



Bilaga 9 Information till deltagare i workshop

Steg 3-information till deltagare i workshop och ny lista med frågor/teman för prioritering inom BUP heldygnsvård.

Innehåll

Upplägg på prioriteringen-steg 3, workshop	2
Projektets upplägg med tidplan	2
Information om workshopen	2
Mötestid och upplägg.....	2
Att tänka på under mötet.....	3
Inför workshopen	3
Formulär för rankning. Här skriver du in vilka 10 frågor du har valt inför workshopen. Ange gärna en kort motivering till hur du har valt.....	4
Lista med frågor/teman för prioritering inom BUP heldygnsvård inför workshop (tabell 1 och tabell 2).....	4
Tabell 1. Övergripande frågor/teman. De kvarvarande 23 frågor som ska diskuteras under workshopen.....	4
Tabell 2. Övergripande frågor/teman och underfrågor. De kvarvarande 23 frågor som ska diskuteras under workshopen.....	6
Om SBU, Socialstyrelsen och metoden vi använder i projektet.....	33
SBU och Socialstyrelsen.....	33
James Lind Alliance metod	33

Vid frågor kontakta gärna:

Projektledare

Karin Rydin

Marie Österberg

Projektadministratör

Sara Fundell

I projektledningen ingår även:

Birgitta Lindelius, Socialstyrelsen

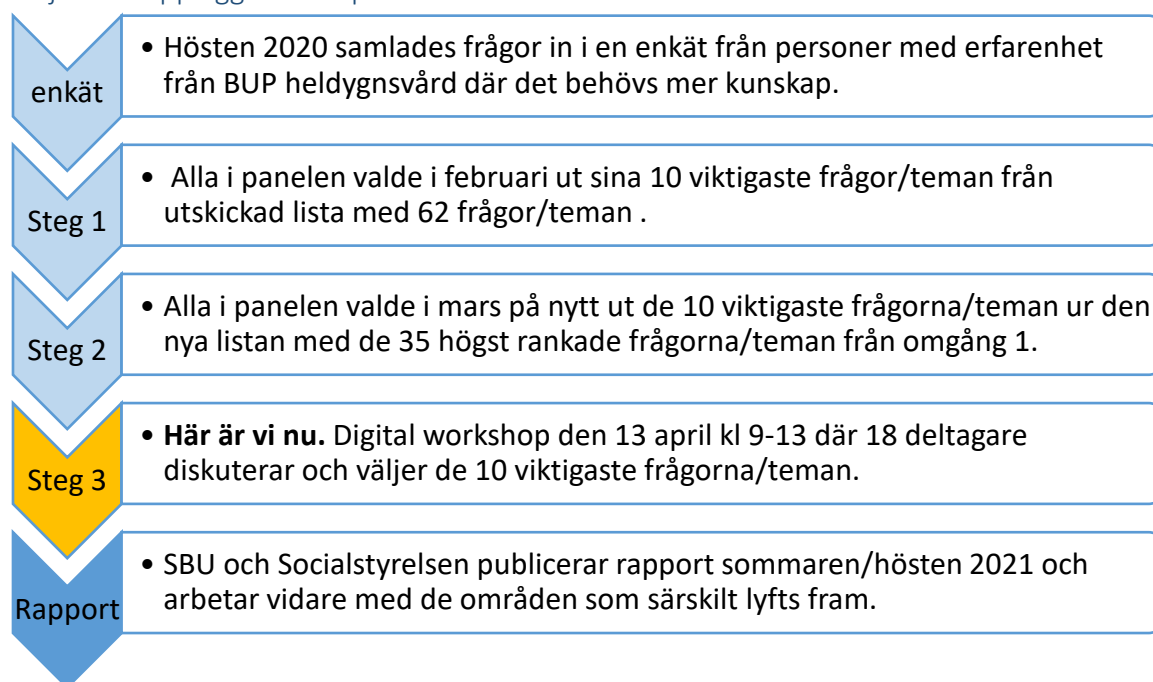
Nathalie Sundberg, patientsakkunnig
Susanne Buchmayer, sakkunnig från professionen

Upplägg på prioriteringen-steg 3, workshop.

Det är nu dags för det sista steget i processen att välja ut de viktigaste utvecklingsfrågorna/teman inom BUP heldygnsvård. Ni kommer att under en digital workshop den **13 april** diskutera och prioritera fram de tio viktigaste frågorna. Ni som deltar i mötena representerar patienter, anhöriga och professionen. Totalt är det 18 deltagare i workshoppen.

Vi vill att du som förberedelse till workshoppen väljer ut dina 10 viktigaste frågor och skickar in till oss (se avsnitt "inför workshoppen").

