

«Et behandlingstilbud der
man blir trygg er en god
plass å komme»

Bruker Spør Bruker undersøkelse av:

Pasienters forventninger til fremtidens
behandlingstilbud og nytt bygg for psykisk helsevern
og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
ved UNN HF Tromsø.

Astrid Weber og Annika Alexandersen

UNN HF/KBT 2021



Bruker Spør Bruker Evaluering

Psykisk helse og rusklinikken,
Universitetssykehuset Nord- Norge HF
i samarbeid med KBT - Kompetansesenter for
brukererfaring og tjenesteutvikling,
med malen fra Bruker Spør Bruker ANS
Rapport 1/2021
Astrid Weber og Annika Alexandersen, 2021

Nettutgave ISBN 978-82-93532-21-7

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen	5
1.2 Formål	5
1.3 Problemstilling for undersøkelsen	5
2.0 Metode	6
2.1 Evalueringsmetodikk	6
2.2 Deltakere og rekruttering	6
2.3 Gjennomføring og utvalg	7
2.4 Ethiske vurderinger	7
3.0 Hovedfunn	8
Forventninger til behandlingstilbud/viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud	8
Akutt til rehabilitering	8
Spesialiserte behandlingstilbud og recoveryorientering	8
Aktivitet og direkte utgang til uteområder	9
Mindre pasienter per enhet og ulike soner	10
Struktur	10
Personvern og slippe mellomstasjoner	10
Brukermedvirkning, kontinuitet og sikkerhetsnett	11
Oppfylle krav til nødvendig helsehjelp	12
Barn som pårørende	13
Mat/måltider	14
Bygg	14
Kvalitet i behandlingstilbudet	14
Behandlingstilbud det er behov for i fremtidens PHV og TSB ved UNN Tromsø	16
Behov for spesialiserte behandlingstilbud	17
Godt behandlingsmiljø	20

	Side nr 4
Kompetansebehov – forbedring av behandlingstilbud	20
Tverrfaglighet	21
Samisk kulturkompetanse	21
Erfaringskompetanse	22
Forventninger til nytt sykehusbygg	23
Beliggenhet	23
Pasientrom	23
Rom for aktiviteter	23
Livssyn og kultur	24
Skolebygg	24
Fellesareal	24
Inneklima	24
Pårørende	24
Utsmykking og skilting	24
Uteområder	25
Smittevern	25
Avdelinger generelt	25
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	25
Psykisk helsevern (PHV)	25
Somatikk og legevakt	26
4.0 Oppsummering	26
5.0 Referanser	27
6.0 Vedlegg Temaguide for intervju	28

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

UNN HF gjennomfører et organisasjonsutviklingsprosjekt som skal beskrive og utvikle innholdet og organisering av virksomheten i forkant av oppstart av byggeprosjekt for nytt bygg for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Tromsø. Gjennomføring av prosjektet skal bidra til at fremtidig behandlingstilbud og ressursbehov, samt organisering av disse, sees i sammenheng med utforming av nye arealer for PHV og TSB. Prosjektet er organisert med styringsgruppe, prosjektgruppe, medvirkergrupper samt flere tiltak for å innhente relevante data. Sykehusbygg bistår med rådgivning i gjennomføring av prosjektet. Prosjektet inngår i utviklings- og kvalitetsarbeid.

Som del av å sikre et bredt kunnskapsgrunnlag og sørge for at pasienters og pårørendes innspill om forventninger til nybygg er del av dette arbeidet, ansees bruker- og pårørendemedvirkning sentralt. I tillegg til særskilte tiltak for å realisere gjennomgående brukermidvirkning i styringsgruppe, prosjektgruppe, medvirkergrupper, brukermøter og workshops for personer med særlig relevant erfaring, gjennomføres denne forventningsundersøkelse gjort med bruk av “Bruker Spør Bruker-metodikk.”

1.2 Formål

Formålet med denne undersøkelsen er å få frem pasienter og brukeres forventninger og innspill til fremtidens behandlingstilbud og nytt sykehusbygg for PHV og TSB UNN Tromsø.

1.3 Problemstilling for undersøkelsen

Hvilke forventninger har pasienter til fremtidens behandlingstilbud og et nytt sykehusbygg?

- Hva mener du/dere er viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud?
- Hva er viktig for å få til god kvalitet i behandlingstilbudet, slik du/dere ser det?
- Hva betyr/kjennetegner godt samarbeid for deg/dere?
- Har du/dere noen synspunkt på hvilken kompetanse personalet bør ha?
- Hvordan tenker du/dere somatiske helsetjenester bør være når man er i behandling i psykiatrien (PHV) /rusbehandling?

- Hvilke behandlingstilbud er det behov for, slik du/dere ser det, i fremtidens psykiatri (PHV) og/eller rusbehandling (TSB)?
- Hvilke forventninger har du/dere til et nytt sykehusbygg?
- Har syns du/dere er viktige i nytt sykehusbygg?

2.0 Metode

2.1 Evalueringsmetodikk

Evalueringsmetoden “Bruker Spør Bruker” (BSB)(www.bruckererfaring.no) har blitt utviklet og gjennomført i norsk psykisk helsetjeneste siden 1998. BSB brukes til å evaluere en tjeneste fra brukernes perspektiv og gjennomføres av utdannede prosessledere fra BSB. Metoden består av følgende trinn:

1. Det utarbeides problemstillinger for evaluering i samarbeid med tjenesten og tjenesten legger til rette for undersøkelsen ved forankring i egen organisasjon og praktisk tilrettelegging inkludert rekruttering av deltakere
2. Det gjennomføres gruppe- og individuelle intervjuer med brukere om deres erfaringer med tjenesten. Dette er basert på fokusgruppeintervju ut fra metodikken til Krueger og Casey (2000)
3. Analysen av dette materialet presenteres i en prosessrapport som brukes i en dialogkonferanse hvor tjenesterepresentanter og brukere invitert av tjenesten møtes for å diskutere og validere de foreløpige funnene. Samtidig er dialogkonferansen en fortsettelse av datainnsamlingen i den forstand at nye vinklinger og fokus som kommer frem innarbeides i sluttrapporten.
4. Sluttrapporten, som består av oppsummerende tekst og illustrerende sitater, er en omforent beskrivelse av hvordan tjenesten oppleves.

2.2 Deltakere og rekruttering

Deltakere i undersøkelsen har erfaring som pasienter ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF. Rekrutteringen ble gjort gjennom fagpersoner tilhørende ulike tjenestesteder i virksomheten med lokalisasjon i Tromsø. De som ble gjort kjent med muligheten for å delta fikk et informasjonsskriv om undersøkelsen og brosjyre med informasjon om formål, metode, intervjuere og mulig tidspunkt for fokusgruppeintervju, samt informasjon om mulighet for

ene-intervju dersom noen ønsket det.

