

# DELRAPPORT 2

## BRUKARSTYRD BRUKARREVISION

Öppenvårdspsykiatri och beroendevård

Södra länsdelen

Region Sörmland 2018



● **verdandi Brandkärr**



## Förord

Detta är en del av de rapporter som beskriver den brukarstyrd brukarrevision som Verdandi-Brandkärr genomförde under 2018 – 19 av missbruksvården och psykiatrin i hela Sörmland på uppdrag av region Sörmland.

Metoden som använts, Verdandi Brukarstyrd Brukarrevision, ger ett bra underlag att ha som utgångspunkt för att kvalitetssäkra den vård/behandling som man får inom socialtjänsten, öppna psykiatriska mottagningar och beroendecentrum.

Rapporten är utformad med målet att brukare, personal, politiker, tjänstemän, journalister och andra intresserade, ska kunna ta till sig och själva reflektera över vad de läser.

Vi vill rikta ett varmt tack till våra brukarrevisorerna som i vått och torrt har varit på mottagningarna och samlat in svar och också själva reflekterat över mottagningarnas verksamhet. Vi vill också rikta ett stort tack till alla brukare som varit med och svarat på enkäten, utan er hade vi inte haft något att beskriva.

Ett annat tack vill vi rikta till Regionen Sörmlands (tidigare Sörmlands Landsting) och kommunernas personal på alla mottagningar, som varit hjälpsamma och gett oss ett mycket bra mottagande. Utan ert positiva stöd hade vi inte fått in så många svar.

Ytterligare ett tack riktas till den referensgrupp som vi haft på FOU i Sörmland som samordnades av forskningsledaren Öie Umb Carlsson, och tack också till Karin Dahlgvist-Claesson som varit vår kontakt på Region Sörmland.

Och sist, men inte minst, vill vi tacka dig som står i begrepp att läsa den här rapporten, utan din medverkan blir det ingen förändring...

Nyköping i augusti 2019

VERDANDI-BRANDKÄRR

Karin Johansson

Projektledare



## Sammanfattning

Verdandi-Brandkärr har på uppdrag av Region Sörmland, och länets nio kommuner, genomfört en brukarstyrd brukarrevision som berör området missbruk, beroende och psykisk ohälsa. I den här rapporten redovisas resultatet från den södra länsdelen. Det finns också andra rapporter som redovisar resultaten från de andra två länsdelarna, västra och norra samt en länsgemensam. En annan rapport, ”Rapport Brukarstyrd Brukarrevision, Kommunernas missbruksvård Sörmland 2018” som redovisar svaren från kommunernas verksamhet.

Syftet med brukarstyrda brukarrevisioner är att få en bild av vad brukare och patienter tycker om den vård/behandling man får när man har ett missbruk och/eller psykisk ohälsa. Brukarrevisionerna utgår alltid från ett brukarperspektiv.

Brukarrevisionen i Sörmland fick ett mycket bra mottagande bland brukarna vilket till stor del beror på det positiva stöd vi fick från personalen i verksamheterna. Många svarande har också i kommentarerna skrivit att de uppskattar att revisionen görs.

Resultaten i den här rapporten visar att de svarande i huvudsak får vård för psykisk ohälsa. Ett färre antal, får behandling för missbruk, eller en kombination av båda. Det är fler kvinnor än män som har svarat, och kvinnorna är något yngre.

I korthet kan brukarrevisorerna konstatera följande: Brukarna vet att man har psykisk ohälsa och/eller missbruk, men har inte alltid klart för sig varför man har den behandling man har. Många får vänta mer än en månad på hjälp. En stor majoritet har inte fått den avgiftning de behövde. Brukarna vet sällan om det finns en vårdplan. Man upplever ofta att man inte kan påverka den vård man får. Det finns brister i information om sekretess och samtycke. Några känner sig också otrygga i sin vård/behandling. Väldigt många vet inte om de har en uppföljning planerad.

Däremot upplever man att man blir bemött med respekt och att man kan framföra sin åsikt, dvs. att personalen i huvudsak har ett gott bemötande. Det finns många vägar in för att få vård, vilket är positivt. Många har också tilltro till att insatserna leder till en förändring för dem.

När vi brukarrevisorer varit på mottagningarna så kan vi också konstatera att det finns brister i miljön, vilket kan bidra till upplevelsen av otrygghet.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att ur brukarperspektiv så finns det många förbättringar som kan göras, och vi hoppas att det görs i en fortsatt dialog med brukarorganisationerna och brukarna själva.

## Innehållsförteckning

Förord.....	3
Sammanfattning .....	5
Bakgrund .....	9
Uppdraget.....	9
Metod och utgångspunkter.....	10
Övergripande ansvar och rollfördelning.....	11
Förberedelser .....	11
Utformning av enkät.....	12
Insamling av svar.....	13
Resultat .....	14
Målgrupp och bakgrundsfakta .....	15
Tillgänglighet.....	16
Avgiftning och tillnyktring .....	17
Stödets utformning och innehåll.....	18
Delaktighet .....	20
Bemötande och miljö.....	21
Sekretess och beslut .....	22
Framtiden.....	23
De svarandes fria kommentarer .....	23
Brukarrevisorernas egna reflektioner .....	25
Avslutande kommentarer och uppföljning .....	27
Ytterligare information.....	29





## Bakgrund

Regionen gjorde en genomlysning av beroendevården i södra och västra länsdelen under 2015. Ett av de förslag som då framkom, var att göra en länsövergripande brukarrevision av beroendevården. Detta för att få en bild av brukarnas upplevelser som ett led i regionens fortsatta utvecklingsarbete.

Verdandi-Brandkärr fick uppdraget av Region Sörmland, eftersom vi är en av de aktiva brukarorganisationerna i länet, och har dessutom arbetat med detta tidigare.

Verdandi är en organisation som arbetar med sociala frågor inkl missbruk runt om i landet. I Sörmland finns det två avdelningar, en i Nyköping och en i Eskilstuna som bedriver ”Social kontaktverksamhet”, en metod för att stärka socialt utsatta människor.

## Uppdraget

Uppdraget som gavs var:

”Att utifrån ett användarperspektiv utvärdera missbruksvården i hela länet”

Uppdraget inkluderade hela missbruksvården i Sörmland, både inom regionen och de nio kommunernas verksamheter. Uppdraget blev också tredelat för regionens verksamhet: Först västra, sedan södra och sist norra länsdelen. Skälet var att regionen har organiserat sin verksamhet geografiskt på detta sätt. I västra länsdelen ingår brukare som får vård av regionen men som bor i kommunerna Katrineholm, Flen och Vingåker. I den södra delen ingår Gnesta, Nyköping, Oxelösund och Trosa (GNOT) och i den norra delen Eskilstuna och Strängnäs. (Kommunernas verksamhet behandlas i en egen rapport ” Rapport Brukarstyrd Brukarrevision Kommunernas missbruksvård Sörmland 2018”).

I den här rapporten redovisar vi resultaten från den södra länsdelen. De mottagningar som granskats i denna rapport är:

- **Nyköpings lasarets** öppenvårdsmottagning, inkl beroendeenheten

## Metod och utgångspunkter

Vi har använt oss av Verdandis metod, Brukarstyrd Brukarrevision. Den har utarbetats för att granska verksamheter eller enheter som ger vård, stöd eller service till brukare. Verdandi valde att kalla metoden för **Brukarstyrd** brukarrevision. Detta för att kunna särskilja arbetet från andra typer av revisioner, som är undersökningar av andra utförare än brukare.

Detta är en utvärdering av vård och behandlingsinsatser ur ett brukar/användarperspektiv, och inte en traditionell vetenskaplig studie. Som sådan är den ett viktigt komplement, men inte en ersättning, till de verksamhets- eller forskningsstyrda utvärderingar som genomförs av verksamheterna själva.

Brukarrevisioner, dvs. utvärderingar ur ett användarperspektiv, gjorda av personer med egen brukarerfarenhet, är viktiga redskap för att kunna uppnå bättre resultat i verksamheten. Brukare som ställer frågor till andra brukare har också ett högt förtroendekapital hos de svarande, vilket gör att fler ställer upp och svarar på frågor och ger kommentarer vilket ger en hög tillförlitlighet. Erfarenheten visar också att möjligheten till uppriktiga svar ökar då man vet att vi är fristående från den verksamhet som granskas. Anonymitet och integritet är viktiga ledord när vi genomför en brukarstyrd brukarrevision.

Brukarrevisorerna äger rätten, och ansvarar för, att formulera frågor, utforma enkäten, utvärdera och kommentera svaren, samt om det är möjligt göra uppföljningar. Till stöd för detta erhåller brukarrevisorerna en särskilt anpassad utbildning.

Tillvägagångssättet är huvudsakligen enkätundersökningar med övervägande fasta svarsalternativ. Motivet för detta är att nå många, göra det enkelt att svara för brukaren och göra det möjligt för brukarrevisorerna med en kort utbildning i enkätmetodik att bearbeta svaren.