Projektets upplägg med tidplan



Figur 1. Projektets upplägg med tidplan

Information om workshoppen

Mötetid och upplägg

Mötet äger rum den **13 april kl. 9-13** på distans via Teams. Möteslänk för att ansluta till mötet kommer att skickas ut senare.

Vi kommer även att erbjuda ett testmöte inför workshoppen där man får chans att prova att använda Teams för den som vill.

Målet är att ta fram en gemensam lista över de 10 viktigaste frågorna. Under mötet kommer ni först att delas in i mindre diskussionsgrupper med en moderator. Varje person kommer kort att få presentera sina viktigaste frågor och motivering. Sedan återsamlas hela

gruppen för en kort gemensam diskussion. Vi kommer att ha flera pauser under mötet varav en lite längre paus.

Att tänka på under mötet

- Viktigt att alla kommer till tals
- För att komma överens om prioriteringen är det viktigt att vara pragmatisk och vilja kompromissa.
- Att en fråga väljs bort betyder inte att den är oviktig
- SBU:s och Socialstyrelsens roll är att arrangera dagen men kommer inte aktivt att delta i diskussionerna och styra resultatet.
- Mötet handlar om att få fram de frågor där det finns störst behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård

Inför workshopen

Inför workshopen vill vi att du väljer ut och rangordnar de 10 viktigaste frågorna från den nya lista som finns i detta dokument (se tabell 1 och tabell 2). Den här gången är det extra viktigt att du tänker över hur du motiverar dina val eftersom det behövs till diskussionerna under mötet.

Gör följande:

- Välj ut de 10 viktigaste frågorna ur listan.
- Ranka dina 10 utvalda frågor i formuläret från 1–10.
- 1 = den viktigaste frågan ner till 10 = minst viktiga.
- Du får gärna motivera varför du valt just dessa frågor i kolumnen längst till höger i formuläret.
- Mejla dokumentet till Sara.Fundell@sbu.se, senast den 31 mars.

Formulär för rankning. Här skriver du in vilka 10 frågor du har valt inför workshopen. Ange gärna en kort motivering till hur du har valt.

Rankning (1=högst rankat, 10=lägst rankat)	Utvalda 10 forskningsfrågor (ID-nummer)	Motivering/kommentar
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Lista med frågor/teman för prioritering inom BUP heldygnsvård inför workshop (tabell 1 och tabell 2)

Tabell 1 Övergripande frågor/teman. De kvarvarande 23 frågor som ska diskuteras under workshopen.

I listan finns nu de 23 frågor kvar som flest röstade på i omgång två. Vi har också tagit med alla frågor som hamnade på plats 1–10 sammanräknat separat för varje population, dvs. patienter, anhöriga och vårdpersonal. Totalt deltog 66 personer i omgång två varav 12 patienter, 16 anhöriga och 38 vårdpersonal.

Frågorna har kvar samma ID-nummer som tidigare men har i övrigt ingen inbördes rangordning. I kolumnerna till höger anges i procent hur stor andel av deltagarna som röstat på varje fråga totalt samt uppdelat per population.

ID nr	Fråga/tema för prioritering	Totalt	Patient	Anhörig	Vårdpersonal
1	Kunskap om vilka patienter som har behov av BUP heldygnsvård och kriterier för inläggning.	27%	33%	19%	29%
6	Specifik kunskap om bedömning av ätstörningar och behov av inläggning inom BUP heldygnsvård.	32%	42%	25%	32%
10	Kunskap om djupgående utredning som pågår kortare eller längre tid under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård och även tar in sociala faktorer t.ex.	29%	42%	13%	32%