2.3 Gjennomføring og utvalg

Temaguiden ble først og fremst utarbeidet på grunnlag av OU-prosjektets målsetning (mål bilde), i tillegg ble erfaringer brukt fra tidligere Bruker Spør Bruker undersøkelser.

Intervjuene ble gjennomført i perioden januar og februar 2021. Det ble gjennomført 5 fokusgruppeintervju og 8 enkeltintervju, med totalt 22 deltakere.

Deltakerne representerer et bredt utvalg av erfaringer med behandlingstilbud innen Psykisk helse- og rusklinikken,

I de tilfellene der deltakerne har samtykket til det, har intervjuene blitt tatt opp som audiofil og deretter blitt transkribert. Enkelte har i tillegg sendt skriftlige innspill. Det er skrevet sammendrag fra samtlige intervjuer.

Undersøkelsen er utført av prosesslederne, Astrid Weber og Annika Alexandersen, som er ansatte i UNN HF og sertifiserte som prosessledere for “Bruker Spør Bruker” (BSB), et konsept som er utviklet av Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling i Midt-Norge (KBT Midt-Norge).

I denne undersøkelsen har vi fraveket evalueringsmetodikken ved at det ikke er invitert til dialogkonferanse (punkt 3).

2.4 Etiske vurderinger

Alle deltakerne i evalueringen er over 18 år. Deltakerne har variert erfaring med ulike behandlingstilbud. Deltakerne fikk i forkant av intervjuene informasjon om formålet med undersøkelsen, at deltakelse er frivillig og samtykkebasert, om konfidensialitet og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Det er ingen kobling mellom dataene og personidentifiserbare opplysninger. Anonymiseringen gjelder ene- og gruppeintervju med kvalitativ metode. Lydfilene med intervju ble håndtert i kryptert form og slettet da transkribering var fullført.

Vi har lagt vekt på å skape en trygg intervjusituasjon og har dermed gjennomført intervjuene der deltakerne selv ønsket at det skulle finne sted, også noen per telefon og noen på skype. Vi har ikke etterspurt sykdomsrelaterte eller personsensitive data, men kun konsentrert oss om

deltakernes forventninger til fremtidens behandlingstilbud og forventninger til nytt bygg. Selv om man ikke aktivt etterspør slikt materiale, vil det alltid være en mulighet for at det fremkommer bakgrunn for deltakernes erfaringer. Med dette har vi også fått innspill også på hva som fungere bra og bør bevares. I etterkant av intervjusituasjonen ble deltakerne spurt om hvordan de hadde opplevd intervjuet.

3.0 Hovedfunn

Forventninger til behandlingstilbud/viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud

Her oppsummeres kort hva som går igjen med hensyn til hva deltakerne fremhever som viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud.

Akutt til rehabilitering

Forventningen fra deltakerne er at hjelpen finnes når det er akutt, og at man kan komme til spesialposter som kan tilrettelegge for behandling for folk med ulike plager. Under deres innspill på hva som utgjør kvalitet, trekkes rehabilitering og forebygging særskilt frem.

Spesialiserte behandlingstilbud og recoveryorientering

Det fremkommer en klar forventning om at spesialisthelsetjenesten skal ha spesialiserte behandlingstilbud. I dette ligger det å gå fra dagens organisering med gjennomgående allmennpsykiatriske tilbud til spesialiserte tilbud som kan møte pasienter på deres behov, og skape et trygt behandlingsmiljø med personell med særskilt relevant kompetanse.

“Et behandlingstilbud der man blir trygg er en god plass å komme. Da er det lettere å be om hjelp når jeg blir syk. De ukene med planlagte behandlingsopphold kan jeg virkelig jobbe med meg selv, og det virker forebyggende. Det blir rett og slett bedre å være meg og det blir mindre “blålysnivå” når jeg trenger hjelp.”

Recoveryorientering sees ikke som en motsetning til spesialisering, men som en forutsetning for å kunne få stabilitet og få trygghet til å jobbe med det man trenger å jobbe med for å få til en bedringsprosess. Det anes også viktig at spesialisthelsetjenesten gjør mer for å integrere folk med psykiske- og eller ruslidelse i samfunnet.

“Her trenger man recoveryorientering, altså tenke helhetlig og at folk har muligheter. Det bør være et samarbeid med f.eks. Fontenehuset, studie med støtte og IPS (Individuell jobbstøtte) og aktivitetssentre i kommunene.”

Aktivitet og direkte utgang til uteområder

Samtlige deltagere i evalueringen trakk frem aktivitetstilbud og mulighet til aktivitet som en viktig del av behandlingstilbudet.

“Jeg har en forventning om at pasienter får direkte utgang til uteområder og aktivitetsrom i sengepost slik at terskelen er lav nok. Det kan være trening, avspenning, kunstterapi, og noen aktivitetstilbud kan være felles. Aktivitet er viktig for å motvirke passivitet.”

Aktivitet beskrives som en viktig del av miljøterapi.

«Mesteparten av tiden man er innlagt er man sammen med miljøpersonell. Man har kanskje en time i blant med behandler, og hva skal man bruke resten av tida si på? Mye av behandlingen foregår jo sammen med miljøpersonell. Da bør det også finnes andre ting å gjøre enn å spille kortspill og Ludo. Det bør være muligheter for aktiviteter og bevegelse. Muligheter til å forberede seg på livet utenfor sykehuset. Kanskje mulighet for å finne ut hva ens egen drivkraft er, hva man liker å gjøre, og muligheter til å lære seg å håndtere følelser.»

Aktivitet fremkommer som viktig også ved akuttinnleggelser:

“Selv om man er innlagt akutt trenger man noe å holde på med, noe å gjøre. Man blir ikke bedre av å sitte å se i veggen. Det er viktig at det er gode muligheter for å gå turer, altså turer ut. Kjøreturer er veldig bra. Et variert aktivitetstilbud er også veldig viktig.”

Nærhet til uteområder utdypes f.eks. slik:

“Det er kjempe viktig med gode uteområder. Ei lysløype med allmenn ferdsel er ikke tilrettelagt uteområde. Nærhet til godt uteområde betyr at det er rett utenfor døren og at det er sykehuset som disponerer det. Noen av oss trenger uteområder der vi kan være med det vi strever med, litt skjermet uten å få opplevelsen av å være innesperret.”

Mindre pasienter per enhet og ulike soner

Dette beror på å ha mer tilpasset behandlingsmiljø som kan ivareta pasienter med ulike behov og dermed bli et tryggere behandlingsmiljø.

