

Medarbetare med brukarerfarenhet

Ett PRIO-projekt på Psykiatri Södra Stockholm och Norra Stockholms Psykiatri: slutrapport



Red. Åsa Steinsaphir

Den redaktionsgrupp som arbetat med rapporten består av Åsa Steinsaphir, Anders Thorgren, Malin Lindgren, Klas Sundström, Tove Lundin, Janine Semius och Anne Denhov, med projektets styrgrupp som beslutande instans.

Bild framsida: Malin Lindgren © Psykiatri Södra Stockholm

Innehåll

Förord.....	4
Inledning.....	5
Kort sammanfattning	6
Lärdomar	6
Fortsättning?	6
Kontakt	6
Film	6
Disposition.....	7
Förkortningar.....	7
Projektets organisation	8
Organisation dec 2015 - maj 2016	8
Organisation sep – dec.....	9
Omorganisation på PSS	9
MB-tjänster, fördelning	9
Utveckling av uppdraget.....	10
Norra Stockholms Psykiatri	10
Psykiatri Södra Stockholm	14
Resultat av klinikgemensamma mätningar	16
Resultat: Aktivitetsmätning i heldygnsvården.....	16
Promenader.....	16
Kreativ verkstad.....	17
Morgonsamling	17
Patientforum	18
Övriga aktiviteter.....	18
Sammanfattning av aktivitetsmätningarna	18
Resultat: Patientenkäter	19
Om kontakten med MB	19
Om MB varit till hjälp.....	20
Om att delta i aktiviteter	20
Om aktiviteter varit till hjälp	21
Sammanfattning av enkätresultaten.....	21
Sammanfattning av rapporten	22

Måluppfyllelse	22
Diskussion.....	22
Fortsättning?	22
Bilagor.....	24

Förord

Vissa saker kommer i precis rätt tid. MB-projektet är ett exempel på detta.

Många patienter uttrycker ett behov av personalledda aktiviteter både vid patientforum och i patientenkäterna. Egenmakt handlar om rätten att få redskap att klara sin tillvaro med den de funktionshinder och symptom som psykisk ohälsa kan medföra. Att möta en människa som delar dessa erfarenheter och kan visa på en väg vidare kan ge hopp.

Fantastiska människor har haft mod och kraft att ge sig in i detta arbete: medarbetare med brukarerfarenhet har tagit sig in i personalgrupper och vårdpersonal har haft modet att välkomna och släppa in dessa nya medarbetare.

Men rätt tid handlar också om att vårdpersonal kan se fördelarna av detta och att inte känna sig hotad av att fokus förskjuts något. Detta projekt har medfört många lärdomar som vi nu tar med oss i det fortsatta gemensamma arbetet.

Det handlar inte längre bara om att förstå vad som är fel med patienten och hur vårdpersonal bäst ska fixa det, utan också om att förstå vad som spelar roll för patienten. I MB-projektet har vi fått ett kvitto på att vi är på väg åt rätt håll.

- Göran Rydén och Svante Nyberg,
verksamhetschefer inom Norra Stockholms
Psykiatri respektive Psykiatri Södra Stockholm

Inledning

Det fanns två skäl till att vi i BISAM ville genomföra projektet *Medarbetare med Brukarerfarenhet*. För det första såg vi ett potentiellt behov av en funktion som MB i våra vårdteam, och ville se om det kunde få liknande effekter här som det fått i andra länder. För det andra vet vi från vårt tidigare arbete att patienter inom heldygnsvården har ett återkommande önskemål om att avdelningarna ska erbjuda strukturerade, enkla aktiviteter som ett sätt för patienterna att hålla sig aktiverade och avleda jobbiga tankar och känslor. Vi såg en möjlighet att sammanfoga dessa två behov till ett projekt, som i stort handlar om att försöka gynna återhämtningsprocessen¹ för personer som vårdas inom psykiatrin.

En Medarbetare med Brukarerfarenhet (fortsättningsvis MB) är en svensk variant av det man internationellt ofta kallar *Peer Support Worker*² (fortsättningsvis ”PSW”). En MB inom vårt projekt är kort och gott en person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning, som anställs med denna erfarenhet som kompetenskrav. Personen arbetar som ett komplement till ett mer traditionellt vårdteam lokalt på en avdelning eller mottagning, och har ett mentorsliknande uppdrag.

En evidensbaserad praktik består enligt Socialstyrelsens definition av kunskap från tre olika områden: Forskningen, de professionellas erfarenheter och brukarnas erfarenheter³. Ett sätt att se det är att en MB kan bidra till att verksamheten även kan erbjuda patienterna kunskap och stöd från det egenerfarna perspektivet.

Det finns många beröringspunkter mellan ett återhämtningsinriktat arbetssätt och det man idag kallar *Personcentrerad vård*⁴. Båda teorierna betonar hur vården bör lägga sitt fokus på det som skapar värde för personen själv, enligt den själv (istället för sånt som vården tycker är viktigt, eller tycker att patienten ska tycka är viktigt). Vår erfarenhet som BISAM är att den maktojämlikhet som finns kan utgöra ett hinder för detta. En stor del av att använda öppet egenerfarna både i den kliniska vårdsituationen och i den organisatoriska utvecklingen, är att de ger verksamheten redskap för att kunna överbrygga den ojämlikheten. Något vi också ser i det här projektet är att en öppet egenerfaren personal anställd på avdelningen eller mottagningen, är något som patienterna värdesätter. Inte bara som en länk till ordinarie vård, utan även som en resurs i sig. När vi varit ute och berättat om projektet inom somatiken har vi ofta mött samma reaktion från patienter där. Som en person med en kronisk, somatisk sjukdom utbrast när den fick höra om projektet:

Hurra! Väldigt bra att egen erfarenhet tas in på ett strukturerat sätt. Det är ju det många av oss nydiagnosticerade vill veta. "Tack doktorn för min medicin, men nu vill jag veta hur det är att leva med skiten."

¹ Topor, A. (2011). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och Kultur.

² Se text ImROCs beskrivning: <https://imroc.org/resources/5-peer-support-workers-theory-practice/>

³ Socialstyrelsen. (2012). *Om evidensbaserad praktik*. Broschyr. Artikelnummer: 2012-12-20. ISBN: 978-91-7555-004-6

⁴ Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Kort sammanfattning

Projektet uppnådde de huvudsakliga mål som fanns uppsatta.

- MB har erbjudit patienterna möjlighet att få stöd av en öppet egenerfaren personal.
- MB har utökat kompetensen i arbetsgruppen med egenerfaren kunskap.
- MB har erbjudit patienterna inom heldygnsvården fasta, regelbundna aktiviteter på de avdelningar där de varit verksamma. Aktiviteterna har varit välbesökta.
- På en av avdelningarna har MB även arbetat gentemot öppenvården, vilket varit uppskattat både av personal och patienter. Vi ser fördelar med att MB kan följa patienten genom vårdkedjan mellan öppenvård och heldygnsvård.
- Majoriteten av de patienter som har kontakt med MB och deltar i de aktiviteter som hålls, tycker det är bra och hjälpsamt. Men det är också ca en tredjedel av de tillfrågade patienterna som svarat att de varken haft kontakt med MB eller deltagit i några aktiviteter.

Lärdomar

MB och de aktiviteter de håller är insatser som har ett tydligt värde för patienterna. De motgångar vi drabbats av hade i huvudsak att göra med sjukskrivningar för MB på en av de deltagande avdelningarna. Vi har inte kunnat peka ut en enskild faktor som orsakade sjukskrivningarna, utan tror att det har att göra med en kombination av olika faktorer (se mer sid. 15 och fram).

I de fall vi lyckats följa den formalian vi satt upp för projektet har det fungerat bra. De gånger vi fick problem var det i lägen då vi av olika skäl frångick detta. En riktlinje som var föremål för konstant diskussion var den om att MB inte ska dokumentera. Vi har behållit det så projektet igenom, men det har varit uppe för diskussion många gånger och kommer förmodligen behöva fortsätta diskuteras.

Fortsättning?

På Psykiatri Södra Stockholm avslutas arbetet med MB i och med projektets slut. På Norra Stockholms Psykiatri anställs MB som en del av den fasta, ordinarie verksamheten, med förhoppningen att på sikt kunna vidareutveckla funktionen på kliniken.

Kontakt

- Norra Stockholms Psykiatri: Åsa Steinsaphir, asa.steinsaphir@sll.se
- Psykiatri Södra Stockholm: Anders Thorgren, anders.thorgren@sll.se

Film

En film som kort beskriver MB-projektet finns här: https://youtu.be/rbv-q_9ZQXA

Disposition

Den här rapporten utgör slutrapporten för MB-projektet, som varade december 2015 till december 2016. Hösten 2016 publicerades en halvvägsrapport med beskrivningar av projektets bakgrund, uppstart och första halvår. En intervjustudie genomfördes även med MB, personal och chefer. Halvvägsrapporten går att ladda ner från någon av de här sidorna⁵:

- <http://norrastockholmspsykiatri.se/trygg-och-saker-var/delaktighet/> → se meny till höger.
- <http://psykiatrisodrastockholm.se/aktuellt/prio-projektet-medarbetare-med-brukarerfarenhet/> → längs ner på sidan.