ID nr	Fråga/tema för prioritering	Totalt	Patient	Anhörig	Vård-personal
	hemförhållanden och livssituation som kan påverka barnets mående.				
12	Kunskap om särskiljande av sjukdomar med likartade symtom (differentialdiagnostik) vid komplex diagnostik inom BUP heldygnsvård.	29%	25%	31%	29%
13	Kunskap om vilken vård som är meningsfull inom BUP heldygnsvård, dvs. hur kan innehållet i heldygnsvården läggas upp och utvecklas?	65%	50%	69%	68%
14	Vad är effekten av att vårdas i BUP heldygnsvård samt betydelse av vårdtidens längd? När bör man skrivas ut?	39%	33%	38%	42%
16	Kunskap om behandling vid olika diagnoser, problematik och samsjuklighet som förekommer inom BUP heldygnsvård t.ex. ätstörningar, självskadebeteende och autism.	55%	58%	63%	50%
17	Vilken effekt har psykologisk behandling inom BUP heldygnsvård t.ex. samtalsbehandling, DBT, KBT?	26%	42%	25%	21%
20	Vilket stöd bör anhöriga få när inläggningen pågår inom BUP heldygnsvård?	33%	17%	63%	26%
21	Kunskap om bemötande/förhållningssätt inom BUP heldygnsvård utifrån samtliga förekommande diagnoser och specifik problematik inom psykiatri.	32%	17%	38%	34%
23	Kunskap om vad som är ett bra bemötande vid inläggning och under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård utifrån ett patientperspektiv.	32%	67%	19%	26%
24	Kunskap om bemötande av patienter som blivit utsatta för våld, övergrepp eller traumatiska händelser (både innan och under vårdtiden i BUP heldygnsvård).	26%	58%	19%	18%
25	Kunskap om bemötande av anhöriga/hela familjer i kris vid bedömning av behov av inläggning och under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård.	32%	25%	63%	21%
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.	35%	33%	50%	29%
34	Hur skapas förutsättningar för en bra fysisk, psykisk och social vårdmiljö dvs. både lokaler, aktiviteter, stämning, känsla av trivsel etc. inom BUP heldygnsvård?	41%	42%	44%	39%
35	Kunskap om matens betydelse och miljön den serveras i inom BUP heldygnsvård.	15%	42%	6%	11%
36	Kunskap om vad som skapar trygghet respektive otrygghet för patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård.	30%	42%	44%	21%
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.	56%	33%	63%	61%

ID nr	Fråga/tema för prioritering	Totalt	Patient	Anhörig	Vård-personal
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?	27%	25%	38%	24%
52	Kunskap om hur samverkan kan organiseras mellan olika aktörer utanför sjukvården (socialtjänst, skola, polis) vid inläggning och behandling inom BUP heldygnsvård?	24%	8%	19%	32%
53	Kunskap om hur samverkan med öppenvården kan organiseras vid inläggning och behandling samt vid uppföljning efter BUP heldygnsvård.	27%	17%	25%	32%
58	Kunskap om vad som gör att tvångsåtgärder ökar samt vad som gör att tvångsåtgärder minskar (förebyggande) inom BUP heldygnsvård.	39%	33%	19%	50%
60	Vad är effekten av tvångsåtgärder (t.ex. sondmatning eller bältning) inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse?	33%	42%	31%	32%

Tabell 2 Övergripande frågor/teman och underfrågor. De kvarvarande 23 frågor som ska diskuteras under workshoppen.

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? 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> <ul style="list-style-type: none"> -Intox/överdos/påverkad -Våldstendenser/ svåra utbrott -Låg ålder -Vid misstänkt PANS/PANDAS autoimmun encefalit -Vid samsjuklighet -Svår depression -Ångest -Autism och samtidig selektiv mutism -Autism, ADHD och ätstörning -Autism -NDD (Neurodevelopmental disorders) olika kognitiva nedsättningar -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 -Suicidrisk -Suicidförsök -Självmondsbenägen -Suicidförsök/tankar och låg ålder -Suicid/ misstanke om försök till suicid efter trauma -Självskaadebeteende -Kunskap om fördelar och nackdelar med att sätta borderline diagnos på ungdomar under 18 år?
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
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.	<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

	<p>ungdom som inte känner sig sedd och som kanske inte återfår tilliten till vården fullt ut.</p> <p>-Går det att koncentrerat ringa in patientens svårigheter (utredning)?</p> <p>-Förståelse på djupet av patientens svårigheter, symtom och situation behövs, ej allt för mycket fokus på diagnos.</p> <p>-Hur göra en bedömning av eventuella risker i hemmiljön vid bedömning av behov av inläggning på heldygnsvård?</p> <p>-Vilken effekt har en mer ICF inriktad diagnostik, diagnostik om funktionsförmågor, funktionell analys, styrkor/svagheter/intressen/preferenser</p> <p>-Kunskap kring hur symtom skiftar i akut och behandlingsfas, bedömning/omprövning av eventuell diagnos</p> <p>-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 inläggande och vid mobilisering inför utskrivningen</p> <p>-Hur stor möjlighet finns att inom heldygnsvården göra fullständiga utredningar</p> <p>-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</p> <p>-Vilken effekt har brist på diagnos alternativt för många diagnoser på möjlighet till behandling och tillfrisknande</p> <p>-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> <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 p.g.a. 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>
--	--