“Det er for mange pasienter per sengepost. Når folk strever med veldig ulike ting kan det blir et urolig behandlingsmiljø. Det bør være rolige soner på akuttpostene og spesialiserte poster som bedre kan ramme inn behovet til pasientene, der man kan ha et behandlingsmiljø som pasienter med mani kan få anledning å få ut litt energi og ha tilrettelagte aktiviteter som kan hjelpe enn å finne litt ro og fokus.”

Struktur

Erfaringer med struktur i behandlingstilbudet fremkommer som viktig. Deltakerne som har erfart tilbud med en gjennomtenkt struktur og ukeplan fremhever at dette er nyttig for at innleggelses skal få et innhold. Her trekkes både en personlig ukeplan som utarbeides i samarbeid med team på post/avdeling frem, og en ukeplan på avdeling. F.eks. grupper med edukasjon og samtale, recoveryverksted, fysisk trening, kunstterapi osv. Dette fremkommer å være viktig å ta vare på ved de behandlingstilbudene som har det.

“Aktivitetsplan er viktig. Vi lærer om kroppen, relasjonsmønster og oss selv å kjenne. Når man forstår hvordan det henger sammen er det lettere å jobbe med endring. Og gruppeaktiviteter er viktig, når man lærer andre å kjenne blir man bedre kjent med seg selv, og blir mindre alene.”

Videre etterlyser deltakere som har erfart behandlingstilbud uten en slik struktur dette. Det fremkommer særskilt at DPS døgnenheter bør jobbe med å gi innhold i behandling.

Personvern og slippe mellomstasjoner

“I fremtiden håper jeg man kan bygge akuttpostene slik at man ivaretar taushetsplikt og personvern, både overfor dem som er i en vanskelig situasjon og kanskje må skjermes. Jeg ser for meg at postene utformes slik at man ikke trenger å gå gjennom hele posten for å komme til skjermingsenhet. Og i dag er det slik at man kommer inn i akuttmottaket i “kjelleren”, og må roes ned der for deretter å få komme til post. Det fungerer etter min erfaring dårlig, det blir for mye styr før man får komme inn til avdelingen der man skal legges inn. Det bør være mottak og skadestue nært avdelingene. Det er viktig at man slipper alle “mellomstasjonene”. Man må huske på at starten på oppholdet er viktig for resten av oppholdet.”

Brukermedvirkning, kontinuitet og sikkerhetsnett

Brukermedvirkning, kontinuitet, og sikkerhetsnett henger tydelig sammen med oppfattelse av hva som utgjør kvalitet i behandling. Deltakerne som har erfaring med helhetlige og sammenhengende tjenester beskriver det å ha et fast behandlingsteam, mulighet for re-opphold, videre poliklinisk oppfølging av fast behandlingsteam og forutsigbarhet som svært viktig.

Deltakerne som erfarer tjenestene som fragmenterte, erfarer at de selv må være koordinatorene mellom ulike tjenester internt i klinikken, og de etterlyser mykere overganger og bedre oppfølging ved utskrivelse. En sa det slik:

“Det med innleggelse.. det bør være en “hjem-fase” så man kan prøve seg litt hjemme for så å kunne komme tilbake til sengeposten før utskrivelse. Det bør være en mykere overgang.”

Sikkerhetsnett er her forstått som trygghet om å bli ivaretatt og ha tilgang til hjelp.

En annen sa det slik:

“Brukerstyrte senger bør det bli mer av. Og behandlingsapparatet må gjøre tilbudet og mulighetene kjent for pasientene. Dette har vi alle mye å vinne på. Åpen retur er også bra, etter akuttinnleggelse. Uansett om man har hatt en debut, gjentatte episoder eller noe, så bør det tenkes helhet og langsiktighet. Det er helt absurd at folk med psykotisk episode eller selvmordstanker eller forsøk risikerer å bli skrevet ut uten at det er et godt sikkerhetsnett på plass før utskrivelse.”

For tilrettelegging av brukermedvirkning fremheves bruk av behandlingsplan, brukerstyrte tilbud, nettverksmøter og frihet til å velge. En sier det f.eks. slik:

“Så ønsker jeg at det skal være mulig å bli hørt om sine erfaringer med medisinerings. Den dialogen med behandlerne er vanskelig, siden de alltid “vet best”. Det må være mulig å få prøve seg med litt mindre så man ikke blir helt “parkert”. Behandlerne bør lytte til pasientenes erfaringer med medisinerings. Helst bør man selv få være med å bestemme. Man bør få frihet til å velge.”

For DPS VOP etterlyses brukerstyrt ettervern:

“Det bør være ettervern i poliklinikk, altså at man kan ta kontakt med sin behandler selv om man har avsluttet behandlingsfase. Det vil gjøre det tryggere å avslutte, prøve med mindre oppfølging og å vite at man har kort vei inn til poliklinikk hvis behovet kommer. Man kunne kalt det Brukerstyrt ettervern, der vi selv kan ta kontakt og komme raskt til samtale.”

Sammenheng trekkes frem som en nødvendighet for at behandlingstilbudet skal fungere. Her utdyper flere gode erfaringer med fast behandlingsteam som følger en både ved innleggelse og poliklinisk, mulighet for å booke re-opphold, nettverksmøter og ansvarsgrupper.

Tilrettelegging og forutsigbarhet:

“Det er veldig bra at vi har et fast behandlingsteam, og at de, når de ser at en ikke har det så greit, tilbyr en prat. Da vet vi at det er trygt å be om hjelp når det er noe som plager en. Når vi skrives ut har vi fortsatt vårt faste behandlingsteam, og kan ringe hit når som helst. Det er en veldig trygghet. Også kan man bestille re-opphold før man skrives ut. Det gir en veldig viktig forutsigbarhet.”

Fleksibilitet og nettverksmøter er av betydning for å kunne medvirke i egen behandling.

“A: Hva som er viktig for selv å kunne medvirke? Flexibilitet!

Nettverksmøter er bra, at jeg kan velge hvem som skal være med.

B: Ja, det er jeg veldig enig i. Det er betydningsfullt for å få til god behandling. Det kan være med behandlingsteamet, familie, nav osv. Da vet alle hva som skjer og hvem som har ansvar for hva. Før når det ikke var nettverksmøter så dro man herfra frustrert. Man dro herfra med uforrettet sak. Nettverksmøter har vært viktig for meg for å fortsette å kjempe for å bli rusfri. Det har gitt meg et løft, for det hjelper faktisk. Med uforrettet sak blir man motløs og får raskere tilbakefall. Det er behov for at man kommer styrket ut, og det gjør jeg nå jeg vet at det er et team som står med meg.”

Å vite hva som skjer, hvem som gjør hva, ha en felles oppfattelse av hva som skal skjer videre og vite at man har et team som er der under hele forløpet, trekkes frem som en nødvendighet for å lykkes.

Oppfylle krav til nødvendig helsehjelp

Når man ser materialet under ett fremkommer en klar forventning av at tjenesten skal kunne oppfylle krav til nødvendig helsehjelp.