Metoden, Brukarstyrd Brukarrevision, är en av tre som Socialstyrelsen lyfter fram för att åstadkomma ökat brukarinflytande. Verdandi har, för att sprida metoden, genomfört ett antal utbildningar riktade till brukarråd och brukarorienterade organisationer. Det har sedan lett till att brukarstyrda brukarrevisioner genomförts på en mängd orter och på många olika verksamheter. Verdandi har till exempel genomfört en brukarstyrd brukarrevision av missbruksvården i Nyköpings kommun under

2014 med uppföljning 2016.

Finansieringen har huvudsakligen skett genom anslag från Region Sörmland. För att klara denna omfattande granskning har även Verdandi Brandkärr bidragit med egna resurser.

## Övergripande ansvar och rollfördelning

För Verdandis räkning bildade vi en projektgrupp bestående av Karin Johansson, verksamhetsledare och projektledare, Lars Frejborg, ansvarig för ekonomi och vice projektledare, samt Gunvi Haggren, expert på metoden och författare till metodhandboken Brukarstyrd Brukarrevision – en väg till ökat brukarinflytande. Utöver dessa har vi haft ytterligare sju personer som har fungerat som brukarrevisorer.

Ansvarig beställare för Region Sörmland var Karin Dahlqvist-Claesson, länssamordnare för ”uppdrag psykisk hälsa i Sörmland”. Till projektet knöts också FOU i Sörmland, med Öie Umb Carlsson, Elisabeth Björk Andersson, och Lina Larsson (from 2019) för att kvalitetssäkra enkäten och rapporterna.

Det är Verdandi-Brandkärr som är ansvarig för hela brukarrevisjonen, och också står som avsändare på allt material som produceras.

## Förberedelser

Inledningsvis gjorde vi en planering av hela revisionsprocessen i dess olika steg utifrån befintliga resurser och behov. Utifrån uppdragets omfattning och de begränsade resurser vi blivit tilldelade gjorde vi nödvändiga anpassningar av metoden och arbetssätt. Tex att vi använde samma brukarrevisorer vid samtliga mottagningar.

Det fanns inte heller möjlighet att kartlägga varje enskild mottagning som förberedelse för utformning av enkät och insamling av svar.

Vi rekryterade brukarrevisorer som hade egna erfarenheter och kunskaper för uppdraget, men med erfarenheten en bit bakåt i tiden. Dessa fick utbildning i metoden

parallellt med att arbetet med brukarrevisionen påbörjades.

Inledningsvis genomförde vi verksamhetsbesök på några av psykiatrins öppenvårdsmottagningar i Katrineholm och Flen att få generell kunskap om hur man arbetar inom psykiatrins öppenvård och kommunernas socialtjänst inom regionen. Tidpunkten och platsen för insamling av svar på varje ställe som skulle revideras bestämdes tillsammans med respektive verksamhet. Inför insamlingen av svar genomfördes även riktade informationsinsatser till ledning, personal och brukare. Bland annat satte vi upp affischer om vilken tidpunkt som vi skulle besöka varje enhet.

## Utformning av enkät

Utgångspunkten är att brukarrevisionsgruppen själv formulerar och beslutar om vilka frågor som ska ställas. Frågorna utformas utifrån brukarrevisorernas erfarenheter och kunskaper. För att identifiera viktiga frågeområden har det också varit viktigt att ha med kunskap om verksamheterna som ska revideras.

Vid utformningen av frågorna har vi inte gått in på enskilda detaljer i behandlingen och behandlingens resultat som sådant, utan inriktat oss på de upplevelser de svarande har av nuet.

Brukarrevisorerna gjorde ett utkast på ca 40 frågor som de tyckte var de mest relevanta för verksamheterna. Därefter träffade vi FOU i Sörmland för att kvalitets-säkra enkäten. Brukarrevisorerna tog fram en enkät som slutligen innehöll 35 frågor fördelat på 9 områden:

Bakgrundsfaktorer, Tillgänglighet, Avgiftning/Tillnyktring, Stödets utformning och innehåll, Delaktighet, Bemötande och miljö, Sekretess och beslut, Framtiden och De svarandes fria kommentarer.

Vi bestämde oss för att, med två undantag, begränsa oss till frågor med fasta svarsalternativ då de är enklast att besvara och att analysera när ett stort antal personer ska svara. För att resultatet skulle bli jämförbart användes samma enkät vid alla mottagningar. Enkäten var i enlighet med uppdraget främst inriktad på missbruk. Vi beslutade därför att ha en uppmaning ”Om du endast svarat psykisk ohälsa så

kan du sluta fylla i här” för att bara nå dem med missbruk. Det fungerade inte, eftersom de allra flesta svarande slutade att fylla i enkäten efter denna uppmaning, dvs även de som *inte* skulle sluta fylla i. Det kan bero på att man själv inte uppfattade att man hade ett missbruk då vi träffade de svarande inom psykiatrin, dit man i första hand vänder sig för sin psykiska ohälsa. För att få en tillräcklig bredd på svaren tog vi bort denna uppmaning och utvidgade målgruppen till alla besökande.

## Insamling av svar

På Nyköpings allmänpsykiatri var vi i väntrumskorridoren relativt nära receptionen, och kunde möta alla med ett erbjudande. På beroendecenter i Nyköping var vi första gången i juni, men fick in få svar, därför gjorde vi om insamlingen i september och fick då en bra svarsfrekvens.

Generellt sett gick det inte att få fram fakta om hur många som faktiskt besökte verksamheterna under mätperioden. Det beror på att mottagningarnas bokningssystem bara anger antalet planerade besök och telefonföret. Avbokningar och ombokningar framgår inte. Vi har därför gjort en egen registrering av antalet besökare under revisionsperioden, det var 501 personer. Vi har också noterat vilka som har haft återbesök och redan svarat på enkäten, det var 105 personer. Totalt sett besökte 396 unika personer mottagningarna och av dessa besvarade 288 personer enkäten, dvs 72%.

Det är också ett mindre antal som inte alls velat delta i undersökningen och då har vi givetvis respekterat detta, men alla som kom under mätperioden har fått ett erbjudande. Ett undantag från detta har varit akuta besök där vi som brukare vet att då är det inte lämpligt att fråga.

Vi upplevde att brukarrevisionen mottogs mycket väl av både personal och brukare. Det avspeglades i att många svarade. Viktiga faktorer för det positiva gensvaret var, enligt vår bedömning, det starka stödet från personalen som informerade och motiverade brukarna att delta i undersökningen och att vi som brukarrevisorer är fristående från verksamheterna.

## Resultat

Under den här rubriken redovisar vi frågor och svar med brukarrevisorernas kommentarer, kopplade till de områden som enkäten är indelad i. För fullständiga frågor och svar se bilaga A svarsredovisning. För mer detaljerad information hänvisar vi till delrapporterna.

Vi har, när vi tolkat svaren, endast utgått från ett brukarperspektiv och framför allt fokuserat på resultat där vi tycker att det finns en förbättringspotential, och inte tagit hänsyn till andra aspekter, tex ekonomi.

Alla svarande har inte svarat på alla frågor. De har troligen inte känt sig berörda av alla frågor, tex under området avgiftning/tillnyktring. Enkäten är utformad för att användas på alla berörda mottagningar både inom psykiatri och kommunal verksamhet, och då blir det naturligt med stora bortfall på vissa frågor.

Vi har, när vi arbetat med att tolka svaren, delat upp dem på kvinnor och män och om man har missbruk eller inte. Vi har inte sett några avgörande skillnader utom på några få frågor. Dessa redovisas under varje avsnitt. I övrigt redovisas resultaten utan uppdelning.

Varje område som redovisas inleds med en sammanfattande redovisning av faktauppgifter från svaren och därefter följer brukarrevisorernas kommentarer. Vi har valt att redovisa fakta både i antal personer och i procent i heltal och procenten är beräknad utifrån antalet svarande på respektive fråga. Det totala antalet svarande är 288, men det är stor skillnad på hur många som har svarat på varje enskild fråga, se tex frågan om ålder. Vi har i redovisningen bara tagit med de fakta som vi tycker ska uppmärksammas. Det kompletta resultatet finns i bilaga A, illustrerat med diagram.

## Målgrupp och bakgrundsfakta

Område 1, fråga 1-6 och 8

Målgruppen var besökare med erfarenhet av missbruk och/eller psykisk ohälsa vid länets psykiatriska mottagningar och beroendecenter.

Insamlingen av bakgrundsfakta gav följande resultat:

- Det är 198 kvinnor (72 %) och 75 män (72 %) och en person som angett annat som kön, som har svarat.
- 265 personer (97%), är i arbetsför ålder, bara 9 personer (3 %) är över 65 år.
- 150 personer (56 %) har både arbete och bostad och 103 personer (38 %) har boende men inget arbete. 4 personer (1 %) har arbete men inget boende och 11 personer (4 %) har varken boende eller arbete. Samtliga som saknar bostad var män.
- 37 personer (14 %) har svarat ”missbruk” eller ”missbruk och psykisk ohälsa”. 235 personer (86 %) har endast psykisk ohälsa.
- Vi har ringat in att 44 personer (29 %) var aktuella för alkohol-, narkotika- eller blandmissbruk.