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> <p>-Vilken kompetens krävs för att fastställa respektive avfärda psykiatriska diagnoser när det gäller komplexa fall med mycket samsjuklighet</p>
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 -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 etc. 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 värdeffekter 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>
16	<p>Kunskap om behandling vid olika diagnoser, problematik och samsjuklighet som förekommer inom BUP heldygnsvård t.ex. 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 viktcurvan 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> <p>-När bör sond sättas in (hur bör utredning göras angående behov av denna insats)</p> <p>-Vilken effekt har familjebehandling vid anorexi</p> <p>-Vilken effekt har multifamily-utbildning vid anorexi</p> <p>-Effekt har matschema vid anorexi</p> <p>-Effekt har olika läkemedel vid anorexi exempelvis Olanzapin, Movicol</p> <p>-Vilken betydelse har samtalsstöd inför och efter måltider vid anorexi</p> <p>-Vilken effekt har kroppsuppfattningsterapi vid anorexi</p> <p>-Vilken effekt har olika typer av stöd vid måltider vid ätstörning tex måltidsträning eller att anhörig/förälder äter tillsammans med patienten</p> <p>-Vilken betydelse har psykologiskt stöd vid ätstörning</p>

		<p>-Vilken effekt har endast matintag (fokus enbart på mat) och inget psykologiskt stöd på ätstörningen</p> <p>-Vilken effekt har intravenös behandling exempelvis glukosdropp, dropp med NaCl, på smärta</p> <p>-Hur tänka kring behov av rörelse alternativt lek vid ätstörning (speciellt gällande yngre patienter)</p> <p>-KBT vid ätstörning</p> <p>-Kunskap om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ätstörning</p> <p>Behandling av självskadebeteende:</p> <p>-Behandling vid självskadebeteende och samtidig beteendeproblematik.</p> <p>-Vilket stöd och läkarkontakt bör patienter med ångest och självskadebeteende ha</p> <p>-Kunskap om behandling vid självskadebeteende</p> <p>Behandling vid autism och annan samsjuklighet:</p> <p>-Behandling vid autism och selektiv mutism</p> <p>-Ätstörning hos patienter med autism</p> <p>-Patienter med autism och utvecklingsstörning.</p> <p>Behandling av suicidala patienter:</p> <p>-Vilken behandling bör ges när patienter är inlagda på heldygnsvård efter akutfas där behandling varit övervakning för suicidrisk</p> <p>Behandling vid ångest:</p> <p>-Hur bör personer med ångest behandlas?</p> <p>-behandling av svår ångest</p> <p>Behandling vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF):</p> <p>-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</p> <p>Behandlingslinje vid samsjuklighet:</p> <p>-Patienter av typen neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF)+ätstörning+tvång+psykos/affektiv problematik)</p> <p>-Ätstörning hos patienter med autism</p> <p>-Behandling av misstänkt PANS/PANDAS</p>
17	Vilken effekt har psykologisk behandling inom BUP heldygnsvård t.ex. samtalsbehandling, DBT, KBT?	<p>Vilken typ av psykologisk behandling är möjlig/eftersträvansvärd i slutenvård?</p> <p>-Vad är evidensbaserad psykologisk behandling?</p> <p>Effekt av:</p> <p>-Samtalsbehandlingar</p> <p>-Samtalsstöd till hela familjen</p> <p>-Samtal med behandlare eller psykolog i öppenvården under heldygnsvården</p> <p>-Verktyg för att hantera ångest.</p> <p>-Känsloskola</p> <p>-Gruppterapi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Dialektisk beteendeterapi (DBT) -Mini DBT -Socialpsykiatrisk arbete -KBT -Interpersonell psykoterapi (IPT) -Systematisk behandling exempelvis psykoedukation om ångest -Baspsykopedagogik om exempelvis ångesthantering -Psykosociala terapier <p>Effekt av behandling kopplat till profession/kompetens:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Behandling av psykolog -Behandling av kurator -Dagliga samtal med sjuksköterska jämfört med samtal vid behov/vid tid -Kontaktpersonssamtal med skötare
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 p.g.a. 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 -Kunskap kring hur man kan jobba vidare med problematik hemma -Feedback gällande positiva saker i interaktion med patienten samt negativa -För att lära sig hur man kan vårda/ta hand om ett barn med olika psykiatriska sjukdomar -Hjälp att stärkas i föräldrarollen -Vilken effekt har stöd till föräldrar på behandlingsutfallet? -Vilket stöd bör anhöriga få vid utskrivning exempelvis vetskap kring möjlighet till ny inläggning? -Utbildning till anhöriga avseende patientens symtom

