p>-Effekt av rumskontroller, genomsökning av medtagna saker för att förhindra införsel av skadliga föremål</p> <p>-Effekt av låst avdelning, omöjligt/svårt att rymma</p> <p>-Effekt av att kunna dela av avdelningen vid våldsamma patienter</p> <p>-Effekt av vakt närvarande vid våldsamma patienter</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> -Effekt av möjligheter till hemmavistelse/sova hemma? -Hur skapa trygghet på avdelningar där man har en väldigt blandad patientpopulation? -Effekt av tillsyn av personal -Vilken effekt har eget rum på känsla av trygghet? -Vilka rutiner bör finnas kring säkerhet? -Personalens fysiska närvaro ute på avdelning och trygghet -Betydelse av att våldsamma och mobbande patienter har personal som hjälper dem med reglering och samspel i gemensamma utrymmen för andra patienters trygghetskänsla -Personalkontinuitetens betydelse för trygghet Anhörigmedverkan: -Hur påverkas trygghet av anhöriga som bor med patienten under vårdtiden -Effekt av närvaro av andra anhöriga än föräldrar under vårdtiden (avlastning, glädje för patient) -Hur skapa trygghet när anhöriga är missnöjda med de åtgärder som föreslås/görs och patienten är väldigt otrygg Utbildning, kompetens: -Betydelse av personalens kompetens och erfarenhet på känsla av trygghet? -Hur mkt verktyg och omvårdnadskunskap har personalen? -Hur påverkar specialistsjuksköterskor med ett fokus på att stödja, främja, tillit och tilltro tryggheten för patienter och Behandling -Hur påverkar behandling/valen av behandling trygghet? -Stödsamtal under inläggning till anhöriga, patienter (var för sig samt gemensamt) avseende trygghet -Vad är effekt av att ha "ett samtal om dagen" med patienten? -Ger ökad användandet av evidensbaserade metoder mer trygghet för patienter och anhöriga -Effekt av användning av Safewards, Six Core Strategies på trygghet
--	---

		<p>Övrigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mer kunskap om internetanvändande utifrån negativa sidor/beteenden hos barn och unga tex negativa Instagramkonton (exempelvis får negativ feedback på självskadebilder), -Internetanvändande utifrån sexuellt självskadande såsom att sälja sex via nätet och internetanvändande för droger. -Hur kan vården stötta barn och ungdomar i ett gott, informativt och positivt internetanvändande? <p>Exempel från patienter och anhöriga</p> <ul style="list-style-type: none"> -Särskilt trygg kände jag mig när personal satt inne i mitt rum hos mig när jag mådde dåligt. -Att jag skulle få förtroende och uppfattning om vilka personalen var som personer. Och att jag inte skulle känna mig tvingad att prata var också en trygghet. -Även känslan av att vara inlåst gjorde mig trygg, just för jag visste att jag inte kunde ta mig ut. -litet vårdteam samt samma kontaktpersoner under hela vårdtiden -de intresserade sig i mig som människa istället för i mig som patient -Jag hade för det mesta min mamma med på avdelningen vilket gav mig mycket trygghet. -Det som gjort mig trygg är att ha grad 3 (en personal som aldrig får förlora ögonkontakt med mig), att någon håller om mig eller att de suttit utanför mitt rum på natten. Andra saker som gjort mig trygg är förutsägbarhet. Att det står på tavlan vilken personal som jobbar, att veta vilka tider det är mat, att veta vem som är din kontaktperson osv.
37	Vilka åtgärder är effektiva för att minska risken för att patienter utsätts för våld, hot, sexuella övergrepp eller trakasserier inom BUP heldygnsvård?	<p>Exempel från patienter</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exempel på hot från personalen var att "om du inte slutar nu så kommer vi att bälta dig" -Det fanns personal som var direkt otrevliga, respektlösa och hotfulla i sitt bemötande. Jag (och flera andra) på avdelningen blev ofta kollektivt-och individuellt bestraffade. Till exempel infördes regler som bara gällde ibland, ofta

		<p><i>utan förvarning eller möjlighet till undantag. Vi var rädda konstant när dessa personer arbetade.</i></p> <p><i>-Det fanns även en manlig skötare som utsatte mig för sexuella trakasserier.</i></p> <p><i>-En äldre herre utnyttjade det så väl. Han förgrep sig på mig. Några gånger visste han precis hur jag kunde dra igång en cirkus, han hade som mål att vi skulle in till bältesrummet.</i></p> <p><i>-barn som kommer till BUP har oftast redan varit med om väldigt mycket i sina liv redan det sista dom behöver är att bli sexuellt utnyttjade av vårdare.</i></p> <p><i>Förbättringar som bör ske är att man kollar upp sin personal mycket mer än vad som verkar göras i dagsläget och att man behandlar varje person med respekt som kommer in och har lite förståelse för att dom som är där inte mår bra och förmodligen inte kommer vara i sitt bästa tillstånd. Personal som inte favoriserar eller trycker ner patienter bara för att patienten kanske sa något taskigt eller har gjort utfall. Det är sjuka människor som är där för att få hjälp, inte för att bli straffade och dom förtjänar den bästa omsorgen och respekt från eran personal</i></p>
38	<p>Kunskap om definition av vad patientsäkerhet är inom BUP heldygnsvård samt rutiner och riktlinjer kring detta. I vilket syfte det ska skrivas avvikelser och vad och hur det ska dokumenteras?</p>	<p>Rapportering:</p> <p>-Avvikelsehantering, vad och hur man dokumenterar?</p> <p>-Hur få till en rutin med avvikelser så att de alltid skrivs, följs upp och återkopplas till berörd personal och övriga medarbetare?</p> <p>-Hur kan ledning och samverkansgrupp medverka till att avvikelser skrivs och följs upp?</p> <p>-Kunskap om kulturen o förhållningssätt kring avvikelserapportering om detta uppmuntras el ses negativt i organisationen/på arbetsplatsen?</p> <p>-Hur kan avvikelser följas upp?</p> <p>-Man behöver ju först ta ställning till om vården avviker innan man kan bestämma vad man ska göra när den avviker? Känner all vårdpersonal till skyldigheten att rapportera avvikelser?</p> <p>-Effekt av genomlysning av utomstående vid komplexa ärenden.</p>

		<p>Patientsäkerhetsarbete:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kunskap om och definition av vad patientsäkerhet är inom BUP heldygnsvård? -Hur tar man tillvara patientklagomål? Hur implementeras åtgärderna? Hur ser det systematiska patientsäkerhetsarbetet ut? -Hur ser organisationen kring patientsäkerhet ut? -Hur påverkar arbetsmiljön och personalens kompetens patientsäkerhet? -Effekt av att arbeta aktivt med dagliga uppföljningar ex gröna korset? -hur påverkas patientsäkerhet av tillgängliga resurser? -Hur påverkas patientsäkerhet av om personalen inte har en gemensam syn på patienten? <p>Rutiner, regler, lagar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hur ser medvetenhet ut kring rutiner och riktlinjer? -Hur tillämpas styrdokument/Regler och lagar? -Behov av att anamma aktuell (oberoende forskning), liksom t.ex. Europeiska läkemedelsmyndighetens (EMA) råd och rekommendationer/avrådan gällande t.ex. behandling av barn och unga med antidepressiva läkemedel
Arbetsmiljö, organisation, resurser och kompetens		
39	Vad är en god arbetsmiljö för personalen inom BUP heldygnsvård och hur påverkar det möjligheten att ge vård?	<ul style="list-style-type: none"> -Vilken betydelse har lokalerna för en god arbetsmiljö? -Vad är en god psykosocial arbetsmiljö? -Kunskap om hur vårdinnehållet påverkar arbetsmiljön för personalen -Hur påverkar en miljö där personalen utsätts för fysiskt våld och hot som en del i vardagen? Effekt av risktillägg? -Vilken påverkan har en dålig arbetsmiljö på patienten och anhöriga samt möjlighet till tillfrisknande och behandling -Hur kan man inom arbetsmiljö göra att personal känner sig lika viktiga, även om man gör olika saker i kontakten med patient -Hur påverkar fokus på produktion arbetsmiljö för personalen

		<p>-Hur kan medarbetarnas synpunkter gällande arbetsmiljön samt utveckling av arbetsmiljön tas tillvara</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård arbeta med tillit inom arbetsmiljö/utveckling av arbetsmiljö</p> <p>-Effekt av daglig uppföljning gällande arbetsmiljö</p> <p>-Effekt av återkoppling från BUP öppenvård</p> <p>Ledning, organisation</p> <p>-Ledarskapet och chefernas betydelse för arbetsmiljö</p> <p>-Hur skapa ett mer uttalat mål med vården och inkludera all personal i att arbeta mot det målet?</p> <p>-Kunskap om organisationen och ledningens betydelse tex chefsroll, vision, mål, och utfall på vården?</p> <p>-Hur påverkar en hierarkisk organisation trygghet, behandling och arbetsmiljö</p> <p>-Kunskap om hur roller, samarbete och organisering påverkar arbetsmiljö</p> <p>-Vilken effekt har kommunikation mellan arbetstagare och chefer?</p> <p>-Vad är effekten av en gemensam värdegrund och människosyn från toppen av organisationen till basen?</p> <p>-Kunskap om hur administration och hantering av information (tex patientuppgifter) påverkar arbetsmiljö</p> <p>-Kunskap om hur arbetstider och scheman påverkar arbetsmiljö</p> <p>-Effekter av en sänkning av antalet timmar för en heltid till 30 h/vecka</p> <p>-Betydelse av lön</p> <p>-Hur kan kompetens och erfarenhet lönesättas och premieras</p> <p>-Effekt av hjälp från arbetsgivare med barnomsorg under obekväma arbetstider</p> <p>-Mandat att fatta beslut samt möjlighet att ta ansvar och påverkan på arbetsmiljö</p> <p>-Hur påverkar olika former av samarbete mellan BUP öppen- och slutenvård arbetsmiljön</p> <p>-Hur påverkar olika former av samarbete med Socialtjänst och andra aktörer arbetsmiljön för personalen</p> <p>Forskning, utveckling:</p>
--	--	---