I övrigt är det ingen större skillnad i de avgivna svaren vare sig det gäller kön, ort eller ålder.

### **Brukarrevisorernas kommentarer:**

Värt att notera är att det är betydligt fler kvinnor, och att det är väldigt få över 65 år. Varför det förhåller sig så är värt att reflektera över. Ungefär hälften saknar arbete. Effekterna av den låga sysselsättningsgraden behöver man också fundera vidare på, lika så att 11 personer saknar bostad och hur det påverkar den behandling man får.

## Tillgänglighet

### Område 2, fråga 7, 9 - 12

Under den här rubriken har vi frågat om verksamheterna upplevs tillgängliga ur ett brukarperspektiv. Vi har alltså ställt frågor om det är lätt att komma i kontakt med vården, om det finns många vägar in i vården, och om det är möjligt till spontan kontakt.

Fråga 7, om första vårdkontakten, återfinns i själva enkäten under avsnittet med bakgrundsfaktorer, men det blir naturligare att redovisa svaren här under avsnittet tillgänglighet eftersom frågan berör första vägen in till vård. De som sökt för endast ”psykisk ohälsa” har fått en första kontakt via vårdcentralerna eller psykiatri direkt. Ingen av dem har kommit från socialtjänsten, eller någon behandling. Det var bara de, som angett ”missbruk och psykisk ohälsa” eller ”missbruk” som orsak för vård, som haft sin första kontakt med någon annan huvudman än Region Sörmland (tidigare Sörmlands landsting).

101 personer (38 %), fick hjälp inom en månad, medan det var 105 personer (40 %), som fick vänta längre än en månad på att få påbörja behandling från att de sökt hjälp. 56 personer (21 %) kommer inte ihåg.

För 94 personer (36 %) var det ”svårt” eller ”ganska svårt” att komma i kontakt med verksamheterna

Det var 104 personer (39 %) som angav att det fanns möjlighet till spontan kontakt på mottagningarna.

Det var 30 personer (11 %) som angav att de nekats behandling pga pågående mediciner.

### **Brukarrevisorernas kommentarer:**

Ett av de viktigaste områdena inom vård och behandling är god tillgänglighet, dvs. möjligheter till kontakt så lätt som det bara går, för att ta tillvara motivationen och att skapa en trygghet i att man kan få akut hjälp om man behöver det. I förlängningen bidrar det till ett bra behandlingsresultat.

Resultatet på frågan om var man har sin första vårdkontakt visar att det finns flera olika sätt att söka vård om man har missbruksproblem. Ur ett brukarperspektiv är



det positivt med olika möjligheter.

Det var många som sa att de fick vänta mer än en månad vilket ur ett brukarperspektiv är lång tid.

Att det var svårt eller ganska svårt för många att komma i kontakt med mottagningarna är oroväckande, eftersom vi vet att det är negativt för både motivation och tillit.

Det är oroande få som svarat att det finns möjlighet till spontan kontakt eftersom ett akut vårdbehov ofta kan uppstå vid missbruk och psykisk ohälsa.

Det faktum att 30 personer har nekats behandling pga pågående medicinering är bekymmersamt. Och det är fler än i de andra länsdelarna. Det finns all anledning att reflektera över varför det förhåller sig på det viset.

## Avgiftning och tillnyktring

### Område 3, fråga 13 - 16

I det här området har vi frågat om möjligheten till och väntetiden på avgiftning och tillnyktring. I praktiken är det huvudsakligen de som har ett missbruk som svarat på frågorna. Därför är det totalt sett få brukare som har besvarat frågorna.

De var 99 personer som svarade på frågan om de fått den avgiftning de behövde innan vård/behandlingen påbörjades. Av dessa var det 23 personer (33 %) som fick den avgiftning som de behövde, medan 76 personer (77 %) uppgav att de inte fått det. Utifrån svaren som 99 personer som fått avgiftning kan vi konstatera följande:

- Det fanns många olika sätt för en första kontakt för att få avgiftning. Man fick hjälp genom alla alternativ i enkäten, dvs. psykiatri 11 pers (38 %), vårdcentralen 3 personer (10 %), beroendecenter 1 personer (3 %), socialtjänsten 8 personer (28 %) eller annan vårdgivare 6 personer (21 %).
- På frågan om man måste ha planering med socialtjänsten för fortsatt vård och behandling för att få avgiftning svarade 12 personer (35 %) att de fick vård på det villkoret.

- För 14 personer (58 %) var det upp till en veckas väntetid mellan det att man fått avgiftning och påbörjat behandling. 1 personer (4 %) fick vänta en till två veckor och 9 personer (38 %) fick vänta mer än två veckor.

### **Brukarrevisorernas kommentarer:**

Det är anmärkningsvärt att en stor del av de svarande uppger att de inte fått den avgiftning de behövde. Det finns anledning att fundera över orsakerna och konsekvenserna för dessa personers fortsatta vård/behandling. Inte minst när det gäller motivation och resultat.

Ur ett brukarperspektiv är det positivt att det finns många vägar in till avgiftning. Men man bör fundera på varför vissa får avgiftning på villkor att de måste ha en planering från socialtjänsten redan innan de kan komma in på avgiftning/tillnyktring.

Det är viktigt att uppmärksamma att det för de flesta brukare finns en kort väntetid mellan avgiftning och fortsatt vård. Det är bra. Men för några var det lång väntetid. Detta kan försvåra en framgångsrik behandling, då vi som brukare vet att motivationen är som störst direkt efter avgiftning. Det kan innebära att brukare beslutar att avsluta vården i förtid då väntan blivit för lång.

Avsnittet om avgiftning/tillnyktring kan i korthet sammanfattas med att det är fler som behöver avgiftning än de som fått det. Det är också viktigt att väntan på fortsatt vård inte blir för lång.

## **Stödets utformning och innehåll**

### **Område 4, fråga 17 - 20**

I det här frågeområdet har man svarat på frågor om vårdplanering och hur man upplever att behandlingen tillgodoser de behov man har.

147 personer (59 %) svarar ”nej” eller ”vet inte” på frågan om de har en nedskriven plan för sin vård/behandling.

48 personer (20 %) vet om att de har en ”SIP” (Samordnad Individuell Plan). SIP är bara aktuellt om man ska samordna vården med socialtjänsten och andra aktörer.

Det är 116 personer (45 %), som tycker att vården helt tillgodoser de behov de har och det är 110 personer (43 %) som tycker att det delvis gör det. 22 personer (9%) svarar ”nej” och 8 personer (3 %) svarar ”vet inte”.

169 personer (67 %) svarar ”nej” eller ”vet inte”, på frågan om anhöriga har erbjudits stöd.

### **Brukarrevisorernas kommentarer:**

Många brukare känner inte till om de har en nedskriven plan för sin behandling. Det kan bero på att vårdgivaren inte har en sådan eller att vårdgivaren inte berättat om den. Ur ett brukarperspektiv är det väldigt viktigt att ha information och kunskap om sin vård, och att vårdgivaren och brukaren har en gemensam syn på vad som ska göras under vårdtiden. Att ha en nedskriven plan påverkar den tillit och det förtroende som man känner för vården och det i sin tur ökar chanserna avsevärt till en lyckad behandling.

När det gäller resultatet om Samordnad Individuell Plan (SIP). känner få brukare till om de har en. Det kan vara så att man inte känner till begreppet SIP. Det kan också vara så att man inte använder möjligheten till SIP i den utsträckning man borde. Vi har tittat närmare på de som uppgett att de har någon form av missbruk och det är även få brukare i den gruppen som har en SIP. Det kan betyda att man kanske inte får alla sina vårdbehov tillgodosedda. Ur ett brukarperspektiv så är det också så att få kunskap om begrepp som används i brukarens vård/behandling. Det ökar möjligheterna till att vårdgivaren och vårdtagaren får ett jämlikt förhållande till varandra och därmed ett lyckat vård- och behandlingsresultat.

Hur svaret ”delvis” på frågan om vården tillgodoser deras behov kan vara ett uttryck för att man har behov utöver det som vården kan tillgodose, men det kan också vara så att brukaren saknar en eller flera komponenter i sin behandling.

Enligt brukarrevisorernas erfarenheter kan det finnas behov av att under behandlingens gång tydligare motivera och förankra insatserna, och vara lyhörd för att anpassa behandlingen till brukarens behov. Upplever inte brukaren att hens behov tillgodoses så kan man anta att det långsiktiga behandlingsresultatet inte heller kommer vara framgångsrikt.

Stöd till anhöriga är en viktig framgångsfaktor när det gäller behandling för missbruk. Vi kan inte bedöma utifrån svaren, om det negativa utfallet beror på om man inte har några anhöriga, eller om man inte vill att anhöriga ska få veta att man är i behandling. En tredje anledning kan vara att anhöriga faktiskt inte har tillfrågats. Stödet till anhöriga är en fråga som behöver belysas mer.