		<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 förekommande diagnoser och specifik problematik inom psykiatri.	<p>Kunskap om bemötande utifrån diagnoser/problematik tex:</p> <p>-ätstörningspatienter</p> <p>-neuropsykiatriska diagnoser</p> <p>-personer med svår ångest</p> <p>-Bemötande vid aggressivitet</p> <p>-Utåtagerande eller självskadebeteende</p> <p>-Funktionsnedsättningar</p> <p>-Patienter med ätstörningsproblematik</p> <p>-Kunskap gällande bemötande av patienter som har svårigheter att kommunicera</p> <p>-Kunskap om bemötande för särskilt sårbara patienter med ofta stort vårdbehov och hög risk såsom: asylsökande, SIS-placerade och unga med skadligt bruk/substansbruk</p> <p>-Kunskap om bemötande utifrån den personen och de särskilda omständigheterna som finns, istället för kunskap utifrån diagnos</p> <p>-Hur bemötandet kan bli mer effektivt i kontakt med olika diagnoser men även utifrån varje enskild persons behov och önskemål.</p> <p>Organisation:</p>

		<p>-Vilken påverkan har ledning samt ledningskultur på avdelningarnas bemötande av patienter och anhöriga</p> <p>-Finns skillnader i bemötande beroende på om avdelningen har tydliga strukturer, riktlinjer och rutiner.</p>
23	<p>Kunskap om vad som är ett bra bemötande vid inläggning och under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård utifrån ett patientperspektiv.</p>	<p>Kunskap om vad som upplevs som ett bra respektive dåligt bemötande av patienter</p> <p>-Vilken betydelse har bemötandet på behandlingsutfall och det långsiktiga tillfrisknandet?</p> <p>-Vilken effekt har kommunikation mellan patient och vårdpersonal på tillfrisknande och förändring</p> <p>-Hur påverkar bemötandet vid inskrivningen patienterna?</p> <p>-Hur kan personal och patienter tillsammans hitta en bra medelväg så alla känner sig trygga och delaktiga utifrån sina förutsättningar?</p> <p>-Hur påverkas vård samt bemötande av att vårdpersonal blir kompis med patienter</p> <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 självskadar sig</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 besluten 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.	Hur påverkar bemötandet vid inskrivningen anhöriga

		<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 t.ex. genom en vårdplan.	-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>-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>
Vårdmiljö, trygghet och patientsäkerhet		
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> <p>-Vilken aktivitetsnivå på avdelningen är bäst för snabb bättring och utskrivning till det egna hemmet?</p> <p>-Kunskap om hur skapa en säker vårdmiljö för både patienter och personal.?</p> <p>-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?</p> <p>-Hur skapas en lugn stämning på avdelningen?</p> <p>-hur kan man inom BUP heldygnsvård arbeta kring de eskalation, skapa en kultur av de eskalation</p>

	<p>-Hur påverkas patientens trygghet av att det finns möjlighet att dra sig tillbaka vid behov</p> <p>-Hur påverkar sensorisk överstimulering</p> <p>Övrigt</p> <p>-Viktigt att få mer kunskap vad i vårdmiljön som gör att en del patienter tenderar att bli "långliggare" eller återkommer väldigt ofta?</p> <p>-Hur bidrar personalen, mänsklig värme och en ambition att förstå och hjälpa till</p> <p>-Hur kan ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)) användas för att optimera vårdmiljö vårdmiljön</p> <p>-På vilket sätt bidrar tydlighet, transparens och struktur till vårdmiljö</p> <p>-Koppling mellan god behandlingskunskap och kunskap gällande evidensbaserade behandlingsmetoder och vårdmiljö</p> <p>-Vilken effekt har miljöterapi på vårdmiljön</p> <p>-Påverkan av att disputerade specialistsjuksköterskor i utvecklingen av vårdmiljö och trygga och säkra miljöer</p> <p>-Vilken betydelse har engagemang hos personalen på patientsäkerheten</p> <p>-Vad är lägsta krav vad gäller personalresurser, utrymme, möjlighet till sysselsättning och utemiljö?</p> <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 betar 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> <ul style="list-style-type: none"> -Hur kan kvaliteten på maten höjas? -Hur påverkar matmiljön exempelvis för ätstörda patienter? -Effekt av att ha möjlighet att äta avskilt
36	Kunskap om vad som skapar trygghet respektive otrygghet för patienter och anhöriga inom BUP heldygnsvård.	<p>Bemötande, delaktighet, information:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kunskap i olika mekanismer på avdelningen samt bemötande av dessa, exempelvis splitting, anknytning, separation, projektion för att undvika eller minimera vårdskador -Vilken betydelse har personalens engagemang och förmåga att förmedla att de har kontroll? -Vilken effekt har information (återkommande information) om tex vad som händer på känsla av trygghet? -Vad innebär ett tydligt schema över dagens aktiviteter för patienternas trygghet -Kunskap om hur bemötande kan påverka trygghet tex lågaffektivt bemötande, varmt och vänligt bemötande, att lyssna, att inte vara dömande etc.? -Hur kan personalen skapa en bra relation till patient och föräldrar? -Hur påverkar möjlighet till delaktighet trygghet -Hur stötta väldigt otrygga patienter? -Hur kan vårdpersonal ge information/agera gällande andra patienter utan att skapa ökad otrygghet? -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 -Vilken betydelse har kunskaper hos personalen att värdera och hantera suicidrisk och risk för våld avseende trygghet på avdelningen -Betydelse av kunskap samt kompetens hos personalen om självskadebeteende samt bemötande av patienter som självskadar avseende trygghet <p>Rutiner, organisation, resurser:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vilken betydelse har förutsägbarhet och att veta vem man ska vända sig till? -Effekt av kontakt med avdelningsteam? -Betydelse av att få veta när utskrivningen planeras på känsla av trygghet och visshet -Hur kan personalen hantera om det är oroligt på avdelningen? -Kunskap om vilka förutsättningar för personalen som är av betydelse för att skapa trygghet och god vårdmiljö?