		<p>-Vilken betydelse har ytterligare omvårdnadsforskning inom BUP heldygnsvård</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård organiseras så att forskning och utveckling är en integrerad och uppskattad del av verksamheten inom alla nivåer från medarbetare till regionala politiker</p> <p>--Kunskap om effekt av utveckling och innovation på arbetsmiljö?</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård bygga upp en yrkesstolthet. En yrkeskår med specialistkompetens och möjlighet till ständig vidareutveckling.</p> <p>Kompetens, utbildning, handledning</p> <p>-Effekt av återkommande handledning, reflektion, och utbildning på arbetsmiljön?</p> <p>-Effekt av kontinuerlig utbildning och forskning på arbetsmiljön</p> <p>-Kunskap om hur tillgång på olika yrkeskategorier påverkar arbetsmiljön</p> <p>-Kunskap om hur kompetensnivån hos personalen påverkar arbetsmiljön</p> <p>-Effekt av personalhandledning i arbetsgrupp, med extern handledare</p> <p>-Vad är effekt av kontinuerlig utbildning och forskning på möjligheter att uppnå en högre nivå av specialistkompetens, utveckling och tillfredsställelse bland personal?</p> <p>-Hur kan man skapa en arbetsmiljö där även svåra samtal/frågor kan ställas</p> <p>Personalresurser, personalkontinuitet</p> <p>-Hur kan arbetssituationen inom psykiatri bli bättre så att kunskap behålls inom verksamheterna?</p> <p>-Hur påverkar bemanning och resurser arbetsmiljö?</p> <p>-Kunskap om vad som får personal att stanna på arbetsplatsen?</p> <p>-Hur stor belastning kan läggas på personal gällande ex antalet patienter och fortfarande ha en god arbetsmiljö</p>
40	<p>Vilka yrkeskategorier behövs inom BUP heldygnsvård, vilka roller ska de ha och vilken kompetens krävs för att bedriva heldygnsvård med god kvalitet?</p> <p>Exempelvis betydelse av att psykolog och socionom medverkar, effekt av</p>	<p>-Kan psykologer spela en viktig roll i utformandet av ett mer strukturerat bedömningsförfarande i heldygnsvården?</p> <p>-Effekt av att omvårdnadspersonal involveras mer i behandlingsarbetet</p>

<p>specialisering av sjuksköterskor och skötare samt personalens kunskaper inom barn- ungdomspsykiatri.</p>	<p>-Vilken betydelse har personalens kunskap och inställning till de behandlingar som patienten är insatt för behandlingens möjliggörande</p> <p>Rollfördelning</p> <p>-Vilka insatser ska skötare göra och vilka ska sjuksköterskor göra i heldygnsvården?</p> <p>-Vad är en skötares uppgift inom BUP heldygnsvård?</p> <p>-Hur stort inflytande ska läkarna ha i heldygnsvården?</p> <p>-Effekt av att personer med omvårdnadskompetens ges större inflytande i heldygnsvården.</p> <p>-Hur kan skötare hjälpa till att stabilisera en patient?</p> <p>Professioner:</p> <p>-Effekt av psykologer och socionomer med barnpsykiatrisk utbildning inom BUP heldygnsvård</p> <p>-Arbetsterapeuters roll vid diagnos</p> <p>-Betydelse av farmaceut</p> <p>-Kan BUP heldygnsvård använda sig av omvårdnadshandledare (sjuksköterska eller specialistsjuksköterska som har ytterligare 30hp i omvårdnadshandledning) i arbetet med utveckling och kvalitetssäkring av vård och omvårdnad</p> <p>Kunskapsnivå/kompetensnivå:</p> <p>-Kunskap om vilka krav som kan eller bör ställas om lägstanivå på formell kompetens för att arbeta inom heldygnsvård. Vilken kompetensnivå krävs?</p> <p>-Kompetens gällande pedagogisk kunskap/ pedagogiskt bemötande</p> <p>-Hur påverkar kunskapsnivån hos personalen förutsättningarna för att ge vård?</p> <p>-Vilka kunskaper och utbildning behöver skötarkåren ha för att kunna bidra till att stabilisera en patient?</p> <p>-Vilken kompetensnivå bör krävas på vikarier och timanställda?</p> <p>-Hur påverkar kompetens, utbildning eller andra personalegenskaper möjlighet till diagnos och eventuell inskrivning</p> <p>-Kunskap om vilken nivå av utbildning personalen inom heldygnsvården har i</p>
---	---

		<p>genomsnitt och vilken kompetens cheferna har i ledarskap.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vilka kompetenskrav ställs och bör ställas på omvårdnadspersonalen, och hur tillvaratas denna kompetens? -Vilken kunskap i svenska bör finnas hos behandlande personal -Kunskap om utsättningsymtom -Kompetens kring multiproblematik -suicidala och/eller utåtagerande och/eller självskadande patienter i slutenvården. -Kompetens inom sexualitet och hur man pratar med ungdomar om detta. Ska alla i personalen behöva kunna samtala kring sexualitet? Ska det finnas "utvalda" bland personal för detta ändamål? Är normalisering av sexualitetssamtal önskvärt? Hur ska patient få uttrycka sin sexualitet på avdelning? Hur kan vi jobba med detta? -Familjeterapeutisk kunskap; kunskap om system och hur delar påverkar helheten. Inom en familj likväl som inom BUP som organisation. -Kunskap gällande psykopedagogiken exempelvis departementslyftet och ångestprogram från sfBUP <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-Jag hade behövt psykologer och läkare som var utbildade i min problematik.</i> <i>-Personalen behöver utbildas mer i psykisk ohälsa. De behöver ha koll på ätstörningar, suicidtankar, självskadebeteende, sorg, ångest, psykoser, autism, bipolaritet osv. Och sist men inte minst behöver de ha koll på PTSD.</i> <i>-Personalen var (i min mening, vet ej om formell kompetens) inte utbildad att hantera den sortens trauma jag var i.</i> <i>-Rusta upp stället med kompetent personal. Skulle helst se sjuksköterskor med specialistkompetens inom psykiatrin.</i>
41	Vilken effekt har arbete i professionsteam vid utredning och behandling inom BUP heldygnsvård?	<ul style="list-style-type: none"> -Mer kunskap om hur man som team (SSK, skötare, psykolog, läkare, socionom) kan arbeta mer enigt kring patienterna för samma målsättning. -Effekt av resursteam med läkare, psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och ev. andra yrkesgrupper

		<p>som finns tillgänglig för patienter i heldygnsvården.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utvärdera vikten av att psykolog och socionom också medverkar i heldygnsvård så att barnpsykiatriskt teamarbete sker kring de ungdomar är som mår sämst. -Effekt av behandling som utgår från patientens behov ur ett tvärprofessionellt perspektiv med större tyngd på omvårdnad -Hur påverkar delegation, utbildning och prestigelöst samarbete på patientsäkerhetsfrågor -Effekt av team på personalkontinuitet -Effekt av specifika team för vissa diagnoser -Effekt av teamkonferenser på diagnos samt behandling -Effekt av att ha nätverk kring frågor som rör "de svåraste barnen" för både läkare och psykologer för att diskutera när "treatment as usual" inte har tillräcklig effekt? Hur påverkar detta patienterna och personalen?
42	Vilken effekt har kontinuitet i personkontakter under utredning och behandling inom BUP heldygnsvård?	<p>Effekt av kontinuitet på:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Läkarkontinuitet för behandlingsbeslut eller insättning/byte av läkemedel -Trygghet samt känsla av trygghet hos anhöriga och patienter -Genomförande av handlingsplaner -Vården och vårdtid -Hur påverkar kontinuitet av personal bemötande och upplevelse av vården -Är kontinuitet hos personalen extra viktig vid vissa diagnoser ex autism
43	Kunskap om hur informationsöverföring kan förbättras mellan personalen om patienter inom BUP heldygnsvård.	<p>Rapportering:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kunskap om metoder för mer neutral/objektiv överrapportering, av patienter som en fördjupning i SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation)? -effekt av "bedside-rapportering", då patienter är med när en patient rapporteras över mellan personal? -Hur beskrivs patienter bland anställda? Vad är relevant/icke-relevant? -Kunskap om hur patienter rapporteras över mellan personal på ett bra sätt? Hur undvika subjektiva uppfattningar av hur en patient är innan de som tar emot