I en fokusgruppe fremkommer det slik:

“Flere sengeplasser! Det er kamp om de plassene som finnes. Pga. plassmangel får man ikke lengre opphold. Livet på “utsiden” kan være krevende når man ikke har det bra. Men likevel blir man skrevet ut mens man går på “tomgang” - man blir ikke ivaretatt. Og ventetiden i poliklinikken er alt for lang.”

En annen beskriver det slik:

“Ting bør henge bedre sammen, så man ikke går fra alt til ingenting. Det bør være et sikkerhetsnett. Det bør være en plan for videre oppfølging. Og hvis kommunen skal følge opp videre, bør personell fra kommunen komme å hilse på før utskrivelse, så man rekker å bli litt kjent. Og det bør være bedre informasjon på nettsidene til sykehuset om hvilke behandlingstilbud som finnes, og hva man kan forvente seg når man legges inn på spesifisert sengepost.”

Prehospitale tjenester som kan møte veldig syke folk trekkes frem:

“Man har et særskilt ansvar for de aller sykeste. De må prioriteres også i å ha prehospitale tjenester som kan møte veldig syke folk.”

I dette med nødvendig helsehjelp fremkommer også at det bør tilrettelegges for så mye frivillig behandling som mulig, og dersom tvang er nødvendig, bør det gjøres så skånsomt som mulig.

Barn som pårørende

Klinikken ansees å ha et forbedringspotensial når det gjelder å forstå at man som mor eller far har behov for å vite at ens barn blir godt ivaretatt når man er akuttinnlagt. Samtidig ansees det som et behov for at behandlingspersonellet ikke undervurderer betydningen av å være mor eller far samtidig som man er syk.

“Klinikken har en lang vei å gå når det gjelder å ivareta barn som pårørende. Barnerommet er fint. Barn må få tilbud om barnesamtale med noen som kan det, og at det forberedes godt sammen med mor og eller far. Det bør tilrettelegges slik at barn kan komme på besøk og at det planlegges godt. Det ville være fint med en besøksleilighet der man kan spise et måltid og gjøre noen aktiviteter sammen. Da får barnet gode assosiasjoner, så når mor eller far skal hit igjen kan barnet føle seg trygg på at mor eller far blir godt ivaretatt. Man må ikke undervurdere barn. Når de ikke vet kan de forestille seg ting som gjør de engstelige. Det er bedre om barnet får eie sin egen historie. Når det blir lagt opp bra blir det lettere for barnet, mor og eller far å håndtere. Å styrke kvaliteten for barn som pårørende, vil trygge pasienten om at barnet har det bra. Det er viktig for både barn og mor/far å få trygge beskjeder, f.eks. å få vite at barnet er godt ivaretatt nå innleggelser skjer i huj og hast.”

Det fremkommer at det finnes flinke folk på dette i sykehuset, men at det ikke nødvendigvis er de som jobber nærmest pasienten som vet om tilbudet og hva barn har krav på.

Mat/måltider

Flere trekker frem måltider som et viktig tema. Både med hensyn til utforming av bygg, kvalitet på maten, ernæring og helse.

“Det første som ryker når den psykiske helsen svikter kan jo være nettopp det å få i seg næring. Kost er viktig, og måltider er noe som skjer flere ganger om dagen og noe man kan se frem til. I fremtidig bygg bør det tilrettelegges for å spise blant folk, uten nødvendigvis å måtte samhandle med andre. F.eks. kan det å spise rundt et stort bord være vanskelig. Det bør være flere små soner, slik at man ikke enten må spise rundt et stort bord eller alene på rommet. En spisearena i sengepostene med flere små bord kunne være bra, da kan man velge å sitte for seg selv eller sammen med andre. Hvis man er i god nok form kan en kafeteria være bra, der kan man være litt anonym og være del av et større fellesskap samtidig.”

Sunn kost og tilrettelagt meny savnes:

“Jeg savnet sunn kost. Og det skulle vært slik her som i Breivika. Der er det en ukemeny, og en tilleggsmeny man kan velge fra.”

Bygg

Deltakerne har mange innspill til hva som er viktig med hensyn til bygg. Innspillene er utdypet og oppsummert i del “forventninger til nytt sykehusbygg”. Det som gikk igjen var behov for bedre inneklima, god tilgang til uteområder som disponeres av sykehuset, romslige sengeposter med flere soner og enheter med hybler, eget bad på alle pasientrom, fasiliteter for aktivitet, diskresjon - unngå lange korridorer, mest mulig på bakkeplan, arealer for røyking og unngå institusjonspreg.

“God kvalitet for oss betyr at det ikke er for institusjonspreget.”

Kvalitet i behandlingstilbudet

Materialet fra undersøkelsen fremhever følgende som viktige kvaliteter for et godt behandlingstilbud.

Verdighet

“Verdighet!, - slippe å oppleve at den diagnosen du har fått tilsier at du ikke er verdig å få den hjelpen du trenger. Det gjelder innen psykisk helse og rus, men også somatikken, som har mange fordommer mot pasienter som har psykisk helse og ruslidelser.”

Tid, trygghet og tillit

“Forebygging er bedre enn rehabilitering. Psykose er grusomt, det vil jeg ikke oppleve igjen så nå gjør jeg det jeg kan for å forebygge. Vi med psykiske lidelser trenger ikke å bli presset i en pakke for normalitet, men vi ønsker oss så normale liv som mulig. Hvis du skjønner forskjellen? Et nytt sykehus bør ikke være et strømlinjeformet samleband, der pasienter presses inn i pakker eller strømlinjeforløp. Vi er forskjellige og trenger tid, trygghet og tillit.”

God kontinuitet

“God kontinuitet – tjenestene må henge sammen for at vi skal ha mulighet til å ha tillit til helsetjenesten.”

“Det er behov for at tjenestene snakker sammen - her internt altså. Det henger ikke sammen. Jeg erfarer at jeg må være “limet”, eller si.. selv koordinere i mellom de ulike tjenestene. F.eks. fortelle sengepost A eller B hva jeg og behandler har blitt enige om å jobbe med.”

“Behandlingsplan er bra. Men da bør en få være med å utforme den og personalet faktiske lese den, slik at de vet hva jeg trenger.”

Tilgjengelighet og forutsigbarhet for trygghet

God relasjon til behandler fremkommer som svært vesentlig. Videre trekkes det frem at det er behov for å få god informasjon og mulighet til å ta valg.

“Det kan være mange småting personalet tar for gitt, men man må huske på at når man ikke er frisk og rask og må finne ut av alt selv, så blir det.. Det bør gis god informasjon slik at det blir mer forutsigbart. Forutsigbarhet er viktig for at jeg skal kunne føle meg trygg, og med trygghet får man bedre rammer rundt tilbudet slik at man får jobbet med seg selv.”