	<ul style="list-style-type: none"> -Effekt av rumskontroller, genomsökning av medtagna saker för att förhindra införsel av skadliga föremål -Effekt av låst avdelning, omöjligt/svårt att rymma -Effekt av att kunna dela av avdelningen vid våldsamma patienter -Effekt av vakt närvarande vid våldsamma patienter -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 Övrigt:
--	--

		<p>-Mer kunskap om internetanvändande utifrån negativa sidor/beteenden hos barn och unga till exempel, negativa Instagramkonton (exempelvis får negativ feedback på självskadebilder),</p> <p>-Internetanvändande utifrån sexuellt självskadande såsom att sälja sex via nätet och internetanvändande för droger.</p> <p>-Hur kan vården stötta barn och ungdomar i ett gott, informativt och positivt internetanvändande?</p> <p>Exempel från patienter och anhöriga</p> <p><i>-Särskilt trygg kände jag mig när personal satt inne i mitt rum hos mig när jag mådde dåligt.</i></p> <p><i>-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.</i></p> <p><i>-Även känslan av att vara inlåst gjorde mig trygg, just för jag visste att jag inte kunde ta mig ut.</i></p> <p><i>-litet vårdteam samt samma kontaktpersoner under hela vårdtiden</i></p> <p><i>-de intresserade sig i mig som människa istället för i mig som patient</i></p> <p><i>-Jag hade för det mesta min mamma med på avdelningen vilket gav mig mycket trygghet.</i></p> <p><i>-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.</i></p>
Arbetsmiljö, organisation, resurser och kompetens		
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 specialisering av sjuksköterskor och skötare samt personalens kunskaper inom barn-ungdomspsykiatri.</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>-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> <ul style="list-style-type: none"> -Effekt av psykologer och socionomer med barnpsykiatrisk utbildning inom BUP heldygnsvård -Arbetsterapeuters roll vid diagnos -Betydelse av farmaceut -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>Kunskapsnivå/kompetensnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kunskap om vilka krav som kan eller bör ställas om lägstanivå på formell kompetens för att arbeta inom heldygnsvård. Vilken kompetensnivå krävs? -Kompetens gällande pedagogisk kunskap/ pedagogiskt bemötande -Hur påverkar kunskapsnivån hos personalen förutsättningarna för att ge vård? -Vilka kunskaper och utbildning behöver skötarkåren ha för att kunna bidra till att stabilisera en patient? -Vilken kompetensnivå bör krävas på vikarier och timanställda? -Hur påverkar kompetens, utbildning eller andra personalegenskaper möjlighet till diagnos och eventuell inskrivning -Kunskap om vilken nivå av utbildning personalen inom heldygnsvården har i genomsnitt och vilken kompetens cheferna har i ledarskap. -Vilka kompetenskrav ställs och bör ställas på omvårdnadspersonalen, och hur tillvaratas denna kompetens? -Vilken kunskap i svenska bör finnas hos behandlande personal -Kunskap om utsättningssymtom -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.
--	---