## Delaktighet

### Område 5, fråga 21 - 23

Inom området delaktighet har vi ställt frågan om man kunnat påverka planeringen av sin vård och om man också kunnat påverka valet av sin vård/behandling samt om man fått information om regler mm.

Svaren visar att 62 personer (41 %) inte vet, eller inte fått vara med och påverka planeringen av sin behandling.

90 personer (35 %) svarar att man inte haft möjlighet att påverka valet, eller vet inte, om att man haft möjlighet att påverka valet, av behandling.

137 personer (54 %) svarar ”nej” eller ”vet inte” på frågan om de fått information om regler och förhållningssätt och 118 personer (46 %) har svarat ”ja”.

### **Brukarrevisorernas kommentarer:**

Sammantaget visar avsnittet om delaktighet att mindre än hälften inte upplever att de är delaktiga i planeringen av sin vård/behandling. Fler har dock kunnat påverka valet av vård och behandling. Ur ett brukarperspektiv är frågan om delaktighet viktig, upplevelse av delaktighet påverkar både motivation och tilltron till insatsen.

Det är också ett dåligt resultat att hälften inte upplever att de fått information om regler och förhållningssätt. Bristen på information kan försvåra en framgångsrik behandling. Vet man inte vad som förväntas av en, kan man inte heller leva upp till det och man kan också riskera att ”bestraffas”, dvs utsättas för olika typer av sanktioner.

## Bemötande och miljö

### Område 6, fråga 24 - 28

Inom området bemötande och miljö har vi frågat om upplevd trygghet, personalens kompetens och om man blir lyssnad till och bemött med respekt. Det framkommer i de muntliga kommentarerna att det är en grupp brukare, framför allt i Eskilstuna som svarat negativt på frågan om ett gott bemötande, se avsnittet brukarnas egna kommentarer.

209 personer (80%), känner sig trygga i sin vård och behandling. Men det är så många som **52 personer (20 %)** som **känner sig otrygga i sin behandling**.

226 personer (87%) uppger att de blir bemötta med respekt men 35 personer (13 %) säger nej. 225 personer (88 %) upplever att man kan framföra sina åsikter och 32 personer (12 %) tycker inte det.

Det är 181 personer som svarat på frågan om personalen är kunnig i missbruksfrågor, dvs det är 101 personer som inte har svarat, troligen eftersom man inte har den typen av problem. Det är 50 personer (28 %) som tycker att personalen är kunnig i missbruksfrågor. Majoriteten 109 personer (60 %) har svarat ”vet inte” medan 22 personer (12 %) svarar nej.

När det gäller lokalerna är 195 personer (81 %), av de svarande nöjda med utformningen och tillgängligheten och 47 personer (19 %) är det inte.

### **Brukarrevisorernas kommentarer:**

Att 52 av de svarande känner sig otrygga är allvarligt. Varför det är så är en av de viktigaste frågorna att arbeta vidare med.

När det gäller att framföra åsikter till personalen eller att bemötas med respekt är betyget gott. Vi vet att bemötandet i allra högsta grad påverkar om behandlingen är framgångsrik eller inte.

Bara en knapp tredjedel av de svarande upplever personalen som kunnig i missbruksfrågor. Vad som ligger bakom dessa upplevelser är en fråga att arbeta vidare med.

Brukarna var mycket positiva till lokalerna, en bidragande orsak till det kan vara att

de inte har så mycket att jämföra med. Våra brukarrevisorerna har delvis andra upplevelser både om lokalernas utformning och den upplevda otryggheten, se avsnittet om brukarrevisorernas egna upplevelser och reflektioner.

## Sekretess och beslut

### Område 7, fråga 29 - 31

Inom frågeområdet behandlas frågor om sekretess och beslut, dvs formella delar av vården som varje brukare ska känna till och om de kan vara trygga i att det man säger tas om hand på ett korrekt sätt.

Området börjar med en fråga om brukaren tror att personalen pratar bakom ryggen på hen (med andra ord bryter mot sekretessen). Där har 28 personer (11 %) svarat ”ja” och resterande svarat ”nej”.

Många av brukarna, 130 personer (51 %), har svarat ”nej” eller ”vet inte” på frågan om de fått information om sekretess och samtycke.

På frågan om man fått information om möjligheten att överklaga beslut om vård/behandling så svarar 201 personer (81 %) ”nej” eller ”vet inte”. (En förklaring kan vara att man inte kan överklaga beslut som är tagna enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL). Frågan finns med för att vi också använder enkäten till brukare inom kommunernas verksamheter, som regleras av socialtjänstlagen (SoL). Där finns rättigheten att överklaga ett beslut med i lagstiftningen.)

### **Brukarrevisorernas kommentarer:**

På frågan om ”prata bakom ryggen”, så kan det vara flera orsaker till svaren. Några av dem som svarat ”ja” kanske har en diagnos som gör att de svarar ”ja”, men i andra fall kan det vara en korrekt upplevelse.

Bara drygt hälften vet att de fått information om sekretess och samtycke. Mottagningarna behöver fundera på hur man säkerställer att informationen lämnas och når fram. Vi vet, som brukare, att ofta får man den informationen första gången och då har det inte uppfattats, för att man är upptagen med själva besöket. Ur ett brukarperspektiv behöver information upprepas kontinuerligt och anpassas till mottagaren. Verksamheterna behöver försäkra sig om att informationen når fram. Det som behövs är mer information men också en tydlig brukarorienterad kommunikation.

## Framtiden

Område 8, fråga 32 – 33

I detta område ställs frågor om man tror att behandlingen leder till någon förändring för brukarna och om det finns någon uppföljning planerad.

87 personer (34 %) svarar att behandlingen inte leder till någon förändring för dem eller att de inte vet det.

174 personer (**Hela 70%**) säger att de ”nej” eller ”vet inte” på frågan om de har någon uppföljning planerad.

### **Brukarrevisorernas kommentarer:**

Här finns det möjlighet till förbättring. Det kan vara så att man inte uppfattat att man har en uppföljning på en insats. Det behöver framföras på ett tydligare sätt till brukaren. I varje behandling bör man ta sikte på framtiden, annars riskerar vården att bli till en bestående del av vardagen utan att man som brukare och behandlare egentligen frågar sig vad vården ska leda till.

## De svarandes fria kommentarer

Område 9, fråga 34-35

På de här frågorna fick man lämna egna kommentarer. Vi har valt att återge ett stort antal av synpunkterna som på olika sätt är representativa, konkreta och betydelsefulla för hur vården fungerar. Många, 220 personer, tog chansen att lämna synpunkter, positiva och negativa, på vården. De flesta som skrivit något uttrycker att man tycker det är för långa väntetider, för hög personalomsättning och att det är

svårt att komma i kontakt med mottagningarna. Bemötandet har också kommenterats och flera tycker att de fått mycket bra vård. Det bekräftar det som tidigare framkommit i de övriga enkätsvaren.

- *Borde gå att ringa och komma i kontakt direkt. Inte vänta till eftermiddagen på att någon ringer upp.*
- *Värdelöst som det är nu om man behöver ändra bokning.*
- *Bra samtalskontakt. Gällande läkare är det hoppigt och ouppföljt känns ej tryggt.*
- *det var jävligt svårt att hitta rätt.*
- *Det är svårt att veta vilken hjälp som finns att få inom psykiatrin och samhället. Man behöver vara frisk för att*
- *vara sjuk för att orka leta efter hjälp som passar mig.*
- *Duktig o trevlig personal.*
- *Dåligt att få kontakt vid behov*
- *fick vård efter tre år*
- *Fråga 26: De lyssnar men tar inte till sig det man säger.*
- *Fråga 27: De flesta samtalskontakter jag haft har varit kunniga, inte alla. Jag har ju flera om missbruk runt mig. Fråga 31: En del av min vård fick jag göra privat; ADHD utredningen exempelvis. Fråga 34: När det gäller personer i missbruk. Så får de typ ingen vård för sin psykiska ohälsa allt skylls på missbruket. Började kanske pga dåligt mående.*
- *Otrygg bytt läkare 5 ggr*
- *Har vid flera tillfällen hört behandlare/doktorer prata högt om och pratat skit om vårdtagare*
- *Jag skulle vilja att beroendecentrat blev mer professionella och lyssnade mer på oss*
- *jag är otroligt tacksam för all den hjälp jag fått. den har varit livsavgörande för mig.*
- *Korridorerna är tråkiga och tidvis mycket dammiga.*
- *Mycket info om våra skyldigheter men ingen info om våra rättigheter*
- *omvårdnadsteamet skulle vara längre (fler timmar) per dag o inte bara en månad*
- *patienter med beroende döms o blir sällan behandlade med respekt*
- *Personalen på psykiatrin har varit suveräna alltid positivt bemötande kan önska att de gör en vidare*



- *utredning men överlag har kontakterna med psyk var trevliga alltid ett bra bemötande*
- *Har aldrig blivit nervärderad*
- *svårt att få tid hos läkare*
- *Tar tid att få en tid när det behövs, väntade i två - tre månader*
- *Tycker mina läkare och samtalskontakter är toppen*

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det var värdefullt för de svarande att det fanns möjlighet att lämna egna kommentarer.