		<p>rapporten kanske inte själva ens träffat patienten?</p> <p>-Vilken betydelse har kommunikation mellan avdelningspersonal och läkare, psykolog för bedömningar och diagnossättning under heldygnsvården</p> <p>-Möjliggörande att avdelningspersonalen observationer ses som viktiga och kommer upp på ronder</p> <p>Dokumentation:</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård skapa tydlig kommunikation internt gällande exempelvis dokumentation om arbetet</p> <p>Organisation:</p> <p>-Hur påverkar att man har en personalgrupp som skiftar 3 ggr per dag, information går förlorad mellan och under pass beroende av belastning på systemet i övrigt.</p> <p>-Hur påverkar personalkontinuitet informationsflöde, uppföljning och utvärdering?</p> <p>-Information mellan läkare</p> <p>-Information mellan vårdpersonal i stort</p> <p>-Information mellan arbetslag</p> <p>-effekt av att avdelningen har en tavla som visar vilka personer som arbetar dygnets olika pass samt vilka som är kontaktpersoner till vilken patient</p> <p>-Kunskap om hur det skapas tydlighet i vem som ger vilken info, läkare eller övrig vårdpersonal</p> <p>Exempel anhöriga</p> <p><i>-Vi hade regelbundna möten med läkarna och avstämningar med annan vårdpersonal dagligen men vår upplevelse var att information och överenskommelser mm aldrig fördes vidare till annan vårdpersonal än den du pratade med för stunden.</i></p>
44	Vilka former på kompetensutveckling behövs och hur möjliggöra kompetensutveckling inom BUP heldygnsvård?	<p>-Kunskap om hur heldygnsvården kan uppmuntra kompetensutveckling och finns det ett samband mellan arbetsmiljö och kompetensutveckling?</p> <p>-Hur komma fram till vilken kompetensutveckling som behövs utifrån organisationens och medarbetarens bästa? Vad säger evidensen? Hur kan vi få forskare att titta på våra verksamheter?</p>

	<p>Kontinuerlig kompetensutveckling, handledning:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hur möjliggöra att all personal ges möjlighet till kontinuerlig utveckling på arbetet utan att det blir ett rejält produktionsbortfall om behovet av kompetensutveckling är stort? -Vad är tillräcklig bemanning som möjliggör kompetenshöjning fortlöpande, tex genom att man är två vid vissa moment, kan gå ifrån för handledning mm? -Hur hitta former för kompetensutveckling löpande tex utbildningar som ingår vid introduktion, påbyggnadsutbildningar efter medarbetarsamtal och efter verksamhetens behov? -effekt av ökad tillgång till riktad kompetensutveckling och adekvat handledning? -Hur stort utrymme behövs för utbildning och handledning givet att barnpsykiatri är en kunskapsintensiv specialitet? -Effekt av lättillgängliga utbildningar som körs regelbundet eller via nätet? -Kunskap om handledningens betydelse för kompetensutveckling -Hur få handledare som är bra på slutenvård? -Effekt av grundläggande utbildning om hur en beteendeanalys görs samt handledning av psykolog. -Effekt av att ge vårdare chans att växa, t ex utbilda sig i någon form av färdighetsträning och sen köra den på avdelningen. -Kunskap om behov av kurser för bakjourer och utbildningar för heldygnsvårdsläkare -Effekt av kompetensutveckling som är riktad mot slutenvården. Finns mycket utbildning inom psykiatri men vad blir bäst för patienten när den är på sjukhus? -Effekt av riktad kompetensutveckling till de med kortast utbildning som ibland är närmast patienter och föräldrar -Effekt av specifik utbildning med inriktning på barnpsykiatri för skötare och sjuksköterskor?
--	--

	<p>Vilken effekt har utbildning till personal om specifika diagnoser/problematik och hur de ställs:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Effekt av utbildning om grundläggande kunskap om olika diagnostillstånd och särskilt NPF och olika kognitiva nedsättningar. -Effekt av kompetenshöjning inriktad på fördjupad kunskap kring specifika diagnoser. Hur påverkar det bemötande av svårbedömda patienter och deras anhöriga? -Effekt av bra och lättillgänglig utbildning till personalen om att kunna skilja mellan psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser. -Effekt av utbildning till personal i alla kategorier om diagnoser och deras symptombild för att kunna göra observationer av individen men också familjen styrkor och svagheter. -Effekt av utbildning i diagnostik till sjuksköterska och skötare så att de kan göra en bedömning av patienterna. -Effekt av att lära sjuksköterskor att utföra MINI-kid på diagnostik som påbörjas i slutenvård och sedan fortsätts i öppenvård. -Ätstörning och handledning i detta då ätstörda familjer ofta splittrar en arbetsgrupp <p>Effekt av utbildning om behandlingsinsatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grundutbildning kring psykiatri och familj -Modeller för punktinsatser, tex DBT-liknande inom slutenvården. -Traumamedveten Omsorg -Kompetensutbildning inom medicinfria behandlingsalternativ -Beteendeanalys, psykopedagogiska kunskaper -Personlighetsstörning och hur dessa ska hanteras! -Läkemedel och dess biverkningar inom slutenvården. -Utbildning gällande evidensbaserade metoder -Ångesthanteringsstrategier och basal psykiatrisk kunskap till alla på avdelning -Utbildning om orosanmälning och lagstiftning runt detta
--	---

		<p>Samverkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hur kan brukarföreningar användas vid kompetensutveckling? -Effekt av nationell kompetensutveckling för alla som arbetar inom slutenvården. Kan vi lära av varandra och kanske utveckla samarbeten? -kunskap om behov av riktad kompetensutveckling mot slutenvården då behov kan skilja sig jmf mot tex öppenvården -Finns stöd för personalgruppsarbete o inte bara ärendehandledning när tex splittingprocesser uppstår i personalgrupp, mellan BUP o socialtjänst i anslutning till komplexa långtidspatienter?
45	Vilken effekt har utbildning, stöd, handledning, och reflektionstider för att främja ett gott bemötande av patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård?	<ul style="list-style-type: none"> -Utbildning i olika bemötande modeller såsom. Bergenmodellen, lågaffektivt bemötande och ASSIP -effekt av ökad medvetenhet om vad som sker inom en själv i möte med patienter och vad som ibland kan göra det svårare att ha ett professionellt bemötande. -Vilken effekt har fortlöpande diskussioner i personalgrupp om professionellt bemötande, att kunna ge feedback till varandra inom arbetsgruppen på ett bra sätt i vardagen. Öva på att spegla varandra på ett bra sätt. <p>Handledning, Stöd:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Effekt av ökat stöd till personalen i form av reflektionstider och handledning på bemötande i svåra situationer. -Vilken effekt har kontinuerlig handledning av avdelningspersonalen av exempelvis psykolog handledare gällande förhållningssätt och bemötande -Handledning i konkreta situationer med komplexa patienter (t ex autistisk med svår anorexi och självskadebeteende). -Personalhandledning med blandade yrkesgrupper/team <p>Ledning, arbetsmiljö:</p> <ul style="list-style-type: none"> -effekt av att avdelningschefer/arbetsledande sjuksköterska har bemötandefrågor som en stående punkt vid ronder/avstämningar och liknande

		<p>-Kompetensutveckling om bemötande, säkerhet och påverkan på arbetsmiljö. -Vilken påverkan har ledarskapet och att chefer kommunicerar vikten av omvårdnad för bemötandet.</p>
46	Hur påverkar organisation samt resurser (t.ex. bemanning, samordnad personal, vårdplatser) inom BUP heldygnsvård möjligheten att ge vård av god kvalitet?	<p>-Jämförelse mellan BUP heldygnsvård och somatisk barnsjukvård vad gäller vårdkvalitet, bemanning, resurser, lokaler, och utbildningsnivå på personal. Vad får eventuella skillnader för effekter? -Kunskap om vilka resurser som behövs som matchar behov hos barn/ungdomar i form av adekvat vårdkedja, lämpliga lokaler, barnpsykiatriskt utbildad personal -Vilken effekt har befintliga resurser för barn och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård på vilka som kan få hjälp? -Vilken effekt har utökat antal platser inom BUP heldygnsvård? -Vad är en effektiv bemanning inom heldygnsvård, effekt av högre bemanning? -Hur skapa tid för personalen att engagera sig och lyssna på patienterna, ge patienter den tid de behöver i olika situationer? -Påverkar tillgången på vårdplatser vårdtidens längd? -Vilka resurser i form av arbetskraft samt ekonomiska resurser behöver en bra BUP vård och vad betyder detta för arbetsmiljön, hur bör satsningar göras utifrån politisk styrning -Hur påverkas möjlighet att ge information om personalen har mycket tid och är utvilade eller stressade under hög vårdtyngd? -Hur påverkas delaktigheten av att avdelningen enbart är en akutavdelning med behov av korta vårdtider? -Hur påverkar begränsade lokal och samtalsrum som inte är anpassade till barn och unga? -Hur kan man arbeta gällande byråkrati/byråkratiska hinder Exempel på erfarenheter från patienter och anhöriga -Vid min första inläggning bemöttes jag av en stressad personal, som inte hade tid med mig.</p>