		<p>-Kunskap gällande psykopedagogiken exempelvis departementslyftet och ångestprogram från sfBUP</p> <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <p><i>-Jag hade behövt psykologer och läkare som var utbildade i min problematik.</i></p> <p><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></p> <p><i>-Personalen var (i min mening, vet ej om formell kompetens) inte utbildad att hantera den sortens trauma jag var i.</i></p> <p><i>-Rusta upp stället med kompetent personal. Skulle helst se sjuksköterskor med specialistkompetens inom psykiatri.</i></p>
49	<p>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>	<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 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 ätstörningstips. 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 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>
Samverkan med andra aktörer vid beslut om inläggning och behandling		
52	Kunskap om hur samverkan kan organiseras mellan olika aktörer utanför sjukvården (socialtjänst, skola, polis) vid inläggning och behandling inom BUP heldygnsvård?	<p>Samverkan med socialtjänst:</p> <p>-Hur kan socialtjänsten integreras i vårdkedjan?</p> <p>-Kunskap om vad BUP slutenvård ska ansvara för och vad som är Socialtjänstens ansvarsområde?</p> <p>-När ska man vårdas inom BUP heldygnsvård och när i socialtjänstens regi?</p> <p>-Hur sker samverkan med socialtjänsten gällande beslut om vård eller bedömning om placering i fosterhem eller vård via SiS och andra behandlingshem?</p> <p>-hur få till bättre samverkan, tillit, respekt för varandras bedömningar och möjligheter, lagrum mm.</p> <p>-Hur adekvat är vården av barn med psykiatriska tillstånd och behov i privat drivna HVB, inom SIS etc. utifrån barnens/ungdomarnas samlade behov?</p> <p>-Kunskap om hur socialtjänst fungerar och vilka insatser som IFO kan erbjuda. Vilka insatser kan socialtjänsten erbjuda?</p> <p>-Hur stor roll spelar ekonomiska frågor och resurser i samverkan med socialtjänsten och vilka konsekvenser får det?</p> <p>-Kunskap om former för att BUP kan anmäla till Socialtjänsten om nödvändigt</p>

	<p>-Samverkan med socialtjänsten kring suicidnära barn och ungdomar. Hur avhjälpes 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 slutna 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 psykiatrin 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	Kunskap om hur samverkan med öppenvården kan organiseras vid inläggning och behandling samt vid uppföljning efter BUP heldygnsvård.	<p>Kunskap om hur en sömnlös överföring till öppenvården vid utskrivning, för att undvika att patienter faller mellan stolarna:</p> <p>-Medverkan av läkare för efterföljande vårdinstanser medverkar vid behandlingsmöten</p> <p>-Hearing med läkare och anhöriga där både öppenvård och slutenvård medverkar</p> <p>-Längre utskrivningstid där patienten får möjlighet att knyta kontakt med personal inom öppenvården</p> <p>-Effekt av att patientansvarig behandlare inom öppenvården känner till planeringen som sker på heldygnsvården.</p> <p>-Effekt av samtal där öppenvården medverkar innan utskrivning tex genom Skype</p> <p>-Hur ser ansvarsfördelningen ut gällande behandlingar samt hur detta kommuniceras till anhöriga</p> <p>-Hur kan övergång mellan BUP Haldygnsvård och öppenvård tydliggöras, skrivas ner och planeras</p>

	<p>för redan när patienten läggs in på mottagningen?</p> <ul style="list-style-type: none"> -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? -Hur kan samverkan göras kring behandling för att ge bäst effekt, ska behandling som inletts inom öppenvården fortsätta inom slutenvården alternativt intensifieras inom slutenvården -Kunskap om samverkan och kommunikation kring läkemedelsinsättningar/byten mellan öppen och slutenvård. -Hur verka mot att olika instanser jobbar på liknande sätt angående behandlingar, medicinering osv -Kan gemensamma vårdplaner för öppen-och slutenvård användas? Hur kan dessa i sådana fall utformas? -Hur kan öppenvård och slutenvård arbeta kring långsiktiga stegvis upptrappade behandlingsprogram vilka kan behöva skifta mellan vårdformer utan att inriktningen bryts <p>Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vem ansvarar för att samverkan och fortsatt vård fungerar? -Hur stort ansvar ska läggas på föräldrar gällande samverkan? -Kunskap om hur en tydlig vårdkedja skapas där öppenvården ingår -Hur skapa fasta samverkansrutiner och strukturer? -Vad ingår i öppenvård och vad ska kommunen (socialtjänst) ta vid? -Mellanvård-finns det, vad kan det bestå av? -Hur skapas behandlingsform för de patienter som behöver observeras eller få mer tid för att utskrivningen ska bli lyckad på längre sikt? -Hur kan samverkan och fortsatt vård läggas upp för att korta vårdtiden på BUP heldygnsvård, ex hjälp med tillsyn och omvårdnad i hemmet?
--	--