## Brukarrevisorernas egna reflektioner

För oss som brukarrevisorer var det en mycket positiv upplevelse att möta såväl brukare som personal i verksamheten och få deras kommentarer och reaktioner. Några frågor och upplevelser vill vi även avslutningsvis ta upp och kommentera.

Först av allt vill vi nämna det positiva gensvar vi fick. Det visade sig inte bara i en hög svarsfrekvens men också i många skriftliga och muntliga kommentarer. Framförallt var det många brukare som uttryckte sin uppskattning över att revisionen gjordes och att man på detta sätt fick göra sin röst hörd. Många uttryckte också en förhoppning över att detta skulle vara ett återkommande inslag. Vi blev mycket väl bemötta av all personal som vi träffade. Det bidrog också till att vi fick en hög svarsfrekvens.

Ett återkommande problem i de flesta verksamheter är information och kommunikation. I den revision som gjorts kunde vi konstatera att oroande många saknade information om viktiga frågor som behandlingsplan, regler och förhållningssätt mm. Det betyder inte nödvändigtvis att man inte har fått den informationen. Brukaren uppfattar i varje fall inte att hen har fått den. Som vi tidigare beskrivit kan bristen på rätt information få många olyckliga konsekvenser. Det är därför viktigt att reflektera över vad som krävs för en fungerande information. Inte minst krävs en brukarorienterad kommunikation och att informationen är återkommande och anpassade till brukarens behov och förutsättningar. Rätt information och kommunikation är också viktigt för att skapa tilltro och en känsla av delaktighet och trygghet i vården vilket är viktigt för ett framgångsrikt resultat.

Brukarrevisorerna fick också en del kommentarer från de svarande att man inte riktigt visste varför man gick på behandling eller vad den skulle leda till. Det understryker betydelsen av information och tydliga behandlingsplaner. I vissa fall kan man anta att bristen på information om vårdplanering beror på att den inte är gjord.

Bristen på trygghet i vården, som flera upplevde, är givetvis något som måste uppmärksammas. Från vårt perspektiv kunde vi konstatera att en del orsakerna kunde härledas till brister i lokalernas utformning, framförallt en del av väntrummen.

En av de saker som brukarrevisorerna lagt särskild vikt vid **är därför** utformningen av de allmänna utrymmen där man träffar brukare, tex korridorer, receptioner och väntrum. Mötet med brukaren börjar redan vid första kontakten som ofta är i ett väntrum. Generellt på mottagningarna var det mycket spring i korridorerna där väntrummen var placerade. Storleken och utformningen på väntrummen var ofta inte heller bra. Många av dem upplevdes av oss som trånga. Vi upplevde att man som brukare kom för nära andra besökare och det skapade otrygghet, speciellt om andra besökare var väldigt högljudda eller på annat sätt var utåtagerande. Vidare så fick vi ibland reda på en del om brukarna som var där, som vi inte borde ha fått reda på, eftersom behandlaren påbörjade besöket redan i korridoren och man ibland småpratade om brukare sinsemellan. Det är också lyhört i många av lokalerna. Den miljön blir stressande för den som väntar, och man känner sig i underläge eftersom man inte är förberedd på att prata redan i väntrummet. Det är också oacceptabelt att besökare hör om andra patienters vård och behandling. Bristerna i lokalernas utformning kan vara en orsak till att en del av de svarande kände sig otrygga i verksamheterna.

En betydelsefull faktor är också möjligheten till mänsklig och social kontakt vid besök inom vården. Det handlar om att kunna möta och kommunicera med riktiga människor. Det innebär att man inte kan ersätta det mänskliga mötet med endast digital incheckning. Många vi mötte uttryckte farhågor inför denna utveckling, både för att man var rädd kraven på teknisk kompetens men också för att man hade behov av att bli sedd och få social kontakt. Många lyfte också speciellt den stora betydelse receptionspersonalen hade som trygghetsfaktor och problemlösare. All kommunikation både digital och analog, såväl muntlig som tryckt behöver också ha brukarnas perspektiv.

Ett faktum som också kan vara viktigt att reflektera över är om vården möter de behov som finns utifrån ålder och kön. Vi konstaterar att bara 4% av de svarande var över 65 år, dvs väsentligt mindre än det antal med missbruksproblem man kan förvänta sig inom den åldersgruppen. Vi konstaterar även att antalet kvinnor är betydligt högre än män bland de svarande, samtidigt som de i betydligt mindre utsträckning får den avgiftning som de anser sig behöva jämfört med vad män fick.

Positivt var att man på mottagningarna, både som personal och brukare, hade ett gott och jämlikt bemötande. Även vi som brukarrevisorer blev bemötta med samma respekt som kollegor har för varandra. Och det visar sig, även i svaren, då betyget för bemötande var mycket högt.

## Avslutande kommentarer och uppföljning

Brukarrevisionen pekar på en rad utmaningar och möjliga förbättringsområden i verksamheterna. De har inte ingått i vårt uppdrag att komma med förslag till lösningar på de eventuella problem som resultaten visar, men vi deltar naturligtvis gärna i ett sådant arbete framöver.

En brukarrevison visar bara på hur situationen ser ut vid mättillfället. Generellt är det därför viktigt att man gör uppföljande revisioner för att kunna mäta förändringar över tid och se vilka insatser som ger önskat resultat. Det är en fördel att göra en uppföljande brukarrevison med i huvudsak samma inriktning. I samband med en sådan kan man också göra fördjupningar på områden där resultaten i revisionen väcker frågor.

Vi har under brukarrevisonerna stött på frågor som är viktiga att fördjupa sig i:

- När man verkligen alla över 65 år som har ett vårdbehov?
- Är vården i tillräcklig utsträckning anpassade efter kvinnor med missbruk?
- Och omvänt: Är den psykiatriska vården anpassad för män?
- Hur får verksamheterna till en fungerande brukaranpassad information och kommunikation?

- Varför har så många inte fått avgiftning?
- Varför krävs det beslut från socialtjänsten i vissa fall vid avgiftning?
- Vilken är anhörigas roll och vilken betydelse har de inom vård och behandling?
- Hur ska man säkerställa att brukaren känner sig delaktig och har ett reellt inflytande över den vård/behandling hen får?
- Är vården så bra som den kan vara?
- Är vården likvärdig inom länet?
- Hur ska brukaren känna sig trygg i verksamheten?
- Vilka faktorer bidrar till ett tryggt och positivt behandlingsklimat och vilka faktorer motverka detta? Tex ny teknik och väntrummens utformning.
- På vilket sätt kan man säkerställa att sekretess råder både i teori och praktik?
- Vilka insatser behövs på vilka nivåer?

Ett område, som inte ingått i uppdraget, att se på möjligheten till ökad brukarmedverkan och brukarinflytande i verksamheten specifikt och generellt på området psykisk ohälsa och missbruk. Det är ett viktigt utvecklingsområde om man på allvar vill fortsätta att förbättra och effektivisera vård och behandling. Det hade varit t.ex. en fördel om resurserna tillåtit en ökad lokal rekrytering av brukarrevisorer. Dessa hade kunnat fortsätta arbetet för en utökad brukarmedverkan på varje enskild verksamhetsort. Därigenom hade man kunnat skapa en bättre grund för brukarmedverkan och brukardialog på verksamhetsnivå. Att detta är ett viktigt område bekräftas också av att de som svarade på enkäten uttryckte en stor vilja att få göra sin röst hörd och en önskan om att arbetet med brukarstyrda brukarrevisioner ska fortsätta.

Det är vår förhoppning att den brukarrevision som gjorts inte ses som en enstaka punktinsats utan som ett led i ett långsiktigt arbete för bra vård och behandling utifrån brukarnas behov och upplevelser.

## Ytterligare information

Detta är delrapport 2 som redovisar resultatet av den brukarstyrd brukarrevision som Verdandi-Brandkärr genomförde inom psykiatrins öppenvård i södra länsdelen i Sörmland 2018 - 19. Det finns ytterligare fyra rapporter:

- Rapport 1 Öppenvårdspsykiatri och beroendevården i Region Sörmland hela länet
- Delrapport 1 Öppenvårdspsykiatri och beroendevården i Region Sörmland Västra länsdelen
- Delrapport 3 Öppenvårdspsykiatri och beroendevården i Region Sörmland Norra Länsdelen
- Rapport 2 Kommunernas missbruksvård i Sörmland

För vidare kontakt:

### **Verdandi-Brandkärr**

Box 4020 611 04 Nyköping

Besöksadress: Mariebergsvägen 59 i Nyköping

[www.verdandi-nykoping.se](http://www.verdandi-nykoping.se)

Tel: 0155-286402

Epost: brandkarr@verdandi-nykoping.se

Kontaktperson: Karin Johansson, karin@verdandi-nykoping.se

Alla rapporter finns också tillgängliga på följande hemsidor:

regionsormland.se

verdandi-nykoping.se.