Brukerstyring - åpen retur eller mulighet for å søke re-opphold, at behandlingsteamet er tilgjengelig mellom innleggelse - poliklinisk fremheves som viktig del av å ha et sikkerhetsnett. Med gode relasjoner er det tryggere å be om hjelp ved behov (forebygge) og dette påvirker motivasjon til å stå i det - jobbe for å få det bedre.

“Trenger man hjelp med en gang må den være tilgjengelig. Hvis man kan vente litt må man få vite at man får hjelp etter litt ventetid. Uforutsigbarhet skaper uhelse.”

Fleksibilitet

Fleksibilitet sees av deltakeren i sammenheng med å få et tilpasset behandlingstilbud, at det tilrettelegges for medvirkning og stabilitet.

“Behandlingsforløp må ta høyde for at man har nedturer, tider der man har det ekstra vanskelig. Da bør behandlingstilbudet opprettholdes, og heller øke enn at man risikerer å bli fratatt stabilitet i behandlingstilbudet.”

Samarbeid

Samtlige deltakere ønsket større grad av samarbeid mellom de ulike partene som var delaktige i deres nettverk - både profesjonelt og privat. Det fremkom som svært varierende i hvilken grad spesialisthelsetjenestene tilrettelegger for gode samarbeidsarenaer. I de tilfellene der kommunikasjonen mellom ulike avdelinger eller spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten var marginal, måtte deltakeren selv fungere som koordinator.

For deltakerne var det viktig at det var sammenheng i behandlingstilbudet de mottok - både ved innleggelse, under oppholdet, ved utskrivelse og i poliklinisk behandling. For å sikre god sammenheng i tjenestene, var det sentralt at alle involverte parter hadde en felles forståelse.

Nettverksmøter ble fremhevet som en god arena for samarbeid mellom ulike tjenester. Her ble de menneskene som var viktige for deltakeren innkalt til et eller flere møter med jevne mellomrom, slik at alle var inneforstått med “hvor er vi nå,” og “hva er veien videre.”

Behandlingstilbud det er behov for i fremtidens PHV og TSB ved UNN Tromsø

I materialet fremkommer det et tydelig ønske om at psykisk helsevern går fra allmenn¹ til et mer spesialisert behandlingstilbud i fremtiden. Deltakerne uttrykker en klar forventning om at et sykehus i spesialisthelsetjenesten har et tilspisset og bredt utvalg av behandlingstilbud i retning spesialpsykiatri. Det fremkommer beskrivelser av nå-situasjonen slik pasienter har erfart det, som belyser behovet for mer tilpasset behandling:

“Det her henger sammen med kvalitet; behandlingstilbudet her i klinikken i Tromsø er ikke organisert hensiktsmessig. Nå er alt allmennpsykiatri, noe som gjør at det i beste fall blir “et minste felles multiplum”. Det blir for mange hensyn å ta når folk med veldig ulike problemer er innlagt på samme sted, istedenfor å ha et tilpasset behandlingstilbud. Slik det er nå fører det til at pasientene blir passivisert. Det bør

¹ Allmennpsykiatrisk

være mer spesialiserte poster: medikamentfritt må opprettholdes, egen post for traumebehandling, en sengepost for ROP og en for affektive lidelser, ja og en må ha et spesialisert tilbud for de med spiseforstyrrelser. Det bør jo være selvsagt i en spesialisthelsetjeneste, at man jobber spesialisert.”

En annen sa det slik:

“Traumebehandling! Mange med diagnoser som psykoser og personlighetsforstyrrelser har tunge traumer. Når det oversees blir det en verkebyll, istedenfor å få hjelp til å bearbeide. Når jeg har vært veldig sårbar og ikke klart å holde det vonde igjen, men snakket om det, har jeg opplevd at personell bare gå sin vei. Når personalet bare går, blir et fryktelig vondt - tåle de ikke det jeg på mitt mest sårbare må tåle? Jeg har også erfart at det er en kultur ved flere av sengepostene innen psykiatrien på Åsgård, der man bare blitt møtt med at det sies “hysj” i det man har nevnt ordet traume. Det trigger. Jeg vet ikke om en sengepost som har grunnleggende traumeforståelse. Det hjelper ikke å “hysje” det ned, det bare påfører oss mere skam.”

Behov for spesialiserte behandlingstilbud

Under fremkommer en oversikt over spesialiserte behandlingstilbud som deltakerne fremhevet som viktige å få med i fremtidens PHV og TSB:

Traumebehandling: Det er ønskelig med en traumesensitiv tjeneste der ansatte har generell grunnleggende traumeforståelse. Det fremheves at mange pasienter som er i behandling, enten innen PHV eller TSB har traumer av ulik art. Videre fremmes det også forslag om spesialisert poliklinisk traumebehandling og et dedikert døgntilbud. Et slikt behandlingstilbud kan ikke ha krav om hvor «frisk» man må være for å få hjelp.

“Alle som jobber i psykiatrien bør ha grunnkompetanse om traumebelastning, hvordan det kan prege en og hva en kan gjøre for å hjelpe. Dette er viktig fra akutteam til sikkerhet.”

Spesialisert behandling for spiseforstyrrelser: UNN HF mangler særkompetanse på alvorlige spiseforstyrrelser, til tross for at det til enhver tid er pasienter med denne typen problematikk i behandling. Sammenlignet med andre psykiske lidelser er anoreksi den lidelsen som har høyest dødelighet. Behandling av spiseforstyrrelser er komplekst, og krever en personalgruppe som har spesialisert kompetanse på området.

Medikamentfritt behandlingstilbud: Det fremkommer i materialet som viktig å videreføre medikamentfritt behandlingstilbud i sin nåværende form, som en egen spesialisert enhet med få sengeplasser. En burde også se på muligheten for medikamentfri behandling for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og i akutte faser.

Rusbehandling ung og Restart: Behandlingstilbudet innen rusbehandling, både ung og restart, ønskes videreført slik det er i dag. Deltakerne ønsker separate tilbud, adskilt fra hverandre og sykehuskroppen, og mener at lik aldersgruppe skaper et bedre behandlingsmiljø.

ROP: En bør vurdere å gå tilbake til egen sengepost for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Per i dag oppfattes det av deltakere i denne undersøkelsen at det mangler et spesialisert tilbud for disse pasientene som ofte «havner mellom to stoler», der man enten har for mange symptomer på psykisk lidelse til å få behandling for ruslidelsen, eller har et avhengighetsproblem som av behandlingsapparatet ansees å ikke være forenelig med å få behandling for de psykiske helseutfordringene man har.

Psykoselidelser: Det fremkommer et ønske om en egen sengepost for pasienter i aktiv psykose, der posten er spesielt utformet til denne pasientgruppen. Sengeposten bør ha mulighet for å skjerme pasienter i verdige omgivelser dersom det er behov for det.