		<p><i>-I överlag upplever jag att personalen gjort allt de kan för mitt välmående, med de dåliga resurser de har.</i></p> <p><i>-Ett problem var att det på grund av många tillfälliga vikarier, stor rulljans på personal och läkare bitvis inte var någon som tog det fulla ansvaret och såg till att saker blev så som det sagts</i></p> <p><i>-Hänvisning till läkare som hade extremt lite tid. mellannivå med kunskap och beslutsrätt och mer tid kanske hjälpt.</i></p>
47	Hur motverka patienters och anhörigas upplevelse av att man inte får plats för inläggning eller blir hemskickad från BUP heldygnsvård p.g.a. för få platser eller otillräckliga resurser?	<p>Hur hantera upplevd/faktisk brist på platser vid inläggning:</p> <p>-Vilken effekt har platsbrist och kommunikation av platsbrist för patienter och anhöriga när man kommer in akut?</p> <p>-Effekt av inskrivning på annan avdelning i avvaktan på plats</p> <p>-Hur ser möjligheten till vård ut för patienter som söker vård när enheten är full eller när det finns få platser?</p> <p>-Vilka andra vårdinrättningar finns (psykiatriska eller andra) i avvaktan på plats på BUP heldygnsvård eller specialiserad BUP heldygnsvård (ex ätstörningsklinik)?</p> <p>-Vilken påverkan har anhörigas påtryckningar på möjligheten att få en inläggning?</p> <p>Exempel från patienter</p> <p><i>-Varje gång har det funnits en motvilja att ta emot mig</i></p> <p><i>-Fick hota om att ta livet av mig för att få stanna</i></p> <p><i>-Det behövs mer resurser till BUP så att det finns sängar så att det räcker, man ska inte behöva bli utsparkad för att någon annan behöver ens rum</i></p> <p><i>-tycker man borde göra fler vårdplatser. Jag behövde intensivvård då jag ej blev bättre annars. Känner många som hade samma sak men ej var illa nog. Med fler vårdplatser kan man rädda ungdomar.</i></p>
48	Hur minskas långa väntetider och förbättras miljön i väntrum för patienter och anhöriga vid inläggning på BUP heldygnsvård?	Hur påverkar långa väntetider för patienter och anhöriga på exempelvis akutmottagning i anslutning i väntan på bedömning för eventuell inläggning

		<p>-Kunskap om metoder för prioritering exempelvis triagering av patienter i väntrum</p> <p>-Hur kan personal arbeta kring bemötande och information vid platsbrist</p> <p>-Hur kan man arbeta med bedömning innan man kommer till verkliga BUP på jourtid, triagering och bedömning via 1177, på somatisk akutmottagning, familjeläkarjour etc.</p> <p>Hur kan olika inskrivningsprocesser se ut, vad är effekten av dessa och hur påverkar de patient och anhöriga samt resursutnyttjande:</p> <p>-Inskrivning som kräver kontakt och bedömning inom öppenvården först därefter ytterligare bedömning på akutavdelning</p> <p>-Inskrivning efter remiss från BUP öppenvård till BUP akuten</p> <p>-Direktinläggning dagtid från BUP akutmottagning</p> <p>-Direktinläggning från BUP öppenvård</p> <p>-Remiss från ätstörningsklinik till BUP akut för bedömning och eventuell inläggning</p> <p>-Inskrivning via ambulanstransport</p> <p>-Först bedömning barnakut, därefter BUP akut innan inläggning</p> <p>Exempel från patienter och anhöriga</p> <p><i>-har upplevt väntetiderna, som kunnat vara upp till 6 timmar, som fruktansvärda</i></p> <p><i>-Väntetiden innan bedömningssamtal med läkare kan ta flera timmar vilket verkligen borde förbättras till att kunna hållas direkt, även på jourtid.</i></p> <p><i>-vi fick vänta över 40 min utanför dörren... Denna händelse var ett trauma i sig vilken vi aldrig glömmer. Vår dotter tappade allt förtroende och förhoppning om att få hjälp inom psykvården</i></p> <p><i>-väntrummen behöver bli mycket trevligare, de borde utstråla trygghet.</i></p>
49	Vad är effekten av att blanda patienter med olika typer av diagnoser, åldrar och problem inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse av detta?	<p>-Kunskap om hur blandning av patienter med olika typer av diagnoser och problematik påverkar upplevelsen av trygghet för patienter och anhöriga?</p> <p>-effekt av att vårda 12-åriga barn med ätstörningsproblematik på samma</p>

	<p>avdelning som man vårdar 17-åriga psykospatienter?</p> <p>-Hur påverkar medpatienters beteenden? Kan medpatienters problematik överföras till andra patienter som inte har denna problematik?</p> <p>-effekt av blandning av alla psykiatriska tillstånd/diagnoser inklusive utåtagerande beteende och missbruk på samma slutenvårdsavdelning?</p> <p>-Hur påverkar andra patienters mående psykisk instabila och sårbara ungdomar som läggs in på psykiatrisk slutenvårdavdelning?</p> <p>-Hur definiera aggressivt beteende för att kunna avskilja en patient?</p> <p>-Vad är effekten av att ha mindre enheter inriktade på en viss typ av problematik?</p> <p>-Effekt av att blanda akuta ärenden med patienter som behöver längre vårdtider</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-tyckte att det var väldigt jobbigt att behöva dela rum med främlingar. Jag upplevde även rumsbyten som väldigt jobbigt. Jag bodde i sju olika rum, med fem olika rumskamrater, på en månad. Ibland hade jag rumskamrater som var utagerande; skrek, kastade saker, tog sönder mina saker. Eller som skar sig framför mig i rummet. Eller pratade högt om störningstips. Jag brukade berätta för personalen, men blev då hänvisad att låta bli att vara i mitt rum. Det är inte den trygga miljö en behöver, när en är traumatiserad och kommer från våldsutsatthet.</i></p> <p><i>-Ofta var det stökigt. Det var många som mådde dåligt samtidigt och många som var utåtagerande. Personalen gjorde sitt bästa, men räckte inte till. Jag minns t.ex. en dag när min rumskompis skrek så att jag inte kunde vara inne i rummet, i tv-rummet hade någon annan kastat sönder något och skadade sig, i dagrummet blev någon nedbrottad av flera personalen, något annat hände i korridoren... Jag satt i ett hörn av korridoren, gömd bakom en gardin, och försökte låtsas att jag inte fanns. Jag mådde också jättedåligt den</i></p>
--	---

		<p><i>dagen, men det fanns varken tid eller plats för mig som inte var utåtagerande. Så var det väldigt ofta.</i></p> <p><i>-Berodde på vem som mer vårdades, var det någon som var tvångsinlagd så blev det som att hela avdelningen blev påverkad och att vi andra också blev begränsade</i></p> <p><i>-När min mamma flyttat ut ur mitt rum så delade jag rum med en annan tjej som var inskriven och hon tog efter mina självskadebeteenden. Hon pratade mycket om att ta självmord och det var något som jag inte mådde bra av. Flera gånger hände det att någon fick utbrott mot personalen och började skrika, vilket jag också gjorde en gång och jag tror att det har mycket att göra med att jag blev influerad av de andra.</i></p>
50	Vad är effekten av att blanda barn med vuxna patienter inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse av detta?	<p><i>-Hur förhålla sig till vårdmiljö då vuxna slutenvårdspat blandad m barn/ungdomar?</i></p> <p><i>-Vad är effekten av att ha BUP i samma lokaler som vuxenpsyk?</i></p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Jag hade önskat att det var mer avskilt mellan barn och vuxen, Jag hade också önskat att det fanns en egen matsal på barnsidan, då det var jobbigt att ta sig in till vuxens matsal.</i></p> <p><i>-Jag hade önskat att det var mer avskilt mellan barn och vuxen, då det ibland kunde komma någon från vuxenpsyk som tagit sig in till oss, vilket kunde vara lite läskigt.</i></p>
Samverkan med andra aktörer vid beslut om inläggning och behandling		
51	Kunskap om vilka förutsättningar som krävs i organisationen inom BUP heldygnsvård för samverkan med andra aktörer och hur kan nya former för samverkan utvecklas?	<p>Organisation, lagar:</p> <p><i>-Hur har man högt i styrningen givit förutsättning för samverkan?</i></p> <p><i>-kunskap om olika aktörers lagutrymme, vad de och BUP heldygnsvård har för skyldigheter.</i></p> <p><i>-Hur tydliggöra olika aktörers ansvarsfördelning och vilka insatser som behöver erbjudas för att förebygga långa vårdtider?</i></p> <p><i>-Kunskap om hur lagen om säker utskrivning tillämpas. Används den?</i></p> <p><i>-Hur korta tiden för att få till möten för samordning med olika aktörer?</i></p>

	<p>-Hur effektivisera övergångarna? I nuläget byts vårdform utifrån när övertagande enhet har tid snarare än utifrån var patienten befinner sig i en behandling- finns något sätt att komma tillrätta med detta?</p> <p>-Behövs mer kunskap kring vad varje instans gör, har skyldighet att göra, hur lång tid saker och ting kan ta, hur process och rutin kommuniceras när man ska byta enhet.</p> <p>-Effekter av en bra och bred samverkan med andra aktörer på möjligheter att ge behandling och val av behandlingsformer?</p> <p>-Kunskap om hur alla delar kring patienten kan tas in i samverkan utifrån ett helhetstänk kring skola, vård, nätverk, kompisar och val av insats utifrån detta</p> <p>-Hur kan olika aktörer samverka och undersöka om man med preventiva insatser kan hjälpa ungdomar att hantera problem och undvika att de blir psykiatripatienter</p> <p>-kunskap hos politiker om barn/ungdomar som lever med psykisk ohälsa samt familjesituation och möjlighet att fungera för familjen och skolan</p> <p>Dokumentation, administration:</p> <p>-Hur dokumenteras samverkan och prissätts?</p> <p>-Finns administrativt stöd för att underlätta samverkan?</p> <p>-Kunskap om hur man kan använda sekretesslagens möjligheter till mer informationsutbyte mellan berörda aktörer kring ett barn. T ex skriftliga medgivande.</p> <p>-Effekt av skriftlig kommunikation för att undvika otydligheter?</p> <p>-Effekt av tydligt beskrivna vårdprocesser och nätverksmöte innan, halvtid och vid utskrivning.</p> <p>-Kunskap om hur mer strukturella överlämningar mellan instanser kan göras så att barn inte faller mellan stolarna.</p> <p>Kompetens:</p> <p>-Vilken utbildning har olika aktörer om varandras uppdrag, kompetens, förutsättningar/resurser?</p>
--	--