# BRUKARSTYRD BRUKARREVISION

Öppenvård psykiatri och beroendevård

Delrapport 2 Södra länsdelen

Region Sörmland 2018

## BILAGA A

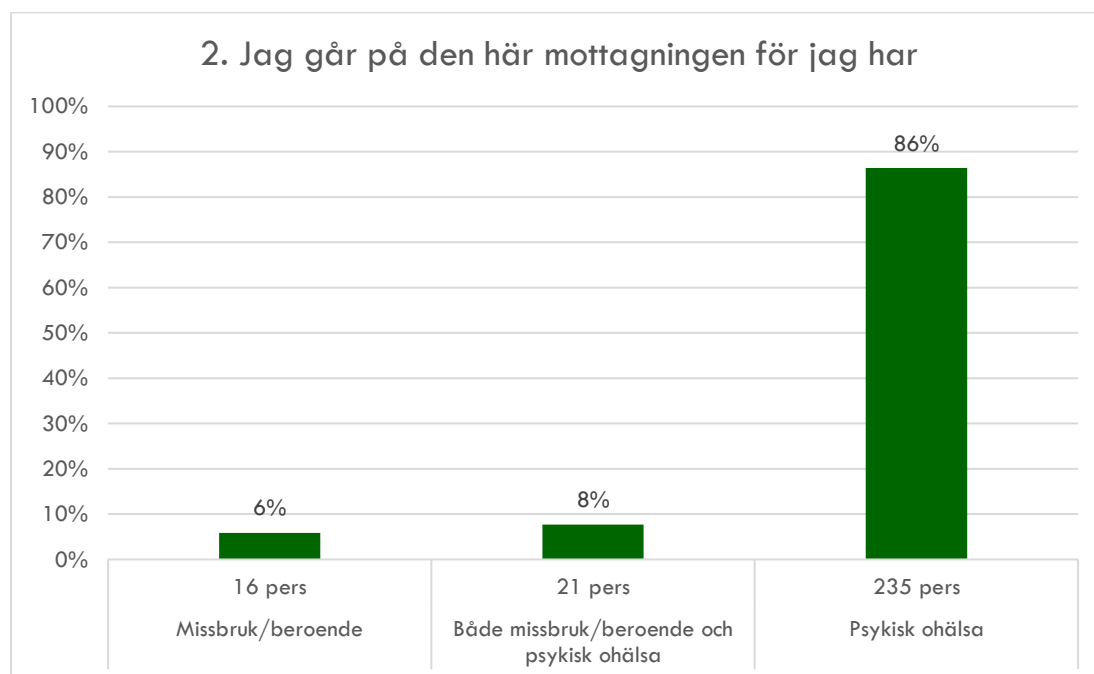
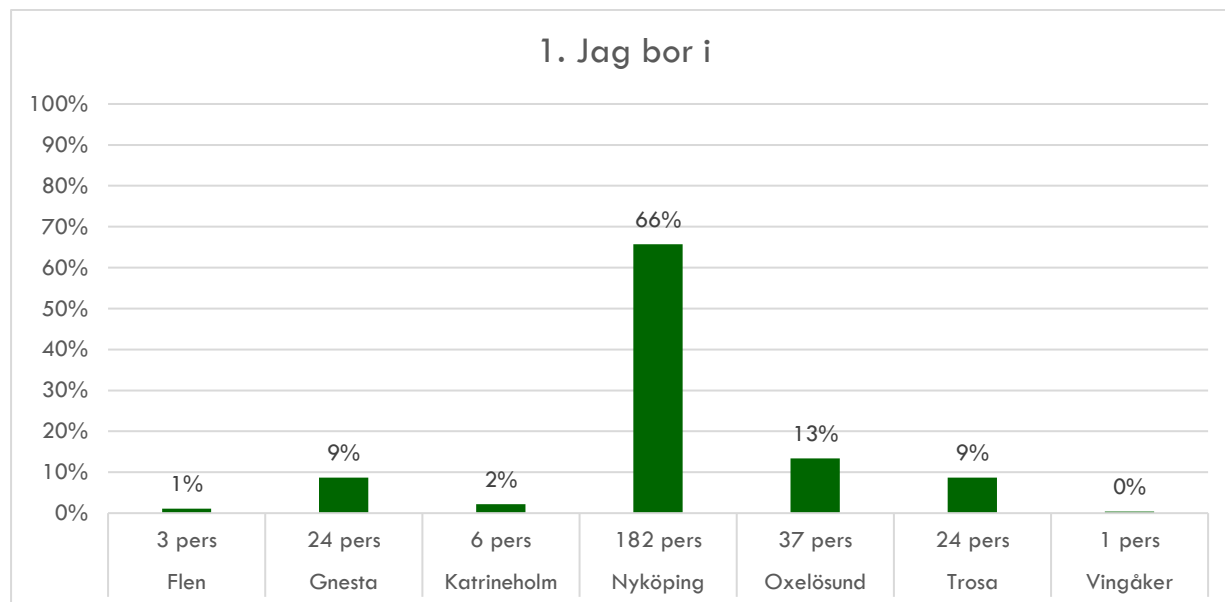
# SVARSREDOVISNING

Obs! Antalet svarande är 288 totalt, men vi redovisar inte alla bortfall och procenttalen som visas är beräknade på hur många som svarat på respektive fråga.

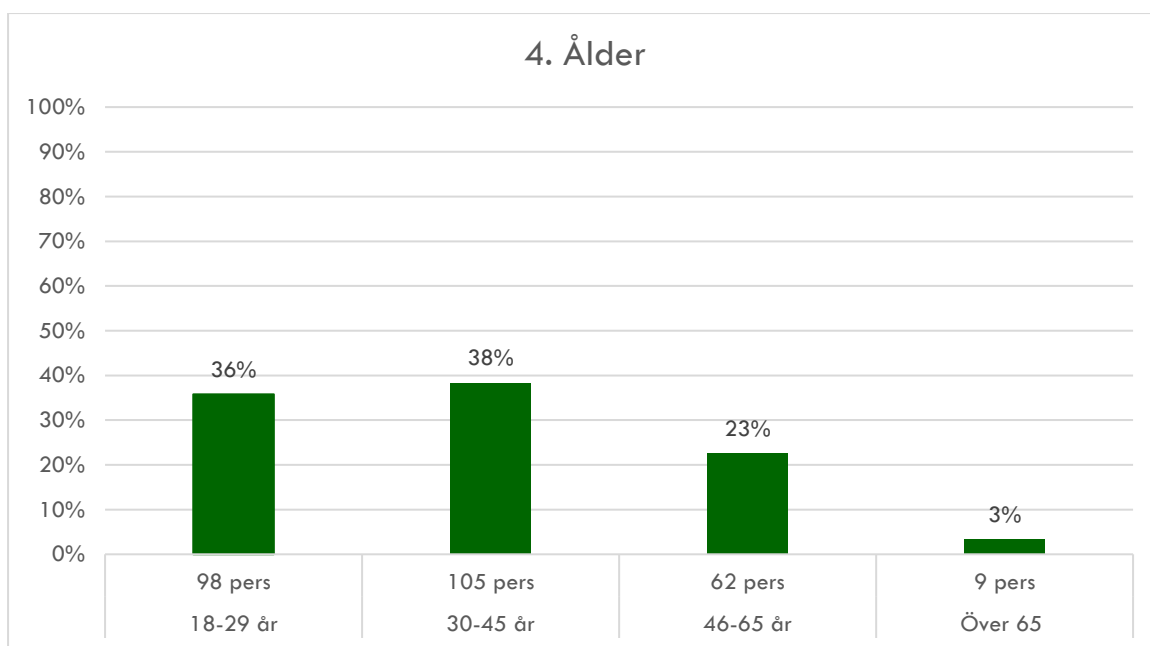
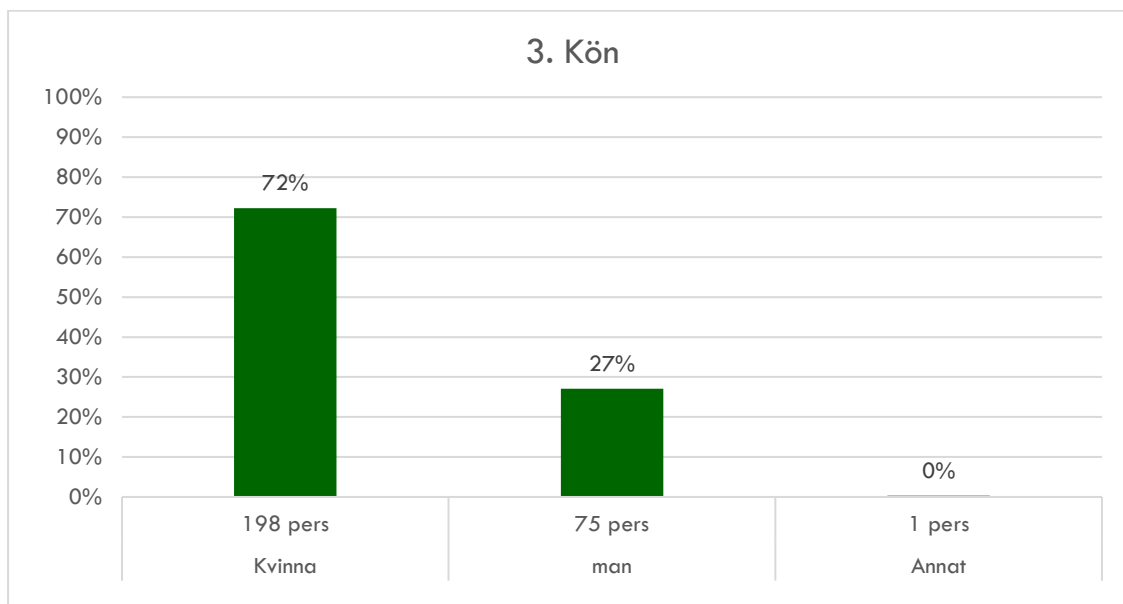
Alla procenttal är avrundade till närmaste heltal, därför blir det ibland inte 100 % på varje fråga.