För den som aldrig hört talas om MB-projektet är det bäst att läsa halvvägsrapporten först. Slutrapporten utgör ett tillägg till den.

Förkortningar

MB = Medarbetare med Brukarerfarenhet

BISAM = Brukarinflytandesamordnare

NSP = Norra Stockholms Psykiatri

PSS = Psykiatri Södra Stockholm

ÖV = Öppenvården

PPI = Psykopedagogisk Intervention. En psykopedagogisk intervention är en patient- och närståendeutbildning. Målet är att öka kunskapen om sjukdomen eller tillståndet, förbättra samarbetet mellan patienten och närstående samt ge dem möjlighet att utveckla bättre hanteringsstrategier⁶. Den PPI-utbildning på Norra Stockholms Psykiatri som beskrivs i rapporten sker i grupp om ett antal patienter och deras närstående. Tillsammans går de igenom och diskuterar ett manualbaserat kursmaterial som förmedlas av kursledarna. En kursomgång innebär fem kurstillfällen.

En mer utförlig definition av begreppen MB och BISAM finns i halvvägsrapporten.

⁵ Om länkarna slutat fungera tipsar vi om att använda sökfunktionen på respektive kliniks hemsida och skriva ”MB”

⁶ Rouget, B. W. & Aubry, J-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 11–27. doi:10.1016/j.jad.2006.07.016.

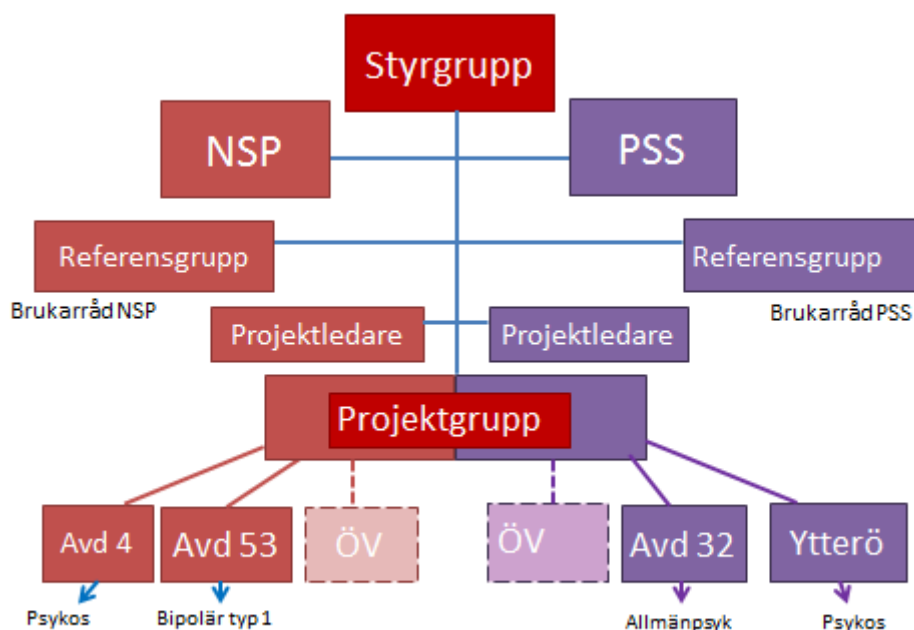
Projektets organisation

Under projektets gång förändrades delar av projektorganisationen, vissa var förutsedda och andra inte.

Organisation dec 2015 - maj 2016

När vi startade projektet fanns en klinikgemensam styrgrupp bestående av verksamhetscheferna för respektive klinik, samt de sektionschefer vars enheter var involverade. Varje klinik hade en referensgrupp som bestod av klinikernas respektive Brukarråd (bestående av lokalrepresentanter från olika patient- och närståendeföreningar: Attention, Balans, Fountain House, Frisk&Fri, IFS, OCD-föreningen, OCD-sällskapet, RFHL, RSMH, SHEDO, SPES och ÅSS). Varje klinik hade en projektledare och en projektgrupp, bestående av enhetscheferna för de enheter som var involverade samt BISAM.

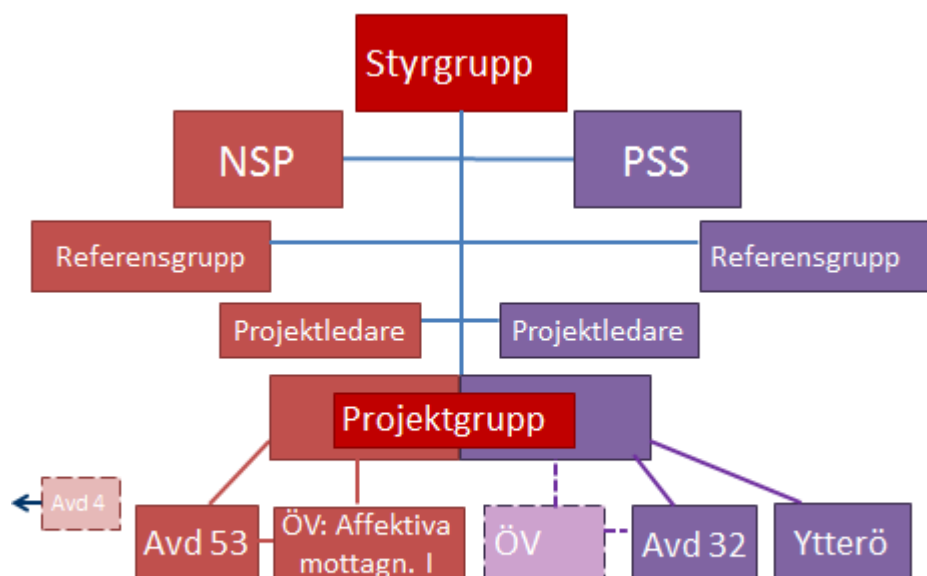
En mer utförlig beskrivning av hur vi startade upp projektet finns i halvvägsrapporten.



Urvalet av deltagande avdelningar skedde dels utifrån att få olika målgrupper representerade, dels utifrån vilka avdelningar som var intresserade av projektet.

Den projektuppbyggnaden bestod projektet igenom, däremot skedde vissa förändringar utifrån vilka enheter som var involverade.

Organisation sep – dec



Av olika internorganisatoriska skäl var det inte läge för avd 4 på NSP att fortsätta ingå i projektet efter sommaren, varpå de klev ur. NSP valde att inte ersätta avd 4 med en ny heldygnsvårdsavdelning, utan kopplade istället på ÖV. De två MB som jobbade på avd 53 började jobba vissa dagar på den öppenvårdsmottagning som är kopplad till avd 53.

PSS valde att inte börja arbeta mot ÖV, utan fortsatte arbetet med MB i heldygnsvården, förutom några enstaka uppdrag (t ex föreläsningar) inom ÖV.

Omorganisation på PSS

Under projekttiden genomgick PSS en större omorganisation. Det påverkade projektet på flera olika sätt, bland annat innebar det förändringar både i styrgruppssammansättningen och även i projektgruppen. Självklart påverkade det möjligheterna för att bedriva MB-projektet på bästa möjliga sätt. Det är samtidigt svårt att bedriva projekt om de alltid ska genomföras då en klinik är i ett helt stabilt läge, eftersom detta nästan aldrig inträffar. Läget inom offentlig verksamhet består av nästan konstanta omorganiseringar på olika nivåer, och förbättringsarbeten behöver bedrivas oavsett. Men självklart hade MB på PSS fått bättre förutsättningar om det inte skett parallellt med omorganisationen.

MB-tjänster, fördelning

Avd 53 och Mottagningen för affektiva sjukdomar I hade två MB anställda, en på 100% och en på 70%. Avd 32 hade en MB anställd på 100%. Ytterö hade två MB anställda på 50% vardera.

Utveckling av uppdraget

Utifrån de data vi samlade in och analyserade under projektets första sex månader kunde vi se följande resultat:

1. MB har klarat sitt uppdrag i form av att de regelbundet hållit i morgonsamlingar, promenader, kreativ verkstad och hjälp till med Patientforum på en nivå som motsvarar projekt målet.
2. Det finns ett intresse från patienthåll att delta på dessa aktiviteter (det vill säga: det är inte något de önskar sig och sedan inte går på).
3. Av patienter som hade kontakt med MB och deltog i aktiviteter, tyckte majoriteten att detta var bra och hjälpsamt.
4. Det fanns även en grupp patienter som uppgav att de varken haft kontakt med MB eller deltagit i aktiviteter.