Affektive lidelser: Egen sengepost for pasienter med affektive lidelser, særlig manisk fase, som er utformet til å tåle ulike følelsesuttrykk, og med mulighet for å “ramme inn” dersom det er behov for det.

Ung-voksen: Deltakerne som hadde erfaring med både barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, kunne fortelle om en brå overgang mellom disse to instansene. Det ble fremhevet som særlig utfordrende dersom man var blant de «yngste voksne» og hadde behov for en akuttinnleggelse. Det fremkom forslag om ei «ung-voksen» avdeling, som kunne fungere som et bindeledd mellom barne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri, og dermed sikre bedre ivaretagelse og gode overganger.

Langtidsoppfølging med dagbehandlingstilbud

Behovet for langtidsoppfølging kan være aktuelt for flere pasienter med ulik problematikk.

Som del av det fremkommer dagbehandlingstilbud som viktig:

“Det skulle vært mer langtidsoppfølging med dagbehandlingstilbud. I perioder trenger man innleggelse, og da må det henge sammen med poliklinisk behandling. Når de ulike tjenestene har en vidt forskjellig tilnærming til det man strever med, det har hvert fall jeg erfart med selvskadning, blir det fort forvirrende å være pasient, og pårørende. Det er fryktelig sårt å bli møtt med en holdning om å være til bry når man har det så vondt at man skader seg selv. Jeg ønsker at pasienter i fremtiden skal møte stabile behandlingstilbud, som gir forutsigbarhet og der man kan få til samarbeid. Når man har slitt hele livet tar det tid.”

Somatikk: I materialet fremkom det generelt sett liten tro på at nærhet til somatisk sykehus kommer til å bidra til bedre somatisk oppfølging av pasienter i PHV og TSB. Dette ble begrunnet med at dersom man var i behov for en spesialisert undersøkelse eller behandling i somatikken, måtte man uansett over til en somatisk avdeling eller poliklinikk.

Deltakerne var derimot opptatt av å forbedre muligheten til å få en grunnleggende somatisk undersøkelse mens man var innlagt ved en sengepost i PHV eller TSB. Dersom det skulle oppstå somatiske problemstillinger mens man var i et behandlingsforløp, ble det fremhevet som viktig at disse ble tatt på alvor. Dette fremkom som svært viktig for pasienter med ruslidelse og det fremkom som svært viktig at somatiske helseplager ikke blir tilskrevet som et symptom på psykisk lidelse. En deltaker beskrev det slik:

“Man må se tettere sammenheng mellom psykisk og fysisk helse. Det ene påvirker det andre, men jeg opplever at Åsgård avfeier mye somatiske plager med «det er bare psykisk». Jeg har sett det så ille at man har oppdaget kreft svært sent. Man bør få en grundig scanning av den fysiske helse når man er pasient i psykiatrien og i rusbehandling. Man må ta fysiske problemstillinger på alvor. Hvis det opprettes en egen somatisk helsesjekkpoliklinikk blir det kanskje mer attraktivt for sykepleiere å bruke den kompetansen de har på dette?”

Prehospitale tjenester: Prehospitale tjenester er viktig med hensyn til kvalitet, og det videre forløpet. En deltaker beskrev hvor stor betydning veien inn til sykehuset hadde for resten av oppholdet, og en annen deltaker uttrykker det slik:

“Prehospitale tjenester er også viktig med hensyn til kvalitet. Hvis man har opplevd at politiet dukker opp når man trenger helsehjelp vil man vegre seg for å be om hjelp. Da taper alle. Nå når politiet er bevæpnet og man leser om skyting av folk blir man jo

veldig skremt. Man har et særskilt ansvar for de aller sykeste, de må bli prioritert også i å ha prehospitaltjenester som kan møte veldig syke folk. Det skulle være psykiatrisk hjemmeteam på nødnett, med helsepersonell i front.”

Godt behandlingsmiljø

Det kommer frem varierte erfaringer med ulike behandlingstilbud. Deltakere i intervju trekker frem positive erfaringer med døgnbaserte behandlingstilbud som har et gjennomtenkt og strukturert innhold.

“Mer som dette (red.kom: denne enheten), det er helt fantastisk! Her får du 8 ukers opphold og kan være dagpasient etterpå, bli vist tillit, jobbe med endring og prøve seg litt hjemme underveis. Fast behandlingsteam er en viktig del av at dette fungerer så bra.”

Andre har erfaringer fra DPS-enheter som av enkelte beskrives som:

“Det er generelt lite behandling når man er innlagt. Det blir ofte bare med den samtalen med legen. Det ville være fint med om man fikk oversikt over de tilbudene som finnes, for det er litt sånn at det er skrevne og uskrevne regler som an ikke får vite om. Da føler man seg litt dum når man hele tiden lurere på hva som er greit, hva som forventes av en og hvilke tilbud som finnes.”

Flere deltakere har erfaring fra flere deler av virksomheten. Med et sammenligningsgrunnlag trekkes noen kvaliteter frem som noe som bør være gjennomgående:

“Malen for det nye sykehuset ligger i medikamentfritt behandlingstilbud. Det er en god plass å være ved at de ansatte har tid. Det kan være travel der også, men der er en holdning om at man har tid. Det er ikke fylt opp til randen slik akuttpostene kan være, du kan selv søke deg inn, det fungerer forebyggende og forutsigbart, behandlingsinnhold med ulike aktiviteter i løpet av uka gjør at du kan jobbe med deg selv og faktisk lære noe. Slik bør alle døgnenheter jobbe.”

Her trekkes også universell utforming frem som viktig for å redusere psykososial og fysiske funksjonsnedsettelse. I dette ligger f.eks. det å ha behandlingsmiljø som reduserer stress, altså understøtte trygghet.

Kompetansebehov – forbedring av behandlingstilbud

På spørsmål om hvilken kompetanse deltakerne mener det vil være behov for dersom man tenker langsiktig, er flere av deltakerne opptatt av «nå-situasjonen».

“Det virker som om alle skal kunne litt om alt, men lite om noe spesielt. Og om du sliter med noe, så er det ikke automatisk at man møter noen som kan noe om den problematikken. Det er klart at da kan det bli vanskelig å forstå, vanskelig å være tålmodig og trygg nok. Jeg trenger trygge folk hvis jeg skal klare å ta imot hjelp. Kompetanse tror jeg er viktig for å kunne være trygg som personal.”

I disse beskrivelsene vektlegges det at de spesialiserte behandlingstilbudene som eksisterer i dag, fungerer godt da personalet har fått muligheten til å spesialisere seg innen et felt.

En sier det slik:

“Skal du ha trygge pasienter, må du ha personale som har forståelse og kompetanse på dem man sliter med.”