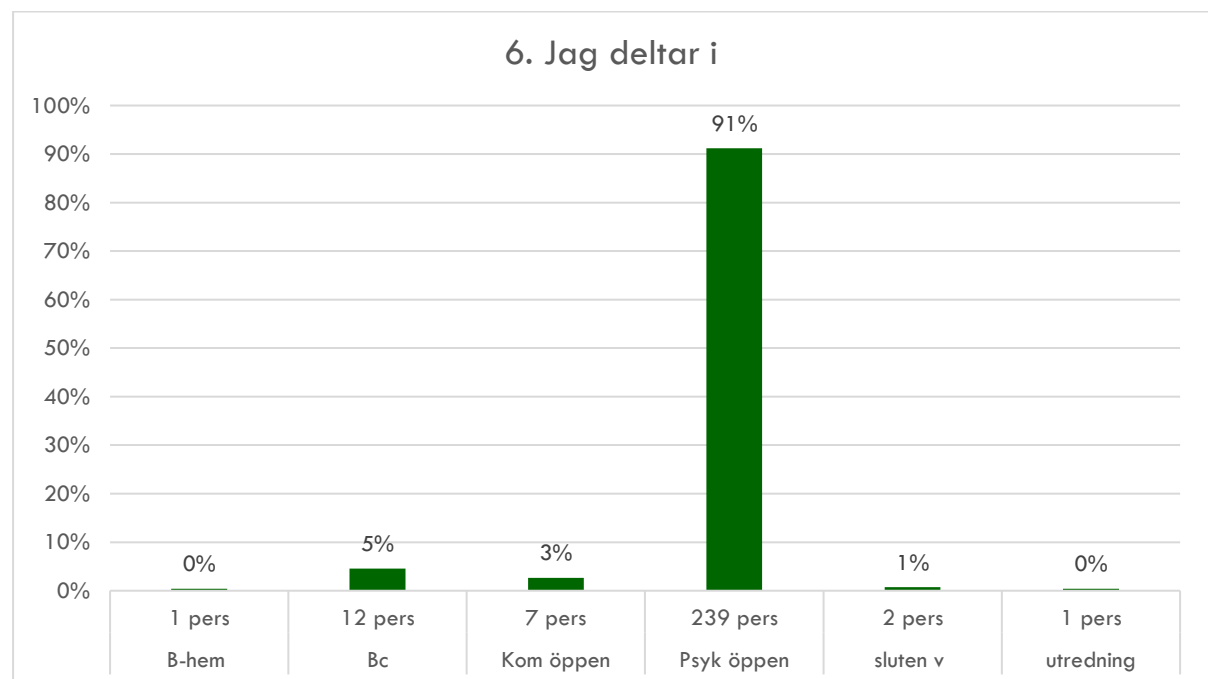
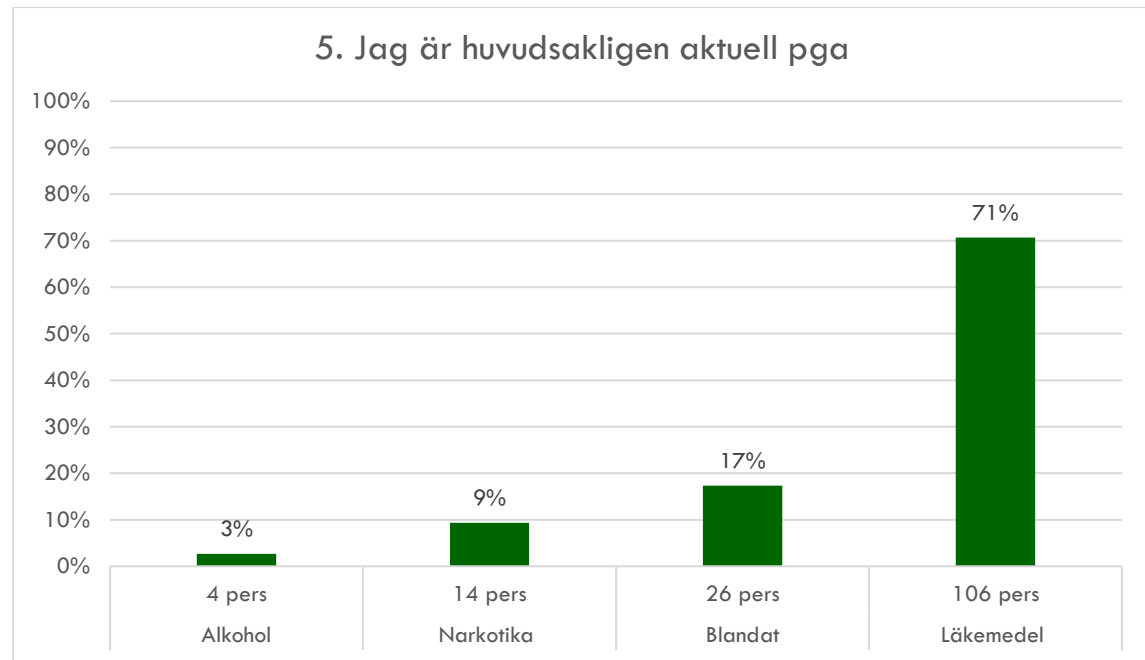
## Målgrupp och bakgrundsfakta