Under första halvan var vi noga med att försöka göra så lika som möjligt klinikerna emellan, för att pröva allmängiltigheten i vårt grundupplägg. När det visade sig få gott resultat, valde vi att under projektets andra halva arbeta mer med den lokala utvecklingen av MB-funktionen på respektive klinik. Grundat i samma riktlinjer och den arbetsbeskrivning vi hade från första halvan, ville vi pröva hur funktionen kunde användas och varieras utifrån varje kliniks lokala förutsättningar.

Norra Stockholms Psykiatri

Under projektets första hälft fick vi prioritera bort att arbeta gentemot ÖV. Därför valde vi att prioritera ÖV under projektets andra halva. Vårt upplägg innebar att MB-tjänsterna delades mellan *Mottagningen för Affektiva Sjukdomar I* och avd 53. Dessa två enheter är även sammanlänkade organisatoriskt i vårdkedjan. Tanken var att MB skulle kunna följa patienten genom vårdkedjan mellan heldygnsvården och ÖV. Förutom de organisatoriska fördelarna valde vi även den mottagningen för att de var nyfikna och intresserade av projektet.

Det innebar att våra två MB började arbeta delar av arbetstiden på avdelningen och delar av arbetstiden på mottagningen. Tjänstefördelningen mellan avdelningen och ÖV var inte fast, utan vi gjorde en överenskommelse om att pröva oss fram. Av förklarliga skäl innebar det att MB fick dra ner på vissa av aktiviteterna de hållit inom heldygnsvården.

Arbetsuppgifter i öppenvården

Att hålla i aktiviteter var inte aktuellt på samma sätt i ÖV. Vi behövde därför tänka om en del och pröva nya arbetssätt. Under hösten arbetade vi fram följande definition, som vi alltså inte tycker vi är riktigt färdiga med än (se tabell 1).

Arbetsuppgift	Omfattning	Mätning
Delta som assisterande kursledare under PPI-kurserna	Två kursomgångar om fem tillfällen vardera. Varje tillfälle är 2h. = tot 20 h sep-dec.	De utvärderingsenkäter som redan används för PPI.
Ha en öppet-hus-tid i veckan då patienter kan träffa MB på "drop-in".	1gr/v, 1h.	Mäta antal besökare.
Träffa enskilda patienter på bokade tider. Patienterna kom till MB via: <ol style="list-style-type: none"> 1. MB bokar in patienter de känner som skrivs ut från avd 53. 2. Personal på mottagningen tipsar/skickar patienter som de tror skulle vara hjälpt av en MB 3. Patienter kan själva ta kontakt med MB utifrån informationsmaterial som finns tillgängligt på mottagningen. 4. "Drop-in-patient" som sedan bokat tid. 	Behovsberoende.	Utvärderingsenkäter skickas till alla bokade patienter.
Delta vid teamkonferenser och andra personalmöten.	Ca 3h/v	Ingen mätning.

Tabell 1

Något MB märkte nästan med en gång var att det utan problem skulle gå att fylla två heltidstjänster bara utifrån de förfrågningar de fick från behandlare där om att träffa patienter. För att kunna räcka till var de tvungna att tacka nej till många förfrågningar och vara ganska noga med att det ska finnas ett tydligt uppdrag för en MB i förfrågan. Hade de haft mer tid inom öppenvården hade det, säkert på gott och ont, gått att ta sig an mer uppdrag och pröva sig fram mer.

Utvärdering av PPI

De elva enkäter som samlades in från PPI-utbildningarna var överlag positiva till själva kursen, kursledarna och upplägget. Exempel:

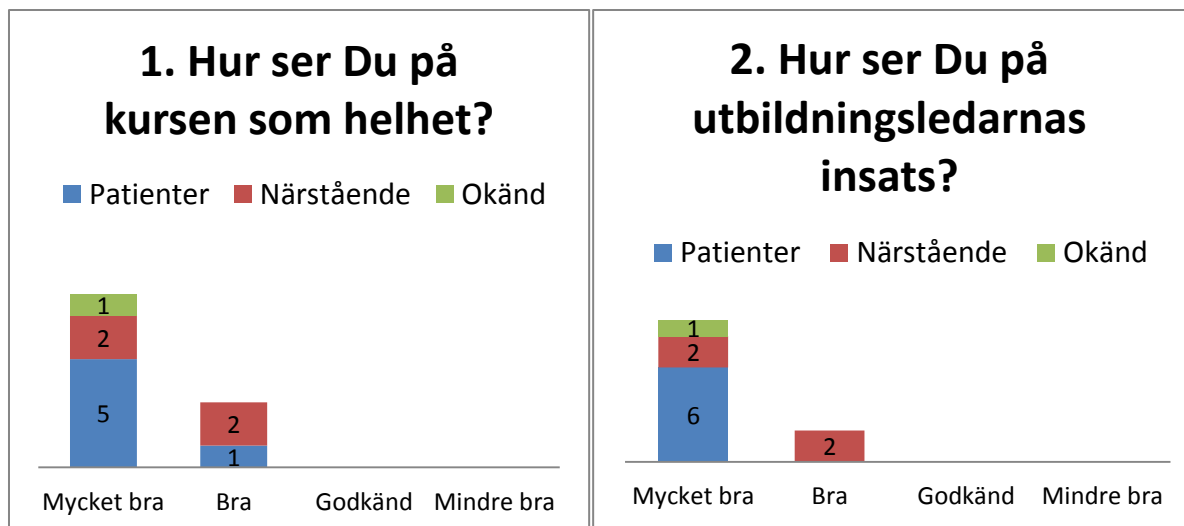


Diagram 1

I de fall deltagarna skrivit egna kommentarer i enkäten handlar det rätt ofta om styrkan i att få dela erfarenheter med andra som varit i samma situation (eftersom enkäten innehåller en hel del frågor som inte har att göra med MB eller kursledarna, har vi inte tagit med statistik från alla frågor).

Patientenkät öppenvård

Samtliga patienter som haft en inbokad kontakt med MB under sep-dec (dvs inte patienter som kommit via öppet hus) fick hemskickat en enkät med färdigt svarskuvert (se bilaga 1). Totalt skickades 14 enkäter, tyvärr fick vi bara tillbaka tre. I och med att så pass få enkäter inkom är det svårt att dra någon generell slutsats utifrån det i det här läget. Vi kommer fortsätta arbetet med att hitta sätt för att utvärdera MBs insatser i ÖV.

Lärdomar från öppenvården

Sammanfattningsvis: Ha tålamod! Utvecklingen av uppdraget inom ÖV tar mycket längre tid än inom heldygnsvården. I skrivande stund har projektet avslutats och MB på NSP har blivit en del av ordinarie verksamhet. Medan rollen i heldygnsvården kändes ganska väl utskakad redan efter ett par månader, håller vi fortfarande på att pröva och definiera MBs uppdrag inom ÖV.

Definiera hur patienter når MB: Det är svårt att sätta fingret på vad det är som gör att det tar mer tid inom ÖV, men vi anar att det har att göra med att patienterna helt enkelt inte finns ”på plats”. Inom heldygnsvården umgås man på samma ytor vilket gör att kontakt, samtal och relationer kan utvecklas spontant. Inom ÖV behöver allt detta istället ha en uttalad struktur.

Ett exempel är MBs Öppet hus, dit det till en början kom patienter mycket sporadiskt. Perioder funderade vi på att lägga ner det helt. Antalet besökare ökade dock vartefter. Först nu ett par månader in på i 2017 ligger snittet på två per gång, och fortsätter öka. Även antalet bokade patientbesök har gradvis ökat under jan - feb 2017.

Tydliga uppdrag: Personalen på mottagningen har redan från start varit mycket positiva till att ha MB där och propbat på att få ha MB kvar även efter projektet, så ”långsamheten” har inte haft att göra med motstånd hos personalen. Behandlarna varit angelägna om att involvera

MB i patientsituationer. Däremot insåg vi vartefter att det behöver vara tydligt vad MB får för uppdrag i relation till patienten, så inte många sitter och gör ungefär samma sak.

Beslutsstöd: I teorin finns det ett naturligt område för MB inom det som kallas beslutsstöd, problemet är att det området inte är särskilt etablerat än inom psykiatrin. Vi hamnade i ett läge där vi både skulle introducera en ny kategori arbetsredskap, parallellt med att introducera MB-rollen. Efter en del försök som inte gav den effekt vi ville, valde vi att avvakta med detta tills vidare.

PPI: Ett område inom ÖV där MB å andra sidan kunnat kliva in och börja jobba direkt är på de PPI-utbildningar som hålls på mottagningen. MB har varit assisterande kursledare vid alla kurstillfällen under hösten: Två kursomgångar om fem tillfällen vardera. PPI-kurserna blev på det sättet en uppfyllelse av ett av de mål vi hade med projektet: Att kunna erbjuda patienter och närstående kunskap både ur det sjukvårdsyrkesmässiga perspektivet och det egnerfarna. Av utvärderingsenkäterna att döma har både patienter och närstående varit nöjda med PPI-utbildningarna.