Tverrfaglighet

Deltakerne etterspurte større grad av tverrfaglig samarbeid blant de ansatte på sengepostene. Det ble stilt spørsmål ved hvorfor samtlige yrkesgrupper, bortsett fra sykepleiere og vernepleiere, var ansatt som miljøterapeuter. Deltakerne var opptatt av at dersom personalet fikk bruke den utdannelsen de hadde i jobbsammenheng, ville det bidra til bedre kvalitet i behandlingstilbudet.

“Det bør være mer tverrfaglig. Hva er greia med at alle som ikke er sykepleiere skal være miljøterapeuter fremfor å få bruke den fagligheten de har spesifikt? En bør ansette fysioterapeuter som fysioterapeuter, sosionomer, vernepleiere, ergoterapeuter osv. Og at de får bruke de sterke sidene ved sin faglighet.”

Tverrfaglighet fremheves som viktig for å få hjelp til det man trenger hjelp til.

“Det er bedre å ha et fast behandlingsteam med tverrfaglig sammensetning, så man får hjelp til det man trenger hjelp til. Det kan bidra til at hjelpen blir bedre.”

Samisk kulturkompetanse

Pasienter innen Psykisk helse- og rusklinikken må bli møtt med kultursensitivitet. Deltakerne oppfatter at den kompetansen mangler per nå.

“Ved å ha det samiske integrert kan du føle at her er det rom for den du er. Det er mange samer som ikke kan språket men likevel har en samisk tilhørighet.”

Det bør både rekrutteres personell med samisk kulturforståelse og språkforståelse, samtidig som øvrig personell får mulighet til kompetanseheving innenfor feltet. Deltakerne beskrev hvordan de forholder seg til både en indre og ytre verden, og at det var viktig med forståelse for at dette var en del av deres kultur og identitet, og ikke nødvendigvis sykdom. Det ble fremhevet som viktig med samisk kulturkompetanse nettopp fordi det kunne forhindre misforståelser og tilleggsdiagnoser. Det var også ønskelig med tilgang til guvllár (Læser)*

“Samer snakker side om side, to og to (Toeina). Nytt bygg bør ta opp i seg, tilrettelegge, for at man fører samtaler mens man gjør noe. Mens hendene holder på med noe, f eks bygger bål eller lager mat, eller sitter side om side og ser mot noe sammen, kan samtalen finne sted. Vi er opplært til at man ikke blottlegger seg for en hel gruppe. Det betyr også at vi ikke har et “samisk rom” for den offentlige samtalen om psykisk helse og rus. Vi må bruke de rommene som finnes, og skape rom for den samiske pasienten innen psykisk helse og rus. Dette er avgjørende for kvalitet, tilgjengelighet og å kunne medvirke.”

Erfaringskompetanse

Det var ønskelig at relevant erfaring med å være pasient og/eller pårørende i større grad ble anerkjent som kompetanse i fremtidens sykehusbygg og behandlingstilbud. Dette kan gjøres på flere måter:

- Fortsette med undervisningsbolker der personer som har, eller fremdeles benytter seg av behandlingstilbudet innen Psykisk helse- og rusklinikken, foreleser for helsepersonell.
- Ansette flere erfaringskonsulenter, gjerne avdelingsvis slik at de er lett tilgjengelig for pasienter, brukere og pårørende.
- Skape rom der helsepersonell med egenerfaring får mulighet til å bruke bearbeidet egenerfaring som en del av deres spesialkompetanse.

“Alle avdelinger burde ha én eller flere erfaringskonsulenter ansatt, gjerne avdelingsvis. Det er enklere å snakke med noen som har vært gjennom en del selv. Erfaringskonsulentene burde være lett tilgjengelig, slik at pasienter ser dem oftere og kan komme enklere i kontakt bl.a. for å kunne bli bedre opplyst om pasientrettigheter.”

Forventninger til nytt sykehusbygg

Beliggenhet

- Det er ønskelig å beholde sykehuset på nåværende tomt - både for å ivareta diskresjon og behov for ro. Samtlige deltagere i evalueringen uttrykte bekymring for hvordan dette skulle ivaretas dersom sykehuset blir bygd i Breivika.
- Behov for beliggenhet med rolige omgivelser.
- Nærhet til natur og uteområder.
- Bør bygges slik at det begrenser ytre støy fra omgivelsene (for eksempel biltrafikk, og støy fra store folkemengder).
- Deltakerne ønsker ikke et sykehus som bygges i høyden, og mener høyder kan skape unødvendige utfordringer for folk.
- Tilgjengelighet til bygget, ved at det er lett å komme seg dit uten trengsel på f.eks. buss.

Pasientrom

- Romslige rom som minsker opplevelsen av å være innesperret, og som samtidig ivaretar behovet for privatliv.
- Lyse rom, gjerne ulike farger på ulike rom.
- Egne bad tilknyttet rom, gjerne med mulighet for å låse dør på de sengeposter der man tenker det kan være forsvarlig.
- Lydisolering: man bør kunne ha samtaler på egne rom, dusje eller skylle ned på toalettet uten at andre pasienter hører hva som blir sagt eller gjort.
- Tilgang til internett.
- Mulighet for solavskjerming som kan styres fra rommet.
- Mulighet til å regulere temperatur på rommet selv.
- Det er ikke ønskelig med lys som dimmes eller slår seg selv av.

Rom for aktiviteter

- Treningsrom med muligheter for ulik fysisk aktivitet.
- Rom for kreative uttrykk og håndarbeid.
- Rom for musikkterapi
- Gymsal
- Sanserom
- Sansehage
- Aktivitetsrom med mulighet for spill av feks biljard og bordtennis.
- “Medierom” - mulighet for bruk av datamaskiner og annet digitalt utstyr.
- Bibliotek
- Felles treningskjøkken
- Aktivitetssenter må være tilgjengelig for alle, også pasienter som har behov for følge av personal, er innlagt på akuttpost og er i akutt livskrise .

Livssyn og kultur

- Stillerom/rom for mulighet til meditasjon og avspenning
- Livssynsnøytralt rom

Skolebygg

- Et nytt sykehusbygg bør ha tilrettelagte lokaler som kan benyttes som skole for å sikre at pasienter som er under videregående utdanning kan fullføre, samt tilrettelegge utdanningsforløp. Det bør også være mulighet for å starte med utdanning.

Fellesareal

- Mindre institusjonspreg
- Stor nok plass til å unngå trengsel
- Muligheter for ulike soner der man kan være sammen og allikevel selv velge om man vil ha en interaksjon med andre.
- Felles kafeteria som kan brukes av pasienter og pårørende.
- Røykerom/uteareal som er tilrettelagt for å røyke.
- Grupperom for undervisning og gruppeaktiviteter i behandling.