	<p>-effekt av personalsammansättning inom BUP heldygnsvård på möjligheter att samverka med andra aktörer. Vad kan socionomer och psykologer bidra med?</p> <p>-Hur påverkar personalomsättning möjlighet till samverkan?</p> <p>Resurser, kontaktpersoner/team:</p> <p>-Betydelse av att tid finns och att samtal kring samverkan kan ske ostört.</p> <p>-Kunskap om hur skapa "kultur" för samverkan, att det är ok, till och med förväntat, att man lyfter luren och ringer varandra?</p> <p>-Effekt av att tillsätta en samordnande koordinator för varje barn/ungdom som samordnar kontakterna (huvudmannaskap?).</p> <p>-Hur skapa ett fungerande team kring familjen där ett samarbete mellan yrkesfunktioner i olika organisationer är väsentlig för att kunna säkerställa en optimal behandling?</p> <p>Hur påverkar andra organisationers resurser möjlighet till vård innan och efter BUP-heldygnsvård:</p> <p>-Möjlighet till tidig diagnos</p> <p>-Möjlighet till tidig vård och förhindrande av sjukdomsprogress-behov av heldygnsvård</p> <p>-Möjlighet till fortsatt behandling</p> <p>-Vilken effekt har paus i behandlingen orsakad av kö/resursbrister hos mottagande instans?</p> <p>Kunskap om effekt av nya former/metoder för samverkan:</p> <p>-att ses via videolänk</p> <p>-kommunikationsverktyg mellan BUP och andra aktörer</p> <p>-Effekt av regelbundna forum för samverkan med träffar återkommande?</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Det behövs en myndighet som har till uppgift att samordna vården till de barn som kräver insatser från flera olika parter. Jag är en människa med en hälsa. Min (o)hälsa yttrar sig på flera sätt och jag är därmed i behov av olika insatser, men jag är en människa. En människa borde betyda en vårdplan. Inte som i dagsläget där alla</i></p>
--	---

		<p>myndigheter jobbar parallellt och skriver sin egen vårdplan och är totalt ovetandes om vilka andra parter som finns och vad de gör. Istället borde det formas en GEMENSAM vårdplan med mål att jag som människa ska må bra och där uppgifter och ansvar är tydligt fördelade. Det bör även ske en gemensam utvärdering av hur arbetet går och de olika myndigheterna bör kommunicera sinsemellan. SIP är ett försök till detta men det har inte fungerat alls.</p> <p>-mina föräldrar har fått ta på sig rollen att vara spindeln i nätet. Det är inte rimligt att föräldrar ska behöva samordna vården. Deras börda är tung nog som den är.</p> <p>-Alla skyllde på varandra. Landstinget och kommunen delade på kostnader för behandlingshem och började därefter lägga ansvaret på varandra. Detta ledde till att jag hamnade mellan stolarna.</p>
52	<p>Kunskap om hur samverkan kan organiseras mellan olika aktörer utanför sjukvården (socialtjänst, skola, polis) vid inläggning och behandling inom BUP heldygnsvård?</p>	<p>Samverkan med socialtjänst:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hur kan socialtjänsten integreras i vårdkedjan? -Kunskap om vad BUP slutenvård ska ansvara för och vad som är Socialtjänstens ansvarsområde? -När ska man vårdas inom BUP heldygnsvård och när i socialtjänstens regi? -Hur sker samverkan med socialtjänsten gällande beslut om vård eller bedömning om placering i fosterhem eller vård via SIS och andra behandlingshem? -hur få till bättre samverkan, tillit, respekt för varandras bedömningar och möjligheter, lagrum mm. -Hur adekvat är vården av barn med psykiatriska tillstånd och behov i privat drivna HVB, inom SIS etc. utifrån barnens/ungdomarnas samlade behov? -Kunskap om hur socialtjänst fungerar och vilka insatser som ifo kan erbjuda. Vilka insatser kan socialtjänsten erbjuda? -Hur stor roll spelar ekonomiska frågor och resurser i samverkan med socialtjänsten och vilka konsekvenser får det? -Kunskap om former för att BUP kan anmäla till Socialtjänsten om nödvändigt

	<p>-Samverkan med socialtjänsten kring suicidnära barn och ungdomar. Hur avhjälps psykiatriska symtom bäst?</p> <p>-Kunskap om samverkan med socialtjänsten utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Hur påverkar fungerande samverkan/ icke fungerande samverkan varandras arbetsmiljö?</p> <p>-Kunskap om vad glapp mellan sol och LSS betyder för samverkan?</p> <p>-Hur kan samverkan med socialtjänsten ske kring patienter med autism och utvecklingsstörning?</p> <p>-Kunskap om hur i samverkan med socialtjänst få fram en praktisk och samordnad plan för att ungdomen ska kunna se vägen framåt på ett tydligt sätt?</p> <p>-Hur undvika att barn blir kvar i månader på sluten psykiatrisk avdelning för att vi inte har något att skriva hem till? Hur kan former utvecklas så att Socialtjänsten kan ta vid?</p> <p>-Kunskap om samverkan kring ett systemiskt tankesätt som komplement till diagnostiken kring barnen, som att lägga ihop DSM-4 och BBIC (Barnets behov i Centrum)?</p> <p>-Effekt av att socialtjänsten skickar remiss till BUP?</p> <p>-På vilket sätt påverkar det socialtjänstens arbete att de lämnar över till psykiatri och vice versa? Är det nödvändigt att skilja dessa båda, socialtjänst och BUP eller kan man skapa en enhet, en sammanslagning, något helt nytt? Inte samarbete utan sammanslagning.</p> <p>SIP:</p> <p>-Vilken effekt har SIP, hur fungerar det i praktiken?</p> <p>-Effekt av att anställa en utsedd SIP-samordnare, t.ex. en socionom?</p> <p>-När ska SIP initieras?</p> <p>Samverkan med skola:</p> <p>-Kunskap om hur få ökad samverkan mellan skola och BUP med fokus på att inte tappa kopplingen till den egna skolan under vårdtiden?</p> <p>-Hur få fram en praktisk plan för hur skolan ska fungera framöver?</p>
--	--

	<p>-Hur utveckla samverkan med skolläkare samt kurator gällande remiss och inläggning för att undvika långt gången sjukdom</p> <p>-Effekt av handledning till all elevhälsopersonal samt stöd till rektorer i forma av riktlinjer för att främja framgångsrik elevsupport.</p> <p>-Effekt av att öppna sekretess till elevhälsan på möjlighet till samverkan och informationsutbyte?</p> <p>-Samverkan med mentor i klassen</p> <p>-Samverkan mot skolpsykolog, möjlighet för skolpsykolog att medverka i möten</p> <p>-Hur förbereder man patienter för återgång i skola, exempelvis BUP skola, sjukhusskola</p> <p>Kunskap om samverkan med polisen</p> <p>-Vid autism, selektiv mutism och våldsproblematik</p> <p>-Vid suicidförsök/suicidal patient</p> <p>-Kunskap inom polisen gällande skillnaden mellan psykiatrisk vård och socialtjänstens uppdrag.</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Väldigt dåligt. När jag vart inlagd med LPT och samtidigt vart placerad i ett förstärkt familjehem har socialtjänsten sagt upp min placering då de inte ville betala när jag var inlagd</i></p> <p><i>-det uppkom någon typ av konflikt mellan BUP och SOC, då Soc ansåg att mina föräldrar och miljö hemma var så pass bra att jag inte behövde hjälp av dem, vilket inte BUP höll med om</i></p> <p><i>-Soc hade sin del och var faktiskt mycket behjälpliga, dock tog det väldigt lång tid</i></p> <p><i>-upplevde att samverkan med socialtjänsten under inläggningen fungerade bra, de kom till avdelningen, och det verkade som att BUP kunde få tag på de från socialtjänsten och tvärtom över telefon, när det behövdes</i></p> <p><i>-Tyvärr mycket dåligt. Då jag skulle tillbaka till skolan blev jag helt tappad mellan stolarna.</i></p> <p><i>-samverkan med skolan fungerade bra. Fick möjlighet till hemundervisning och fasades in i skolan igen.</i></p>
--	--

		<p><i>-BUP-skolan var bra, de timmarna man fick vara där var bland de bästa. Läraren där o psykologen pratade bra med skolan och var tydligt på min sida.</i></p>
53	<p>Kunskap om hur samverkan med öppenvården kan organiseras vid inläggning och behandling samt vid uppföljning efter BUP heldygnsvård.</p>	<p>Kunskap om hur en sömnlös överföring till öppenvården vid utskrivning, för att undvika att patienter faller mellan stolarna:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medverkan av läkare för efterföljande vårdinstanser medverkar vid behandlingsmöten -Hearing med läkare och anhöriga där både öppenvård och slutenvård medverkar -Längre utskrivningstid där patienten får möjlighet att knyta kontakt med personal inom öppenvården -Effekt av att patientansvarig behandlare inom öppenvården känner till planeringen som sker på heldygnsvården. -Effekt av samtal där öppenvården medverkar innan utskrivning tex genom Skype -Hur ser ansvarsfördelningen ut gällande behandlingar samt hur detta kommuniceras till anhöriga -Hur kan övergång mellan BUP Heldygnsvård och öppenvård tydliggöras, skrivs ner och planeras för redan när patienten läggs in på mottagningen? -Effekt av resursteam med läkare psykologer etcetera som fungerar som en brygga mellan heldygnsvården och öppenvården -Effekt av mer öppenvårdsbesök på avdelningarna, framförallt gällande diagnoser som till exempel psykos och bipolär sjukdom. <p>Inskrivning, behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Effekt av direktinläggning på heldygnsvården via remiss från öppenvården? -Hur undvika osämja mellan slutenvård och öppenvård tex där slutenvården överprövar öppenvårdens bedömning om eventuell inläggning? -Vilken effekt har bedömning som görs av vårdpersonal i patientens hem jämfört med bedömning på klinik? för eventuell inskrivning på BUP heldygnsvård?