Dokumentation: Att MB inte dokumenterar i journal har varit en omdebatterad fråga genom hela projektet. Det finns både för- och nackdelar. Vi ser betydligt fler problem med att inte dokumentera när det kommer till MBs verksamhet inom ÖV. De träffar patienter enskilt i mycket större utsträckning, samtidigt som övrig personal inte alltid är tillgängliga för att MB ska kunna rapportera över saker med en gång. MB arbetar visserligen inte med behandling, men patienterna sorterar inte nödvändigtvis det de väljer att ta upp och vem de tar upp det med utifrån detta. Det gör att MB kan få information som av patientsäkerhetsskäl kan behöva dokumenteras. Bara en sån sak som att en patient uteblir från ett inbokat möte kan vara av stor vikt. Här ser vi ett potentiellt problem. Å andra sidan inser vi fortfarande de problem som skulle komma om MB var ålagda att dokumentera, både vad gäller all den arbetstid som skulle börja sugas upp av administrativa saker, dessutom tanken om att MB ska ges möjligheten att stå utanför de mer sjukdomsorienterade delarna av sjukvården.

Tvångsåtgärder på avd 53

Minskat antal tvångsåtgärder fanns inte med som mål för MB-projektet. Personalen och enhetschefen på avd 53 var dock tydliga med att de tyckte att stämningen på avdelningen blivit lugnare med MB. Deras intryck var att tvångsåtgärderna minskat, och ville veta om det stämde. När vi tittade visade det sig att de hade minskat det året projektet pågick, jämfört med året innan utan MB. Självklart vet vi inget om kausaliteten i detta. Det kan ha att göra med MB, det kan ha att göra med helt andra typer av förändringar på avdelningen, det kan vara en kombination.

Jämförelse av tvångsåtgärder feb-nov 2015 och 2016 på avd 53:

- 64 % färre patienter är föremål för tvångsåtgärder
- 60 % färre tvångsmedicineringar
- 40 % färre bältesläggningar
- Oförändrat antal avskiljningar

En sak vi kan säga är att MB på avdelningen åtminstone inte gör att tvångsåtgärder ökar.

Psykiatri Södra Stockholm

MB har fortsatt arbeta på samma sätt som i projektets första del, med fokus på aktiviteter i heldygnsvården. På avdelning 32 hade vi möjlighet att utöka MB arbetstid upp till 100 % och det innebar att vederbörande gradvis ökade sin tjänstgöring på avdelningen.

Sjukfrånvaro

För PSS del, särskilt psykosavdelning Ytterö, var projektet delvis förknippat med otur då det blev en omsättning på MB-tjänsterna, i kombination med att flera MB blev sjukskrivna. Detta avspeglar sig tydligt i mätningarna och man kan följa aktivitetsfrekvensen kopplat till närvaron.

Det innebar en situation där det var otydligt om och när några av dem skulle komma tillbaka, vilket också påverkade introduktionen för dem som kom nya. T. ex. uppstod situationer där de fick arbeta ensamma på avdelningen, vilket var emot de riktlinjer vi ville ha i projektet.

PSS var under projekttiden inne i en pågående omorganisation, som medförde alla de omständigheter som en omorganisation brukar innebära av instabilitet och osäkerhet. Det försvårade arbetet i projektledningen och påverkade med all sannolikhet även MBs situation ute i verksamheten.

Sammantaget har vi inte lyckats härleda sjukskrivningarna till en specifik faktor. De MB som blev sjukskrivna uppgav att det var av personliga skäl och inte hade att göra med arbetet. Vi tänker dock att den röriga situationen ändå kan ha påverkat, eftersom vi själva inte tyckte vi lyckades leva upp till de riktlinjer vi satt upp gällande sånt som ensamarbete och introduktion.

Utökade aktiviteter

På avdelning 32 utvecklade MB aktiviteterna. Utöver promenader, kreativ verkstad och morgonsamling startades på fredagkvällarna s.k. fredagsmys. Det var också ett önskemål från patienter att ha en gemensam aktivitet på avdelningen inför helgen. MB hyrde eller lånade filmer och med en tanke med innehållet, att filmerna på något sätt skulle kunna leda till diskussion och reflektion, gärna med koppling till ämnet – ohälsa i någon form men med en positiv touch. Snacks och godis inköptes också av MB till filmkvällarna/fredagsmyset.

MB erbjöd och genomförde även en enkel form av yoga för de patienter som ville pröva.

På Ytterö startade MB en musikgrupp, där man tillsammans lyssnade på olika musikstilar och talade om dess koppling till olika kulturer, historia mm. Man diskuterade också musiks betydelse för olika känslor och upplevelser. Det var allt mellan sakral och forntida musik till modern metal. Även här deltog patienterna med aktiva önskemål om innehållet.

På grund av att endast en MB stadigvarande var i aktiv tjänst under hösten 2016 bedömde vi att inte pröva MB i öppenvården, med risk för att detta skulle leda till ännu mindre aktiviteter i heldygnsvården. MB deltog dock i en gruppsammankomst på en affektiv mottagning riktad till patienter. Detta bedömdes som värdefullt och mottagningen hade önskemål om att MB skulle delta fler gånger.

Medverkan på RSMH-rösträtt

De två MB som har egen erfarenhet av att höra röster har deltagit i och hållit i rösthörargrupp vid två tillfällen. Rösträtt är en öppen stödgrupp för rösthörare i samverkan med PSS och RSMH Stockholm.

Resultat av kliniskgemensamma mätningar

Här redovisar vi vilka förändringar vi gjorde i våra mätmetoder jämfört med projektets första halva, samt resultatet av våra gemensamma mätningar. En metodbeskrivning av våra gemensamma mätningar och deras brister finns i halvvägsrapporten.

Resultat: Aktivitetsmätning i heldygnsvården

Eftersom utvecklingen av funktionen innebar att ge dem delvis nya arbetsuppgifter gentemot öppenvården, innebar det en minskning av arbetstid i heldygnsvården, och därmed även en minskning av genomförda aktiviteter i heldygnsvården. Vi visste därför att antalet genomförda aktiviteter skulle sjunka under andra halvan av projektet. Vi valde att ändå fortsätta mäta detta, som en feedback till oss, MB och avdelningen.

De enskilda avdelningarnas mätningar finns som bilaga (se bilaga 2).

- Mätningarna i december avser bara halva månaden, till och med 16:e december.
- Perioden jun – aug var många MB lediga. När MB inte var på plats sköttes inte alltid mätningarna på samma sätt. Det blev också så att aktiviteterna inte genomfördes i samma utsträckning som när MB var på plats.
- Flera aktiviteter har minskat under projektets andra halva. Som tidigare beskrivits har det att göra med förändringar i arbetsuppgifter, samt situationen som uppstod på Ytterö.