Inneklima

- Mulighet for å regulere varme og avkjøling avdelingsvis ved behov. (I dag er det få eller ingen muligheter for dette, og deltakerne gir uttrykk for at det er for kaldt særlig på vinteren.)
- Ønske om vannbåren varme i gulv.

Pårørende

- Besøksrom
- Barnerom
- Leilighet som pårørende og evt familier kan bruke.
- Det er ønskelig at rom som skal brukes av pårørende/familie/barsel er så lite institusjon preget som mulig.

Utsmykking og skilting

- Det er viktig for deltakerne at det nye sykehuset har kunst, farger og hyggelige omgivelser.
- Utsmykning og kunst som gjenspeiler folkekulturen i Nord-Norge.
- Et tilbud om utsmykking bør ha krav om at den samiske kulturen gjenspeiles. Dette kan blant annet gjøres ved å ha mønster fra tradisjonelt samisk håndverk og fotografier.
- Det bør være noen samiske rom som er bygd og innredet etter samisk byggeskikk (for eksempel lavvo eller gamme).

- Merking av skilt og rom bør gjøres både på Lulesamisk og Nordsamisk av noen som kan språkene. Skilting i dag er ikke tilfredsstillende.

Uteområder

- Mulighet for å komme seg ut uavhengig hvorvidt man er frivillig innlagt eller innlagt på tvangsparagraf.
- Atrier som minsker opplevelsen av å være innestengt.
- Uteområder som ivaretar både behov for fysisk aktivitet og ro:
 - Benker
 - Tuftepark (treningsapparater)
 - Ballbinge/mulighet for ballspill.

Smittevern

- Sykehuset må bygges slik at det ivaretar normal drift selv ved fremtidige pandemier.

Avdelinger generelt

- Fellesareal på avdelinger bør utformes slik at det er plass nok der det er naturlig at folk oppholder seg.
- Det beste er om alt kan være på et plan, i alle fall sengeposter, med direkte utgang ut, og med ulike soner i sengepostene så man kan velge om man vil trekke seg tilbake men likevel være i fellesmiljøet.
- Materialer som tåler å bli vasket.
- Tilrettelagt slik at man kan se mennesker uten å måtte samhandle med andre.
- Flere "soner" inne på avdelingen, særlig i spiseareal, slik at man ikke enten må spise på rommet eller rundt et stort bord.
- Egen tv-stue.
- Nok samtalerom.
- Mulighet for å vaske klær.
- Medisinrom bør utformes slik at det taushetsplikten kan overholdes. Det bør tilrettelegges slik at det er plass til å snakke med medisinromsansvarlig på eller i nærhet av medisinrom, og ikke ute i korridoren utenfor.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- Det er ønskelig fra deltakerne å holde Rusbehandling Ung, Restart og avrusning adskilt fra hverandre i egne enheter separat fra sykehusbygningen. Avdelingene bør ha hybler/små leiligheter med eget kjøkken og bad.
- Viktig at enhetene ikke utformes som ordinær sykehusavdeling.

Psykisk helsevern (PHV)

- For døgnenheter/rehablitieting/spesialposter ønskes mindre enheter med 6-8 plasser.
- For samtlige døgnbaserte tilbud er direkte utgang/tilgang til uteområder trukket frem som viktig.

- Tilgang til meningsfulle aktiviteter går igjen som viktig i hele døgnvirksomheten, også akutt og særlig sikkerhet.
- For akuttpost spesifiseres nærhet til skadestue, tilrettelegging slik at adkomst til skjerming ivaretar personvern, og at akuttmottak og ambulanseinngang bør plasseres i nærhet av akuttpost, slik at man kan komme direkte videre til post.
- For sikkerhetspsykiatri og akuttpsykiatri spesifiseres behov for uteareal som ivaretar personvern.

Somatikk og legevakt

- Spesialisert fysikalsk avdeling.
- Lokaler som er tilrettelagt for somatiske undersøkelser.
- Egen legevakt som tar seg av henvendelser som omhandler psykisk helse og rus.

4.0 Oppsummering

Selv om det er deltakere med erfaringer fra alle deler av virksomheten i Tromsø (TSB og PHV) er det nokså sammenfallende hvilke forventninger som går igjen.

Forventninger til fremtidens behandlingstilbud

Det er en forventning om at fremtidens behandlingstilbud har flere spesialiserte behandlingstilbud innen psykisk helsevern. Dette for bedre å kunne ivareta pasienter og brukeres behov. For både TSB og PHV ansees rehabilitering og forebygging viktig for kvalitet. Recoveryorientering trekkes spesielt frem. Å ha et variert aktivitetstilbud og innhold i behandling fremkommer som et klart forbedringsområde.

Videre trekkes spesielt det å ha fast behandlingsteam med kontinuitet ved innleggelse og poliklinisk behandling frem som å være av betydning. Som faktorer for å tilrettelegge for brukermedvirkning ansees forutsigbarhet, fleksibilitet og valgmulighet som viktige.

Det anbefales å lese hele rapporten. Her fremkommer både synspunkter på hva som fungerer godt og bør tas vare på, og forventninger til hva som bør forbedres.

Forventninger til nytt sykehusbygg:

Med hensyn til forventninger til bygg er dette oppsummert i delen om "Forventninger til nytt sykehusbygg".

5.0 Referanser

Kreuger, R. & Casey (2000). Focus Groups. 3rd edition. A practical guide for applied research. Thousand Oaks, Sage Publication

Wibeck, V (2000). Fokusgrupper – om fokuserande gruppeintervju som undersøkingsmetod. Lund: Studentlitteratur, Sverige. Recovery

6.0 Vedlegg

Temaguide for intervju

Tema	Hovedspørsmål	Dybde/kontrast spørsmål
Forventninger til helsetjenester i nytt sykehusbygg	Hva mener du/dere er viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud?	
Kvalitet, sammenheng og tilgjengelighet	<p>Hva er viktig for å få til god kvalitet i behandlingstilbudet, slik du/dere ser det?</p> <p>Hva mener du/dere kjennetegner god sammenheng mellom ulike tjenester?</p>	<p>På hvilken måte kan tjenestene være tilgjengelige?</p> <p>Hvordan bør tjenestene være for at du/dere skal kunne medvirke/bestemme selv/styre selv?</p> <p>På hvilken måte kan tjenestene samarbeide best mulig, slik du/dere ser det?</p>
Behandlingstilbud	Hvilke behandlingstilbud er det behov for, slik du/dere ser det, i fremtidens psykiatri (PHV) og/eller rusbehandling (TSB)?	Har du/dere noen synspunkt på hvilken kompetanse personalet bør ha?
Forventninger til nytt sykehusbygg	Hvilke forventninger har du/dere til et nytt sykehusbygg?	Har syns du/dere er viktige i nytt sykehusbygg?