	<p>-Hur kan samverkan göras kring behandling för att ge bäst effekt, ska behandling som inletts inom öppenvården fortsätta inom slutenvården alternativt intensifieras inom slutenvården</p> <p>-Kunskap om samverkan och kommunikation kring läkemedelsinsättningar/byten mellan öppen och slutenvård.</p> <p>-Hur verka mot att olika instanser jobbar på liknande sätt angående behandlingar, medicinering osv</p> <p>-Kan gemensamma vårdplaner för öppen- och slutenvård användas? Hur kan dessa i sådana fall utformas?</p> <p>-Hur kan öppenvård och slutenvård arbeta kring långsiktiga stegvis upptrappade behandlingsprogram vilka kan behöva skifta mellan vårdformer utan att inriktningen bryts</p> <p>Organisation:</p> <p>-Vem ansvarar för att samverkan och fortsatt vård fungerar?</p> <p>-Hur stort ansvar ska läggas på föräldrar gällande samverkan?</p> <p>-Kunskap om hur en tydlig vårdkedja skapas där öppenvården ingår</p> <p>-Hur skapa fasta samverkansrutiner och strukturer?</p> <p>-Vad ingår i öppenvård och vad ska kommunen (socialtjänst) ta vid?</p> <p>-Mellanvård-finns det, vad kan det bestå av?</p> <p>-Hur skapas behandlingsform för de patienter som behöver observeras eller få mer tid för att utskrivningen ska bli lyckad på längre sikt?</p> <p>-Hur kan samverkan och fortsatt vård läggas upp för att korta vårdtiden på BUP heldygnsvård, ex hjälp med tillsyn och omvårdnad i hemmet?</p> <p>-Effekt av "förstärkt" familjehems-akutvård eller "barnpsykiatri-light", det vill säga att man som ungdom kunde bli akut "inlagd"/placerad med vård i hemmiljö, samverkat mellan socialtjänst och BUP och gjort en mix av dessa för ungdomar med psykisk ohälsa -"psykiatri-social-jour"</p>
--	--

	<p>-Finns det evidens kring vad som behövs gällande samverkan och fungerar?</p> <p>Dokumentation:</p> <p>-Effekt av att öppenvården använder biverkningsprotokoll vid insättning och uppföljning och att dessa finns tillgänglig i journalen om patienten läggs in akut?</p> <p>-Kunskap om hur rutiner för informationsinhämtning och överföring vid övergång mellan öppen och slutenvård kan förbättras. Information om ex mediciner, diagnoser, tidigare medicinska observandum och vetskap om missbruk eller suicidförsök.</p> <p>-Effekt av uppföljning med utvärdering efter ineliggande vård med nätverk runt familjen och framförallt med familjen.</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-upplevde att öppenvården och slutenvården hade bra kommunikation mellan varandra och jobbade ihop. Under den längsta inläggningen på BUP (ca ett halvår) hade jag fortsatt kontakt med min psykolog på öppenvården</i></p> <p><i>-Slutenvården hade kontakt med öppenvården så de har alltid varit med på banan. Hade dock velat ha mer kontakt med öppenvården och kanske haft ett fysiskt möte med läkaren på avdelningen och behandlaren i öppenvården</i></p> <p><i>-Tyckte inte BUP öppenmottagning och heldygnsvård samarbetade. Var som att de bestämde saker som inte förankrades i den pågående kontakten med öppenvården.</i></p> <p><i>-Vid lång vårdtid behöver det ske en långsam utslussning för att utskrivningen ska fungera. Slutenvården behöver även försäkra sig om att öppenvården tar över på ett bra sätt, är välinformerade och kan ge tillräckligt med stöd. Om man varit inlagd flera månader och sedan skrivs ut och hemma har ett samtal per vecka hos öppenvården så blir glappet mellan vårdinsatserna väldigt stort.</i></p> <p><i>-Vid utskrivning behöver det finnas en standardiserad uppföljningsplan anpassad efter vårdtiden. När jag skrivits ut har det funnits noll uppföljning från slutenvårdens sida vilket är ett stort minus</i></p>
--	--

54	Kunskap om hur samverkan mellan BUP heldygnsvård och annan vårdavdelning (till exempel akuten, eller annan somatisk sjukvård) kan organiseras?	<p>Samverkan med:</p> <ul style="list-style-type: none"> -akuten -medicinsk akutvårdsavdelning -barnintensiven -annan specialiserad vård ex ätstörningsklinik -beroendevård -mellan olika enheter inom samma BUP tex akuten, mellanvård, heldygnsvård? <p>Övrigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vilken effekt har klara riktlinjer ex kring vilken avdelning som kan vara aktuell vid akuta inläggningar på akutvårdens resurser, polisresurser? -Kunskap om hur en tydlig vårdkedja skapas -Hur kan samordning ske när patienten har både en somatisk sjukdom samt psykiatrisk? <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Jag hade gärna velat att BUP-personalen hade kunnat gjort studiebesök på ätstörningsavdelningen så de kunde berätta för mig hur det fungerade där. Ingen visste hur det skulle vara dit jag skulle. Och jag var väldigt orolig!</i></p> <p><i>-Samverkan mellan BUP och Sjukhuset var katastrof, vi kastades mellan avdelningar, inga anteckningar fanns och ingen uppföljning skedde. Inte heller fanns någon samverkan mellan Barn och Vuxenpsykiatri</i></p>
55	Kunskap om hur BUP heldygnsvård och vuxenpsykiatri kan samverka vid övergång.	<ul style="list-style-type: none"> -Kunskap om hur bättre överlappa mellan aktörer och mellan BUP och vuxen? -Hur kan övergång från BUP vård till vuxenpsykiatrisk vård göras optimalt? -Kan kontinuiteten öka genom att terapier som påbörjas inom BUP regi får slutföras där eller att barn som närmar sig ålder för vuxenpsykiatrisk får börja behandling inom denna ngt tidigare? -Effekt av mellanvårdsenheter för åldern 18–25 år -Hur kan övergången till vuxenpsykiatri göras mer smidig gällande övergång från en familjeorientering inom BUP till person/patientorientering inom vuxenpsykiatri. Kan BUP behöva fokusera mer på det enskilda barnet som patient

		<p>samtidigt som vuxenpsykiatrien håller kvar i familjeperspektivet längre</p>
56	<p>Kunskap om samverkan mellan olika kommuner eller regioner kring en patient och hur påverkas vården av att alla regioner inte har BUP heldygnsvård?</p>	<p>-Hur undvika att patienter kommer i kläm för att de tillhör annan kommun, region än de vårdas i? -Hur samverka kring patienter som tillhör en annan region? -Hur ser BUP tillgång ut i olika regioner -Vilken påverkan har tillgången till denna typ av vård i närområdet eller egna regionen på inläggning och möjlighet till behandling inom BUP heldygnsvård? Erfarenhet från patienter och anhöriga <i>-Det var en bra och grundlig uppföljning från öppenvården i min region, även fast jag hade varit inlagd i två andra regioner. Jag tror dock att kommunikationen hade varit ännu bättre om allt till exempel hade skett inom samma region, eftersom det skulle bli smidigare med överföring av information om de olika institutionerna inte hade olika system.</i> <i>-När jag var inlagd inom BUP bodde jag i ett län där hela länets akut psykiskt sjuka ungdomars behov av inläggande vård täcktes av fyra platser. Detta ledde såklart till korta vårdtider.</i></p>
Tvångsvård och tvångsåtgärder		
57	<p>Kunskap om vad lagen om tvångsvård innebär och hur den ska tillämpas inom BUP heldygnsvård.</p>	<p>Beslut: -Kunskap om när beslut om tvångsvård LPT bör tas? -Skiljer sig kriterier för inskrivning samt beslut om LPT före jämfört med efter patienten är 15 år? -Går det att ge den vård man som sjuk har rätt till utan att det blir inom ramen för LPT? -Kunskap om när ungdomar ska omhändertas enligt LVU och när LPT kanske egentligen vore tillämpligt? -När ska beslut om tvångsvård tas och när ska ungdomar istället vårdas på SIS-hem? -På vilka grunder ska LPT tas i samband med suicidala ungdomar? Ny lagtext: -I vilken mån bidrar den nya lagtexten om tvångsåtgärder till osäkerhet bland personal, hur påverkar detta patientsäkerhet liksom arbetsmiljön?</p>