Promenader

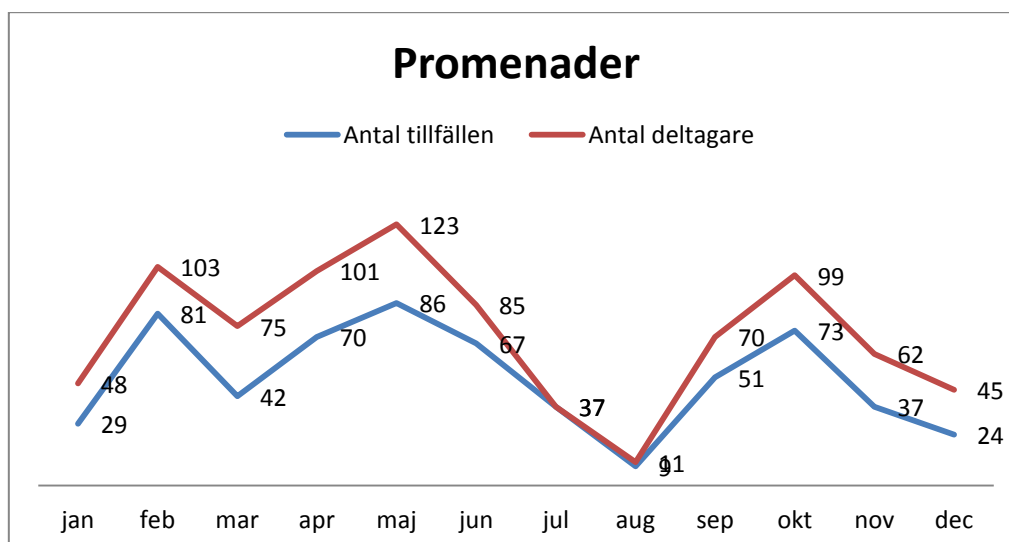


Diagram 2

Kreativ verkstad

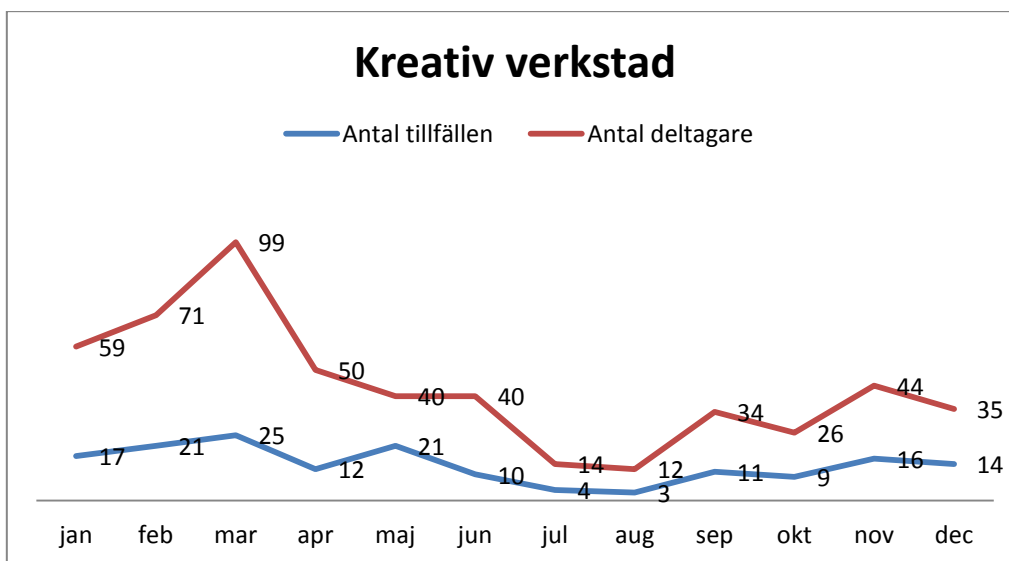


Diagram 3

Morgonsamling

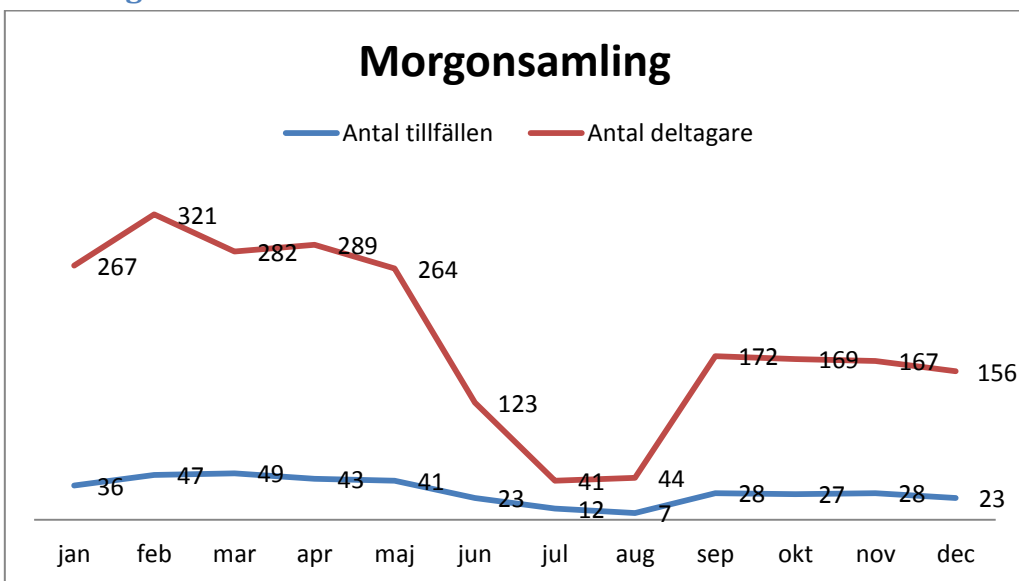


Diagram 4

Patientforum

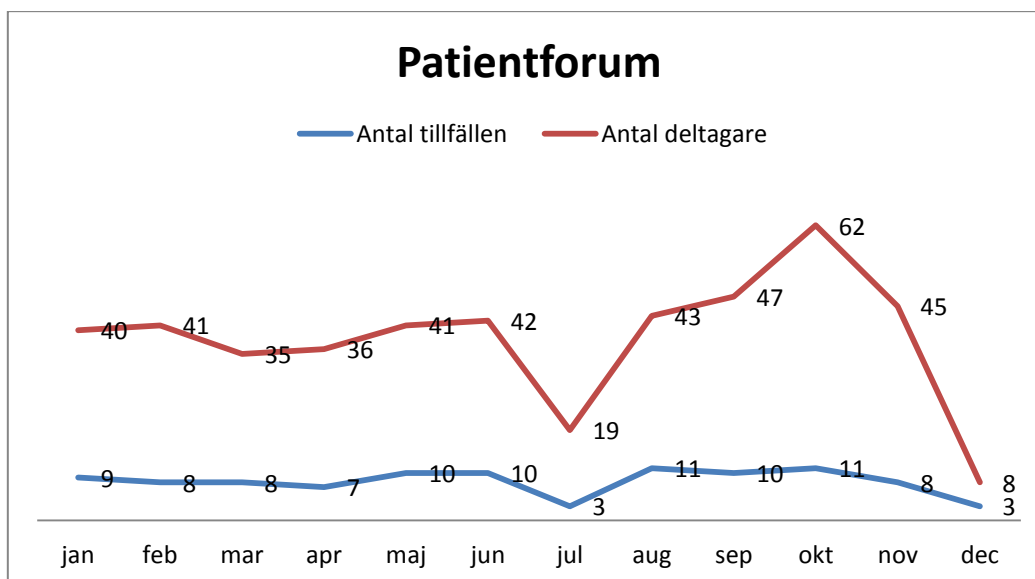


Diagram 5

Patientforum var en aktivitet som pågick sedan flera år tillbaka på alla avdelningarna. MBs uppgift i samband med forumen var i huvudsak att informera och samla patienter till att delta. Forumen hölls sedan av BISAM. När vi jämför med forumstatistik från tidigare år har vi inte kunnat se någon större skillnad i hur många patienter som deltagit under projektet jämfört med hur det var innan.

Övriga aktiviteter

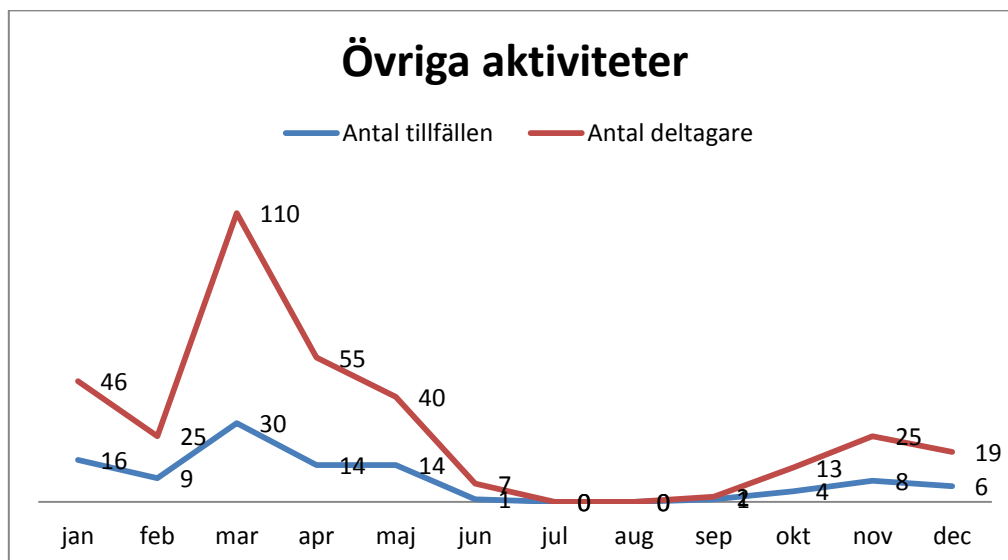


Diagram 6

Övriga aktiviteter genomfördes i mån av tid och utrymme.

Sammanfattning av aktivitetsmätningarna

Antalet genomförda aktiviteter sjönk som väntat under hösten. Men de fortsatte ändå hållas regelbundet veckovis och var välbesökta.

På de avdelningar där aktiviteten inte funnits innan MB kom, upphörde den i princip helt när MB var på semester, trots att intentionen fanns hos personalen att upprätthålla den. Det är svårt att veta vad det beror på. En morgonsamling tar exempelvis ca 5-10 minuter och det finns en färdig mall att följa, så det är svårt att se att tidsbrist skulle vara enda förklaringen. Det finns personal som känner sig osäkra inför den arbetsuppgiften, men den är långt ifrån omöjlig att lära sig och ett yrkesliv är fullt av arbetsuppgifter som inledningsvis kan kännas ovana men som går att lära sig.