	<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 vetenskap om missbruk eller suicidförsök.</p> <p>-Effekt av uppföljning med utvärdering efter inneliggande 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>
Tvångsvård och tvångsåtgärder	

58	<p>Kunskap om vad som gör att tvångsåtgärder ökar samt vad som gör att tvångsåtgärder minskar (förebyggande) inom BUP heldygnsvård.</p>	<p>-I vilka situationer är tvångsinsatser befogat, hur kan detta användas för att rädda liv och undvika kroppsskada hos patienter och personal? - Vilka åtgärder kan anses vara rimliga att ingå inom tvångsinsatser? - Hur undviker man tvångsåtgärder på yngre barn - Hur undviker man tvångsåtgärder vid svår anorexi</p> <p>Hur kan tvångsåtgärder undvikas eller minskas? Effekt av: - Kommunikationsinsatser - Bemötande - Läkemedel - Lågaffektivt bemötande - Information om framtida behandling, händelser - Sällskap - Hjälp med ångesthantering - Genombrottsprojektet - Avvakta, tid innan insättning av tvångsåtgärder - Omvårdnadskunskap - Safe wards - Lugnande strategier - Bergenutbildning/bergenmodellen</p> <p>Påverkan av vårdmiljö: - 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> <p>Utbildning personal och arbetsmiljö: - 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?</p>
----	---	---

	<p>-Det interprofessionella samarbetets betydelse för att hitta och använda alternativ till tvångsåtgärder</p> <p>-Påverkan av personaltätthet 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 primärjournalsdelen/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 ångest. Upplever det som att har man blivit bältad en gång så krävs de inte mkt alls för gången efter</i></p> <p><i>-Jag har fått PTSD. Av vården. Hjärnan kan inte se skillnaden på riktig livsfara och upplevd livsfara. Tvångsmatningarna har gett mig PTSD. De hade</i></p>
--	---

		<i>antagligen inte kunnat undvikas. Men de hade kunnat erbjuda stöd.</i>
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> <ul style="list-style-type: none"> -Kunskap om att utveckla sättet som tvångsvård och tvångsåtgärder utförs -Hur bör patienter informeras/inkluderas i vad som görs och varför åtgärder görs gällande tvångsåtgärder och ätstörning? -Hur kan tvångsåtgärder individanpassas för att undvika trauma? -Vad är effekten av att använda tvång som straff? <p>Effekt av sondmatning:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oklarhet kring sondmatning av patienter med ätstörningsproblematik. Kan svagt evidensunderlag leda till godtycklig behandling, där patienter ej behandlas på jämlikt sätt? -Finns skillnader över landet gällande sondmatning som tvångsåtgärd? -Hur påverkas patienten av fasthållning vid sondmatning <p>Bältning</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vilken effekt har bältning, -Patientens och anhörigas upplevelse av bältning -Vad säger evidensen om bältning -Hur uppfattas hot om bältning -Vilka negativa fysiska och psykiska effekter kan uppstå, ex PTSD -Effekt av bältning jämfört med andra fasthållningsmetoder (fasthållning, kram, tyngdtäcke) -Effekt på ångestnivåer (under bältning samt under övrig vårdtid) -Hur kan ett bältesrum utformas på bästa sätt vad gäller utrustning, miljö, belysning etc? -Finns det patienter som inte bör bältas pga. risker för efterföljande trauma, exempelvis patienter med tidigare PTSD? -Används bältning på patienter som metod istället för att användas i nöd-skyddsåtgärd (enl. HSL)? Exempelvis som åtgärd när en patient blir "besvärlig"? -När är bältesläggning nödvändig och hur ofta kan detta göras -På vem ligger ansvaret för att bältning ska undvikas/ på vem läggs huvudsaklig orsak till att det används och hur kommuniceras detta <p>Exempel på erfarenheter från patienter</p> <ul style="list-style-type: none"> -<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 det var nödvändigt för att hålla mig vid liv. Men det är</i>

		<p><i>viktigt att personalen förstår hur det upplevs av patienten. För mig var det som att uppleva livsfara sex gånger om dagen.</i></p> <p><i>-Bältessäng...usch. Bara trauma från det</i></p> <p><i>-det är sjukt tycker jag att man ens 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.</i></p> <p><i>-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. Självlärt 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.</i></p> <p><i>-Ibland kunde jag känna att det nästan var värt att bli bältad bara för att personalen spenderade mer tid med mig dagen därpå</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.

Socialstyrelsen och SBU kommer sedan att arbeta vidare med de frågor som särskilt lyfts fram. Resultatet kommer också att spridas till forskningsfinansiärer, forskare, kliniskt verksamma vårdgivare, patienter och närstående.

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/>