	<p>-Hur kan införandet av nya lagar samt regler gällande tvångsvård ske för att i mesta möjliga mån underlätta för praktiken, exempelvis kring stödmaterial från myndigheter hur de lagarna ska tolkas och utbildning/kompetenshöjande stöd mor personalen i form av webb-utbildning?</p> <p>-Hur påverkar nya införda lagar och regler personalen samt deras arbetsmiljö exempelvis i form av stress för läkare, påverkan på personalen vid oklarheter kring regler och lagar, känslan av KASAM på en akutavdelning?</p> <p>-Hur har barnanpassningen av LPT påverkat, dess genomslag, oönskade effekter med lagstiftningen och ex hur de ökande kraven påverkar inställetid för primär och bakjour?</p> <p>-Vilka anpassningar behöver göras för att leva upp till de nya skrivningarna i lagen?</p> <p>-Vilket stöd i form av utbildning och resurser behöver BUP-klinikerna med avseende på ändringar i lagtext?</p> <p>Utbildning, kunskap generellt:</p> <p>-Vilken effekt har kontinuerlig utbildning till personal om lagen om tvångsvård?</p> <p>-Behov av kunskap om mänskliga rättigheter inkl. konventionen om barnets rättigheter (Barnkonventionen) inom särskilt tvångsvården.</p> <p>-Kunskap om vad som är HSL, LPT och civilrätt, samt vad vi får/inte får göra</p> <p>-Hur kan man för personalkategorier eller vårdenheter som har relativt lite LPT vård och tvångsåtgärder bibehålla en hög kunskap och kompetens kring LPT frågor tex för läkare som är bakjour och normalt jobbar enbart med öppenvård?</p> <p>-Vilka regler måste följas för att sätta in sondmatning?</p> <p>-Vilka regler gäller för bältning, hur ska detta förskrivas?</p> <p>Övrigt:</p> <p>-Vilka skillnader finns över landet gällande antal/100 000 som tvångsvårdas, vilka patientgrupper, vårdtider?</p> <p>-Mer kunskap kring gråzonstvång som: föräldratvång, avdelningsrutiner, tvångsåtgärder utan laga stöd</p>
--	---

		<p>-Kunskap kring dokumentation inom tvångsvård.</p> <p>-Hur görs uppföljning av tvångsåtgärder gällande följsamhet av lagar?</p> <p>-Under hur lång tid bör en patient tvångsvårdas, bör det finnas en övre gräns?</p> <p>-Hur ska tvångsvård förlängas samt vilka rutiner bör ingå vid förlängning av tvångsvård?</p> <p>-Hur kan BUP heldygnsvård göras mer personcentrerad utifrån de lagar och regler som finns</p> <p>-Hur påverkar regler kring LPT och tvångsåtgärder trygghet för patienten samt arbetsförhållanden för personalen</p> <p>Exempel på erfarenheter från anhöriga</p> <p><i>-För min son har väntan på beslut om LPT och väntan på att tillämpa tvångsåtgärder när beslut om LPT väl var fattat skapat mycket större lidande än tvångsvården i sig. I sonens fall skapade detta "skyddande" av individens rättigheter större lidande och svårigheter för patienten. Och leder i värsta fall till att patienten inte får hjälp eftersom hen har rätt att tacka nej.</i></p> <p><i>-alla som sondmatas skulle skriva in på LPT och vi accepterade detta även om vi tyckte att det konstigt att samma ingrepp (sond) skulle hanteras så olika inom barnsjukvården och barnpsykiatri</i></p>
58	Kunskap om vad som gör att tvångsåtgärder ökar samt vad som gör att tvångsåtgärder minskar (förebyggande) inom BUP heldygnsvård.	<p>-I vilka situationer är tvångsinsatser befogat, hur kan detta användas för att rädda liv och undvika kroppsskada hos patienter och personal?</p> <p>-Vilka åtgärder kan anses vara rimliga att ingå inom tvångsinsatser?</p> <p>-Hur undviker man tvångsåtgärder på yngre barn</p> <p>-Hur undviker man tvångsåtgärder vid svår anorexi</p> <p>Hur kan tvångsåtgärder undvikas eller minskas? Effekt av:</p> <p>-Kommunikationsinsatser</p> <p>-Bemötande</p> <p>-Läkemedel</p> <p>-Lågaffektivt bemötande</p> <p>-Information om framtida behandling, händelser</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Sällskap -Hjälp med ångesthantering -Genombrottsprojektet -Avvakta, tid innan insättning av tvångsåtgärder -Omvårdnadskunskap -Safe wards -Lugnande strategier -Bergenutbildning/bergenmodellen <p>Påverkan av vårdmiljö:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Effekt av vårdmiljön på andel tvångsåtgärder -Effekt av t ex lugnt rum, motionsrum, skola. -Effekt av att blanda unga med vuxna patienter på förekomst av tvångsåtgärder. -Hur kan BUP slutenvård ta hand om kraftigt utagerande för att undvika att minderåriga läggs inom vuxenpsykiatri (ex PIVA). <p>Utbildning personal och arbetsmiljö:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Effekt av utbildning i svåra möten där personalen får lära sig hur man bemöter patienter och undviker tvångsåtgärder samt hur man gör vid tvångsåtgärder. -Hur påverkas förekomst av tvångsåtgärder av personalens kompetens tex specialistutbildade psykiatrisjuksköterskor och endast utbildade skötare/undersköterskor? -Hur påverkar kunskap, utbildningsnivå, bemötande, rutiner, tydlig planering kring patienten och att patienten känner sig delaktig i vården förekomst av tvångsåtgärder? -Kunskap kring omvårdnadskompetens under tvångsvård -Kunskap om effekt av lågaffektivt bemötande och affektsmitta. Att personal är medveten om sina triggers och hur de är i balans. -Hur påverkar tryggheten i arbetsgruppen behov av tvångsvård? -Hur påverkar samsyn mellan personalen antal tvångsåtgärder? -Det interprofessionella samarbetets betydelse för att hitta och använda alternativ till tvångsåtgärder
--	---

	<p>-Påverkan av personaltäthet på mängd tvångsåtgärder?</p> <p>-Hur påverkar personalomsättning förekomst av tvångsåtgärder?</p> <p>-Hur påverkar personalens arbetsvillkor förekomst av tvångsåtgärder?</p> <p>-Kunskap om hur faktorer i arbetsmiljön påverkar tvångsåtgärder</p> <p>-Hur påverkar bedömningarna i primärjursdelen/akutbedömningen tvångsvård samt mängden tvångsåtgärder?</p> <p>-Påverkan av bedömning kring när vårdintyg behövs?</p> <p>-Effekt av bedömning av vilka patienter som bör läggas in på BUP heldygnsvård och vilka bör inte göra detta vad gäller förekomst av tvångsåtgärder? Exempelvis påverkade barn/unga som inkommer med polis, utåtagerande barn/unga som inte har psykiatrisk problematik</p> <p>Uppföljande analys:</p> <p>-Kunskap samt effekt av uppföljning av alla tvångsåtgärder för att förstå hur man kan göra för att undvika det nästa gång.</p> <p>-Effekt av att personalen får genomföra analyser tillsammans med psykolog efter en tvångsåtgärd för att förstå potentiella bidragande faktorer och på så vis kunna förebygga tvångsåtgärder i framtiden.</p> <p>Samverkan, delaktighet:</p> <p>-Hur påverkar en väl utbyggd öppenvård och mycket samverkan med olika Socialtjänster, behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder?</p> <p>-Hur påverkar grundförutsättningarna i den miljö som patienter med längre vårdperioder av LPT och upprepade tvångsåtgärder kommer ifrån förekomst av tvångsåtgärder?</p> <p>Hur ser deras familjesituation ut och vilken inställning har anhöriga till vården?</p> <p>-Effekt av att jobba aktivt för delaktighet för att minska tvångsinslagen?</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Mer kunskap om alternativa åtgärder istället för fastspänning och tvångsinjektioner.</i></p> <p><i>-Jag bältades regelbundet. Vissa gånger var det ej motiverat då jag endast grät av</i></p>
--	---