Vårt intryck är att det har att göra med kulturen på avdelningen och vilka arbetsuppgifter som prioriteras i jämförelse med andra uppgifter, och att det tar lång tid att förändra den ”hierarkin”. Det räcker tyvärr inte alltid med att visa på att det är något som har ett högt värde för patienterna, vårdens värdering av insatsen blir ändå gällande. Vårt intryck är att det här problemet inte går att lägga på en viss avdelning eller klinik, utan att det tyvärr är en återkommande maktstruktur inom sjukvården som syns på lite olika sätt. Vi är inte heller de enda som konstaterar detta, hela bakgrunden till det man kallar *värdebaserad vård*⁷ idag rör just den diskrepansen: Att vården i större utsträckning skulle behöva fokusera på det som skapar värde för patienterna, enligt patienterna.

Resultat: Patientenkäter

Vi har haft färre heldygnsvårdsavdelningar involverade i projektets andra halva, och har därför fått in färre patientenkäter. Resultatet från de enkäter som samlades in under våren finns i halvvägsrapporten. Ett av resultaten från halvvägsrapporten var att patienterna svarat att kontakten med MB och aktiviteterna de höll i var både bra och till hjälp för dem. Analysen av enkäterna från projektets andra halva visar på samma resultat. Resultaten från enkäterna ska ses som grova mått eller riktningar snarare än som exakta data. Läs mer om brister i våra mätmetoder i halvvägsrapporten.

Om kontakten med MB

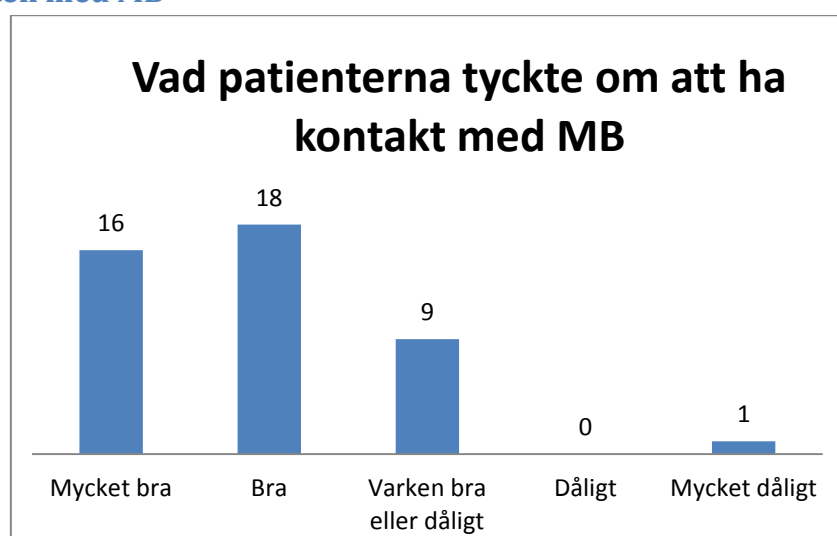


Diagram 7

⁷ Nordenström, J. (2014). *Värdebaserad vård: är vi så bra vi kan bli?*. Stockholm: Karolinska institutet University Press

Under perioden sep - dec 2016 svarade 75 patienter på enkäten. 44 av dessa hade haft kontakt med en MB under vårdtiden. Här skiljde det sig dock åt en del avdelningarna emellan: Där avdelningen haft två MB anställda var det en större andel patienter som haft kontakt med MB, jämfört med där man bara haft en. Sammanlagt tyckte 77% av dem att kontakten varit antingen ”mycket bra” eller ”bra”. Ca en femtedel tyckte varken eller, en patient tyckte kontakten hade varit mycket dåligt (se diagram 7).

Om MB varit till hjälp

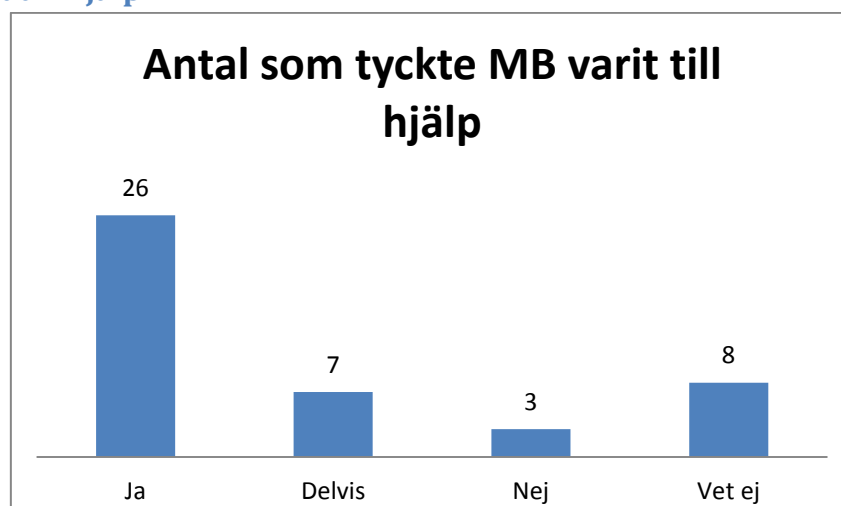


Diagram 3

På frågan om kontakten med MB varit till hjälp, svarade sammanlagt 75% av patienterna antingen ”ja” eller ”delvis”. Tre patienter svarade nej, och strax under en femtedel svarade ”vet ej” (se diagram 8).

Om att delta i aktiviteter

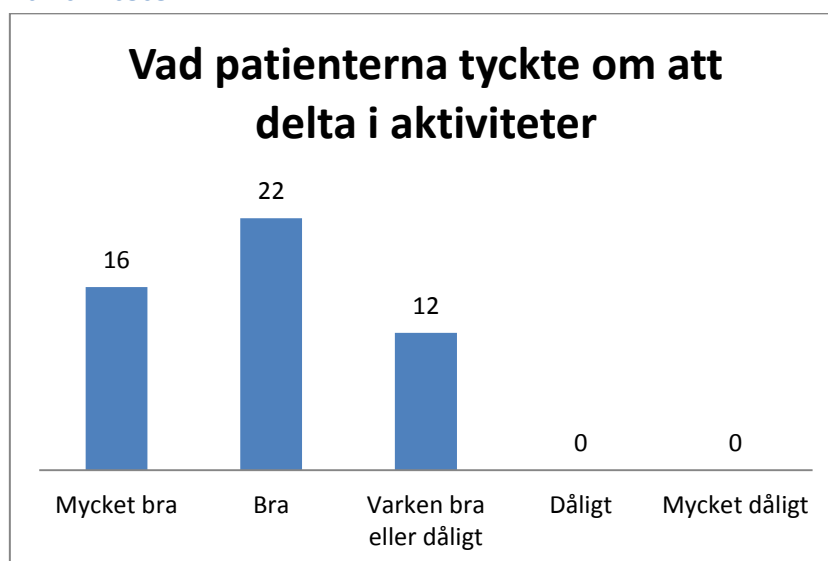


Diagram 8

Av de 75 patienter som svarat på enkäten, 50 av dessa hade deltagit i någon form av strukturerad aktivitet under vårdtiden. Även här skiljde sig deltagandet åt en del mellan avdelningarna, där fler MB anställda innebar både fler genomförda aktiviteter och att fler patienter deltagit. Majoriteten av de som deltagit tyckte att aktiviteten varit mycket bra eller bra. Ca en fjärdedel tyckte varken eller, ingen tyckte det var dåligt (se diagram 8).

Om aktiviteter varit till hjälp

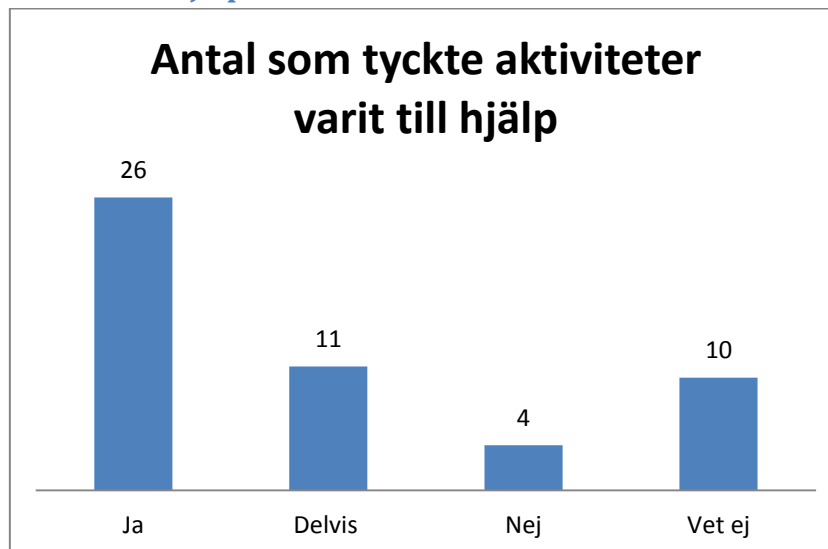


Diagram 9

På frågan om deltagande i aktiviteter varit till hjälp, svarade sammanlagt ca 73% ”ja” eller ”delvis”. Fyra patienter svarade ”nej”, och ca en femtedel svarade ”vet ej” (se diagram 9).

Sammanfattning av enkätresultaten

Utifrån de grova mått som enkäterna utgör, kan vi ändå se ett liknande resultat som vid projektets första halva. Majoriteten av patienterna som har kontakt med MB och deltar i aktiviteter tycker detta är bra och hjälpsamt för dem. Några patienter ger det ett osäkert betyg. Det är få som ger det ett uttalat dåligt betyg.

Ca 42% av patienterna som svarat på enkäten uppgett att de inte haft kontakt med MB. Motsvarade ca 33% har svarat att de inte deltagit i aktiviteter. Vi vet inte om det varit ett medvetet val hos dem eller ej. Kontakten med MB och deltagande i aktiviteter ska alltid vara något frivilligt och vi räknar med att inget kommer passa alla. Eftersom antalet patienter som haft kontakt med MB och deltagit i aktiviteter skiljde sig åt en del utifrån hur många MB som arbetat på avdelningen, kan en del av detta haft att göra med MBs tillgänglighet och antalet aktiviteter som erbjudits under vårdtiden.

Sammanfattning av rapporten

Sammanfattningsvis: Uppfyllde vi våra mål? Vilka slutledningar drar vi? Kommer arbetet med MB fortsätta på klinikerna, och i så fall hur?

Måluppfyllelse

De projektmål vi satte upp vid ansökan var:

1. Fasta aktiviteter i heldygnsvården
2. Kamrattstödande insatser
3. Konkreta exempel på återhämtning (goda förebilder)
4. Ökning av patient- och närståendeutbildningar

Utifrån projektet som helhet och de mätningar vi gjort, kan vi se att vi uppfyllt mål 1-3. Mål 4 har vi inte uppfyllt så som det var formulerat i ansökan. Vartefter projektets gång märkte vi å andra sidan att den målformuleringen inte riktigt motsvarade vad vi var ute efter. Tanken med MB och PPI handlade inte om att kvantitativt få till fler PPI-utbildningar, utan snarare att se om egengenerad kompetens skulle kunna rymmas som ett komplement till existerande PPI, samt om det skulle vara uppskattat av deltagarna.

Resultaten från den ÖV-mottagning där MB deltog löpande i PPI-kurserna visar positivt på båda dessa delar: ja, det är möjligt att ha med MB som assisterande kursledare på PPI-utbildningar, och ja, det är uppskattat av deltagarna.

Diskussion

Utifrån resultatet kan vi se att MB fortsatt hålla aktiviteter regelbundet på avdelningarna, om än i mindre utsträckning än under höstterminen. Det vi vet för säkert är att förändrade arbetsuppgifter är en av orsakerna, och att det var något vi var medvetna om redan innan. Men minskningen kan så klart också ha påverkats av skiftningar i engagemang och ork.

Vi kan också se att majoriteten av patienterna som haft kontakten med MB tycker den kontakten varit bra och hjälpsam. Det är även det resultat vi fick vid halvårsrapporten. Majoriteten av patienterna som deltagit i någon fast aktivitet under vårdtiden tycker att det varit bra och hjälpsamt för dem. Även det motsvarar det resultat vi fick vid halvårsrapporten.

Vår slutledning är att kontakten med MB och fasta aktiviteter inom heldygnsvården har ett stort värde för de patienterna som försökt använda sig av detta. Det finns patienter som väljer bort både MB och aktiviteter. Vilka orsaker som finns till att vissa patienter svarat att de inte träffat MB eller deltagit i aktiviteter kan vi inte se i den här rapporten. Vi utgår från att det finns patienter som inte tycker att MB eller aktiviteter är meningsfulla insatser för dem. Men delar av det kan också ha att göra med antalet MB som finns tillgängliga på avdelningen.

Fortsättning?

Projektet avslutades sista december 2016. På PSS avslutas arbetet med MB i och med det.

På NSP erbjuds de två MB som arbetat i projektet fortsatt anställning, nu som en del av ordinarie verksamhet. De kommer fortsätta ha samma arbetsuppgifter: arbete både i heldygnsvården och ÖV på det sätt som beskrivs i rapporten. Arbetet med att vidareutveckla funktionen fortsätter. Förhoppningen är att på sikt kunna anställa fler MB och på så sätt kunna sprida arbetssättet till fler enheter inom kliniken. Flera avdelningar inom kliniken har visat intresse och vill också ha MB. Även patienter hör talas om MB och efterfrågar det.

Eftersom de arbetsuppgifter som MB har inte genererar någon formell produktion för kliniken i nuläget, kommer MBs fortsatta existens vara en fråga om budget. Om MB ska bli en etablerad funktion inom psykiatrin (och inte bara en trevlig, dock isolerad verksamhet), ser vi att det på sikt behöver tillkomma en överbyggnad kring tjänsten som rör någon form av beställning från högre instanser. Åtminstone så länge sjukvården bygger på ett sånt system i övrigt. Risken är annars att det faller bort i den väldigt slimmade sjukvårdsverklighet vi lever med.

Bilagor

Bilaga 1: NSPs enkät till öppenvårdspatienter

Utvärdering av projekt Medarbetare med Brukarerfarenhet ("MB")

Under september till december 2016 pågår ett projekt där två medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa arbetar här på mottagningen. De kallas "MB", *Medarbetare med Brukarerfarenhet* och heter Bengt Sprowede och Tove Lundin.

Denna enkät är en del av en utvärdering av projektet, och syftar till att få en bild av era erfarenheter och åsikter om detta. Att vara med och svara på enkäten är helt frivilligt. Du väljer själv om du vill vara med och svara, och om det är någon av frågorna som du inte vill svara på, så är det helt okej att avstå. Enkätsvaren kommer att anonymiseras och hanteras konfidentiellt, och kommer att sammanställas i en rapport som kommer att spridas/användas. Om du redan fyllt i enkäten behöver du inte göra det igen.

1. Har du varit i kontakt med en medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa här på mottagningen?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Om du svarat "Nej" eller "Vet ej" på fråga 1 kan du hoppa över resten av frågorna i enkäten.

2. Vad tyckte du om att vara i kontakt med en medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

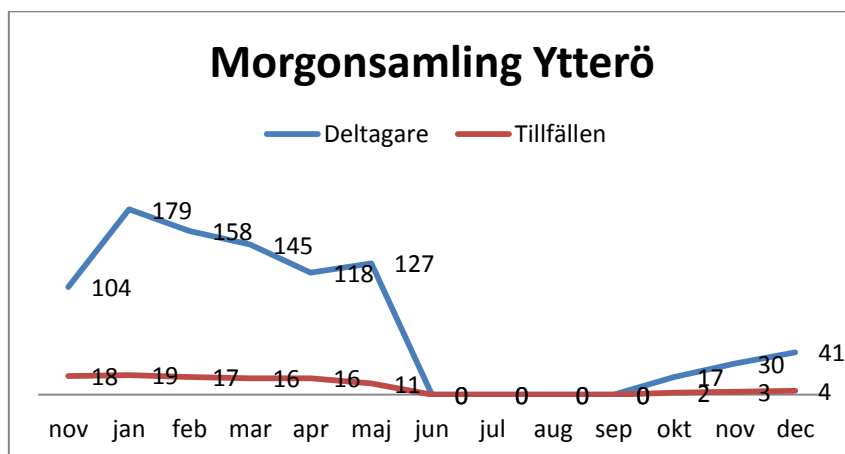
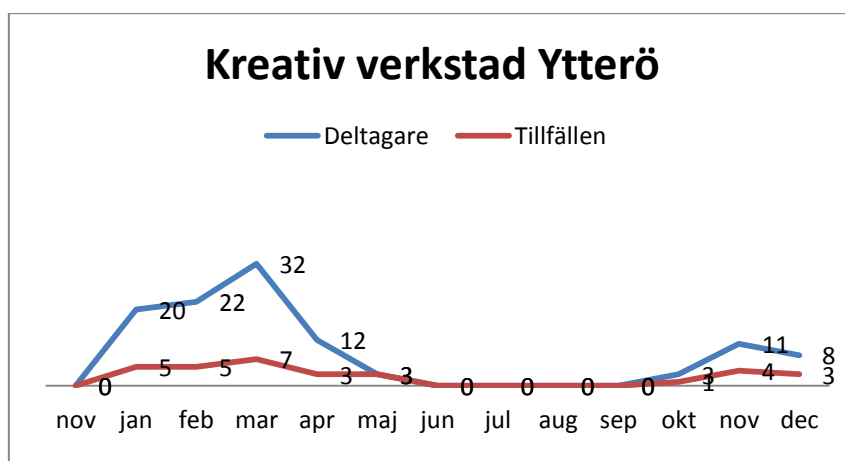
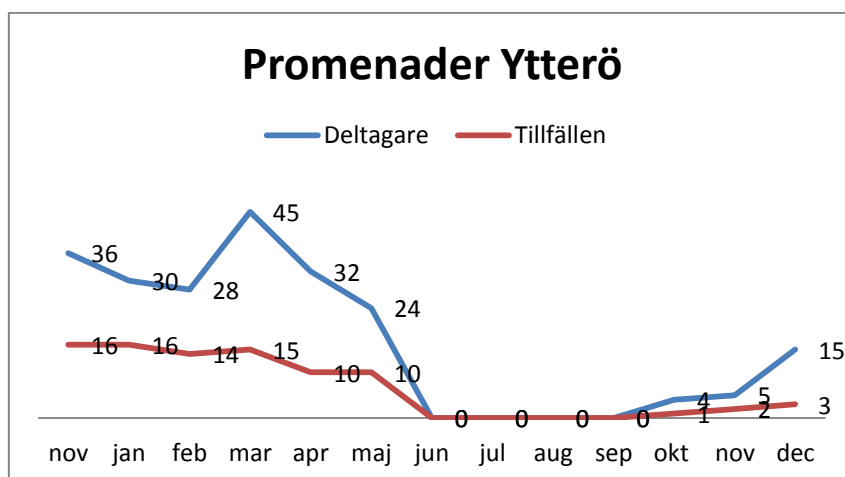
3. Tycker du att det var till hjälp för dig att vara i kontakt med en medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa?