		<p>ångest. Upplever det som att har man blivit bältad en gång så krävs de inte mkt alls för gången efter</p> <p>-Jag har fått PTSD. Av vården. Hjärnan kan inte se skillnaden på riktig livsfara och upplevd livsfara. Tvångsmatningarna har gett mig PTSD. De hade antagligen inte kunnat undvikas. Men de hade kunnat erbjuda stöd.</p>
59	Vad är effekten av att få tvångsvård inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse?	<p>-Vad har påverkat patienten positivt o negativ med tvångsvård?</p> <p>-Hur kan språkbruk som finns i beslut om tvångsvård påverka patienten?</p> <p>-Hur skapas förståelse för behov av tvångsvård hos patienten?</p> <p>-Kunskap om tvångsvård gällande små barn</p> <p>-Effekt av tvångsvård vid ätstörning</p> <p>-Hur kan man på ett skonsamt och respektfullt sätt tillämpa tvång enligt LPT?</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter och anhöriga</p> <p>-språkbruket var hemskt för min dotter. Det blev traumatiskt för henne. Begreppet "svårt psykiskt störd" som man sa i beslutet, fastnade i henne</p> <p>-Tvångsvården på BUP traumatiserade mig och jag lider fortfarande av PTSD från den upplevelse av kontrollförlust som jag hade som tvångsvårdad, trots att jag gått år i traumabehandling.</p> <p>-Bra erfarenheter från tvångsvård är att det förmodligen räddade mitt liv då jag själv inte kunde ta beslutet att gå med på inläggning och de tog det åt mig.</p> <p>Behandlades inte med tvångsåtgärder.</p> <p>-Jag tror att tvångsvård var nödvändigt i mitt fall. Jag känner trots det att jag inte fick tillräckligt med utrymme för att framföra min oro och jag fick känslan av att man mest skakade av sig min kritik, även den konstruktiva</p>
60	Vad är effekten av tvångsåtgärder (t.ex. sondmatning eller bältning) inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse?	<p>Effekt av tvångsåtgärder</p> <p>-Kunskap om att utveckla sättet som tvångsvård och tvångsåtgärder utförs</p> <p>-Hur bör patienter informeras/inkluderas i vad som görs och varför åtgärder görs gällande tvångsåtgärder och ätstörning?</p> <p>-Hur kan tvångsåtgärder individanpassas för att undvika trauma?</p>

	<p>-Vad är effekten av att använda tvång som straff?</p> <p>Effekt av sondmatning:</p> <p>-Oklarhet kring sondmatning av patienter med ätstörningsproblematik. Kan svagt evidensunderlag leda till godtycklig behandling, där patienter ej behandlas på jämlikt sätt?</p> <p>-Finns skillnader över landet gällande sondmatning som tvångsåtgärd?</p> <p>-Hur påverkas patienten av fasthållning vid sondmatning</p> <p>Bältning</p> <p>-Vilken effekt har bältning,</p> <p>-Patientens och anhörigas upplevelse av bältning</p> <p>-Vad säger evidensen om bältning</p> <p>-Hur uppfattas hot om bältning</p> <p>-Vilka negativa fysiska och psykiska effekter kan uppstå, ex PTSD</p> <p>-Effekt av bältning jämfört med andra fasthållningsmetoder (fasthållning, kram, tyngdtäcke)</p> <p>-Effekt på ångestnivåer (under bältning samt under övrig vårdtid)</p> <p>-Hur kan ett bältesrum utformas på bästa sätt vad gäller utrustning, miljö, belysning etc?</p> <p>-Finns det patienter som inte bör bältas pga. risker för efterföljande trauma, exempelvis patienter med tidigare PTSD?</p> <p>-Används bältning på patienter som metod istället för att användas i nöd-skyddsåtgärd (enl. HSL)? Exempelvis som åtgärd när en patient blir "besvärlig"?</p> <p>-När är bältesläggning nödvändig och hur ofta kan detta göras</p> <p>-På vem ligger ansvaret för att bältning ska undvikas/ på vem läggs huvudsaklig orsak till att det används och hur kommuniceras detta</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Pga. min ätstörning har jag behövt tvångsmatas. Det har varit några av de värsta upplevelserna i mitt liv. När man har en ätstörning är mat ofta något av det värsta man vet. Att då tvångsmatas sex gånger per dag är att uppleva dödsångest sex gånger per dag. Jag förstår efteråt att</i></p>
--	---

		<p>det var nödvändigt för att hålla mig vid liv. Men det är viktigt att personalen förstår hur det upplevs av patienten. För mig var det som att uppleva livsfara sex gånger om dagen.</p> <p>-Bältessäng...usch. Bara trauma från det -det är sjukt tycker jag att man ska ha en bältessäng på en barnklinik. det måste finnas andra metoder för att lugna ner någon än att ge dom sådana trauman som kommer hemsöka dom resten av livet.</p> <p>-Jag tycker inte att bältningarna var jättetraumatiska, personalen var lugn runt mig och lade en blöt handduk på min panna när jag var så varm efter kampen. Självklart är det jobbigt att bli bältad men det blev också ett sätt som bröt paniken. Jag tror ändå att i de situationerna löstes bäst genom att jag blev bältad.</p> <p>-Ibland kunde jag känna att det nästan var värt att bli bältad bara för att personalen spenderade mer tid med mig dagen därpå</p>
61	Kunskap om hur insatser och bemötande av patienter kan utvecklas under och efter tvångsåtgärder inom BUP heldygnsvård.	<p>Vilka insatser bör göras efter tvångsåtgärder skett:</p> <ul style="list-style-type: none"> -För att minska trauma/ PTSD/fysiska skador -Efter sondmatning -Efter bältning -För anhöriga <p>Övrigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hur skapas trygghet vid tvångsvård, tvångsåtgärder? -Hur kan bemötande påverka patienter och anhöriga vid tvångsåtgärder <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <ul style="list-style-type: none"> -Blev bältad, isolerad och neddrogad. Efter sket de i mig, brydde sig inte. -Åtgärderna finns knappt antecknade i min journal och endast vid ett tillfälle har jag fått ett uppföljningssamtal efter åtgärden trots att det enligt lag ska ske efter varje gång. -Vid en tidigare inläggning då samma tvångsåtgärder använts skedde det betydligt lugnare. Jag var trygg med personalen, de var lugna och höll min hand i syfte att trösta mig-inte hålla fast. De stressade inte och satt med mig även

		<p><i>efteråt och anpassade tider för att det skulle gå så smidigt som möjligt.</i></p> <p><i>-Bemötande är A och O och hade kunnat förändra hela upplevelsen genom att förklara för mig, hålla sig lugna, ta den tid som behövs, sitta med mig, och se det som en allvarlig situation där allt behöver göras för att etablera trygghet. Och det hade inte varit svårt att förhindra att detta blev trauman då bemötande och tillit till personalen underlättar mycket och gör stor skillnad. De dagar då det fanns personal jag litade på, har jag inte lika allvarliga trauman från, man behöver bara bli förstörd, och som barn; närhet. En kram kan göra enorm skillnad.</i></p>
62	<p>Kunskap om hur patienter och anhöriga får information om tvångsvård och tvångsåtgärder inom BUP heldygnsvård och hur de görs delaktiga.</p>	<p>-Hur kan kommunikation och information ske om eventuell fortsatt LPT</p> <p>-Kommunikation om patientens rättigheter vid tvångsvård och vid tvångsinsatser</p> <p>-Information om vad det innebär att ha tvångsvård</p> <p>-Hur skapas en bra dialog tillsammans med patienten och hans anhöriga om hur de vill göra vid en eventuell tvångsåtgärd och hur skriva in i behandlingsplanen?</p> <p>-Vilken effekt kan en bra dialog ha på exempelvis att tvångsåtgärden kan undvikas helt eller kännas mindre kränkande?</p> <p>-Hur kan man göra vårdplan (inklusive genomförande) för hur man håller LPT kort?</p> <p>-Hur kan anhöriga påverka vården om patienten har tvångsvård och anhöriga anser att patienten inte får rätt vård eller motsätter sig permissioner?</p> <p>-Hur ska delaktighet dokumenteras i journalen vid tvångsvård, vägledning gällande vem som äger beslut när det gäller delaktighet den unga patienten, vårdnadshavare eller båda</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Fick inte alls mkt info om mina rättigheter som tvångsvård och fick sällan samtal efter tvångsåtgärderna som blev.</i></p> <p><i>-Jag fick inte information om vad tvångsvården innebar. I alla fall inte på ett sådant sätt jag kunde ta till mig i det</i></p>

	<p><i>medicinerade tillstånd jag var i. Jag hade ingen aning om att man hade rätt till en kontaktperson.</i></p> <p><i>-Blev mer tagen på allvar under tvångsvården jämfört med "frivillig".</i></p> <p><i>-Kring LPT har de varit mycket tydliga. Jag har alltid fått veta vad det innebär och varför man valt att sätta in LPT.</i></p> <p><i>-På läkarsamtalet efter frågade läkaren mig om jag föredrog att bli bältad eller fasthållen av personal när något sådant hände. Jag svarade att jag hellre blir bältad då jag tycker det är jobbigt med kroppskontakt i det tillståndet av panik</i></p>
--	--

Om SBU, Socialstyrelsen och metoden vi använder i projektet

SBU och Socialstyrelsen

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är en myndighet som sammanställer den forskning som finns på olika områden inom hälso-och sjukvård och socialtjänst. SBU:s rapporter riktar sig både till dem som arbetar praktiskt med sjukvård och dem som organiserar och planerar sjukvård. Resultaten berör också många patienter och anhöriga. I detta projekt samverkar SBU med Socialstyrelsen för att få fram de viktigaste frågorna där det behövs mer kunskap inom BUP heldygnsvård. Projektet är en del av Socialstyrelsens regeringsuppdrag inom barn-och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård inklusive tvångsvård.

James Lind Alliance metod

Metoden vi använder i detta projekt har tagits fram av en brittisk organisation, James Lind Alliance (JLA). Deras arbete bygger på att patienter, anhöriga och de som arbetar i vården tillsammans kommer överens om de viktigaste kunskapsluckorna/forskningsfrågorna inom ett område. Själva prioriteringen följer en konsensusmetodik och innebär att deltagarna prioriterar frågorna i flera omgångar. Här kan du läsa mer om JLA:

<https://www.jla.nihr.ac.uk/>