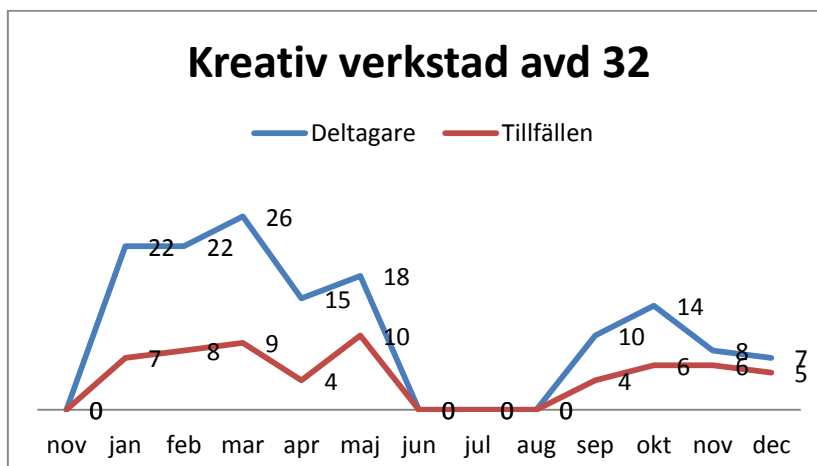
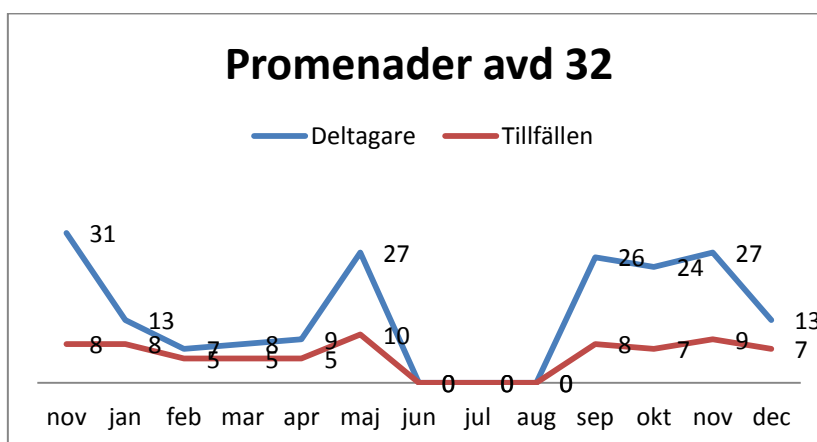
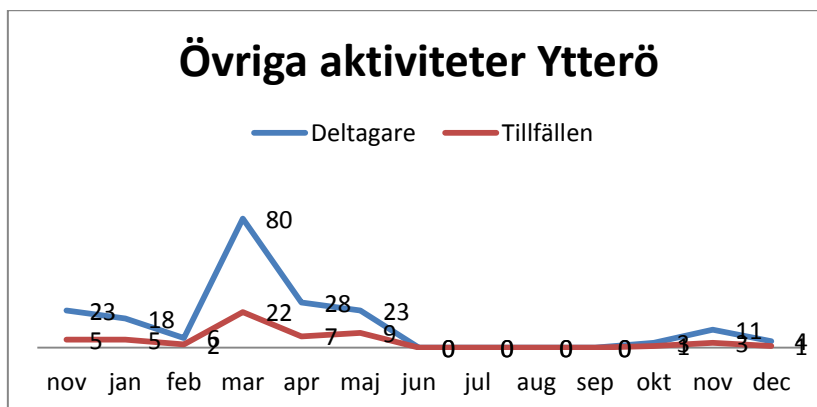
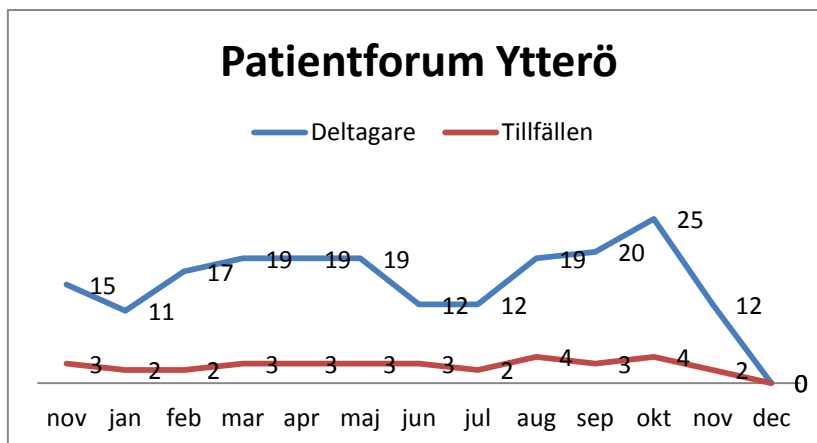
- Ja
- Nej
- Delvis
- Vet ej

4. Har du fått hjälp av MB med att förbereda dig inför något samtal eller möte (till exempel förbereda dig inför läkarsamtal, vårdplaneringsmöte, annat typ av möte eller samtal)

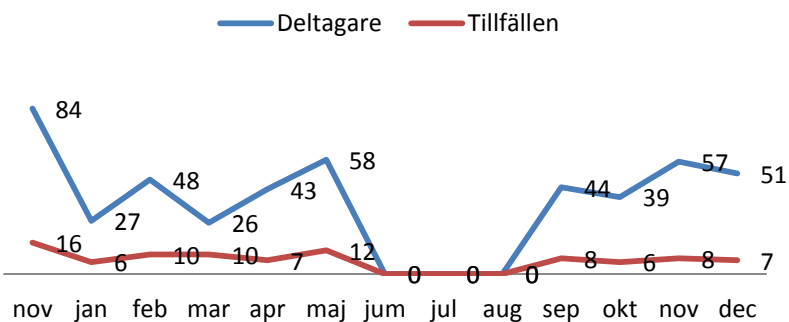
- Ja
- Nej
- Vet ej

Bilaga 2: Aktivitetsstatistik avdelningsvis

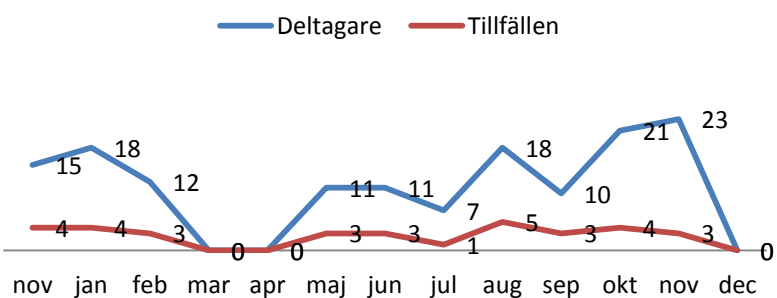




Morgonsamling avd 32



Patientforum avd 32



Övriga aktiviteter avd 32