Område 1, fråga 1-6 och 8

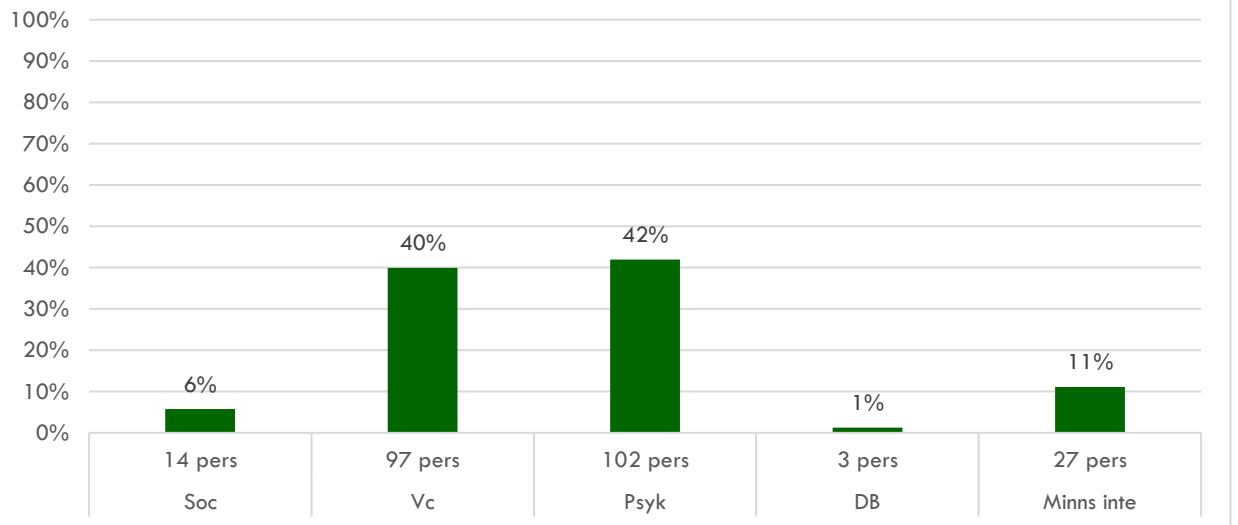




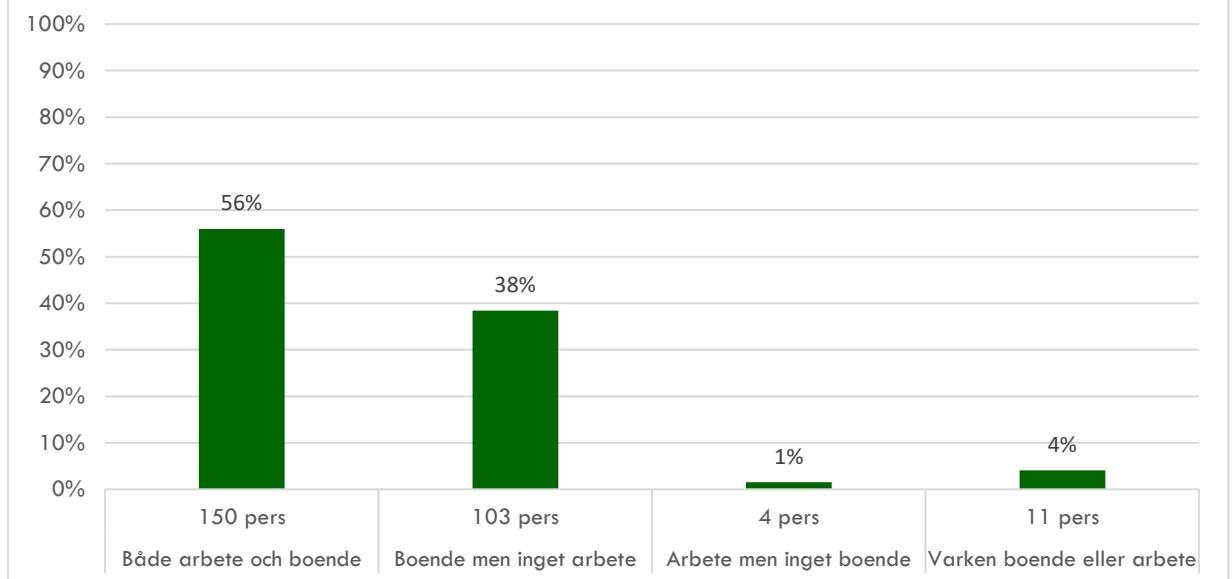




### 7. Min första vårdkontakt

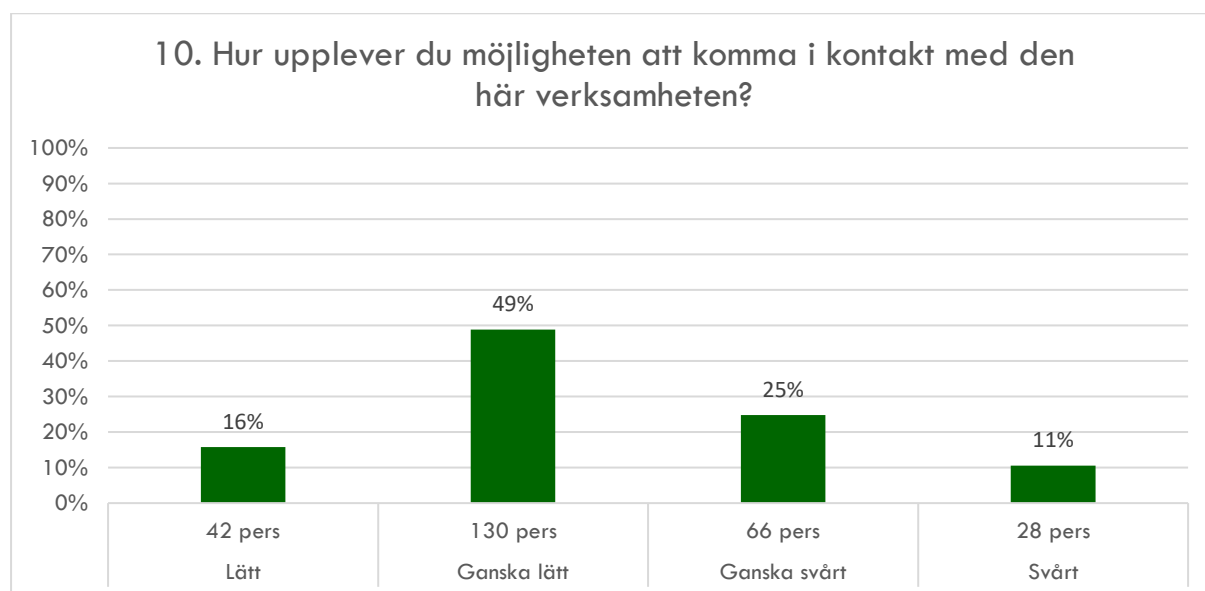
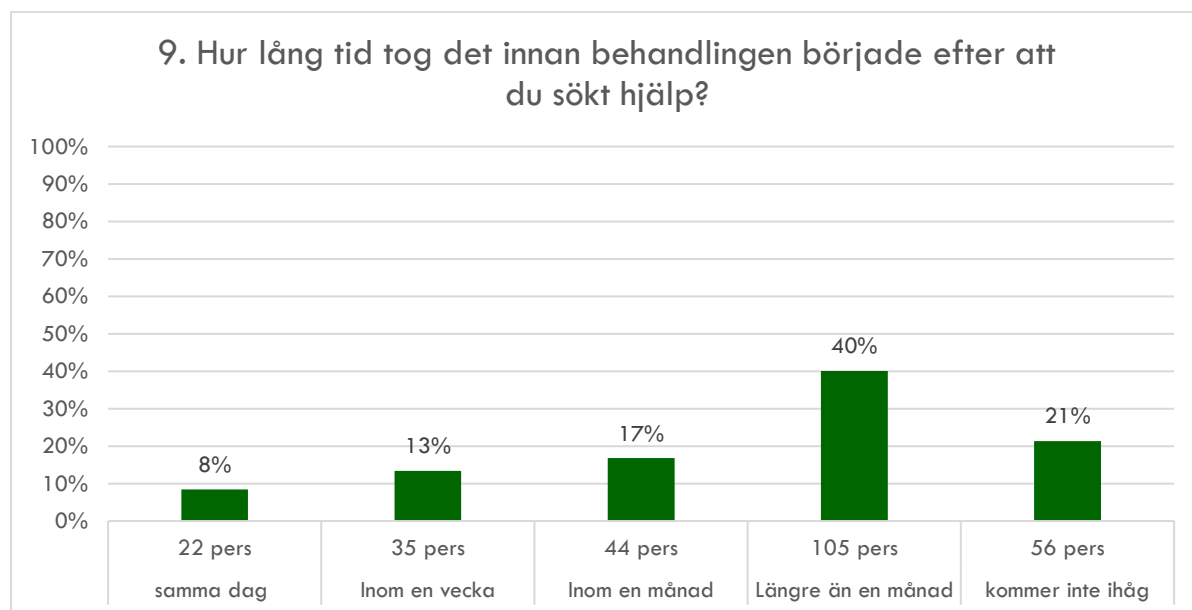


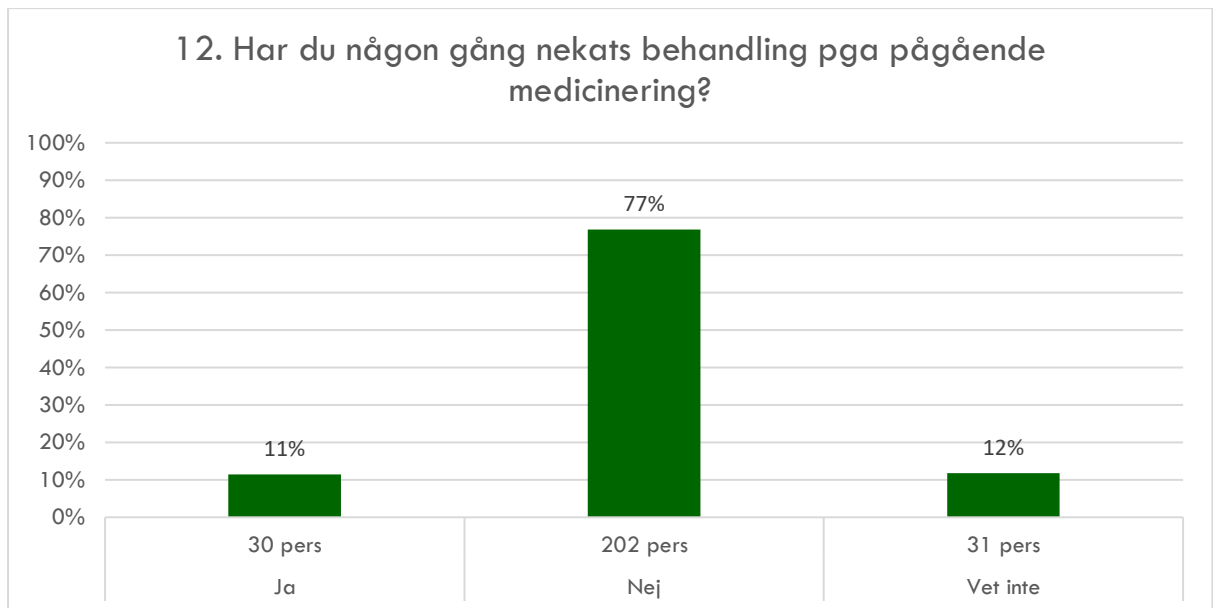
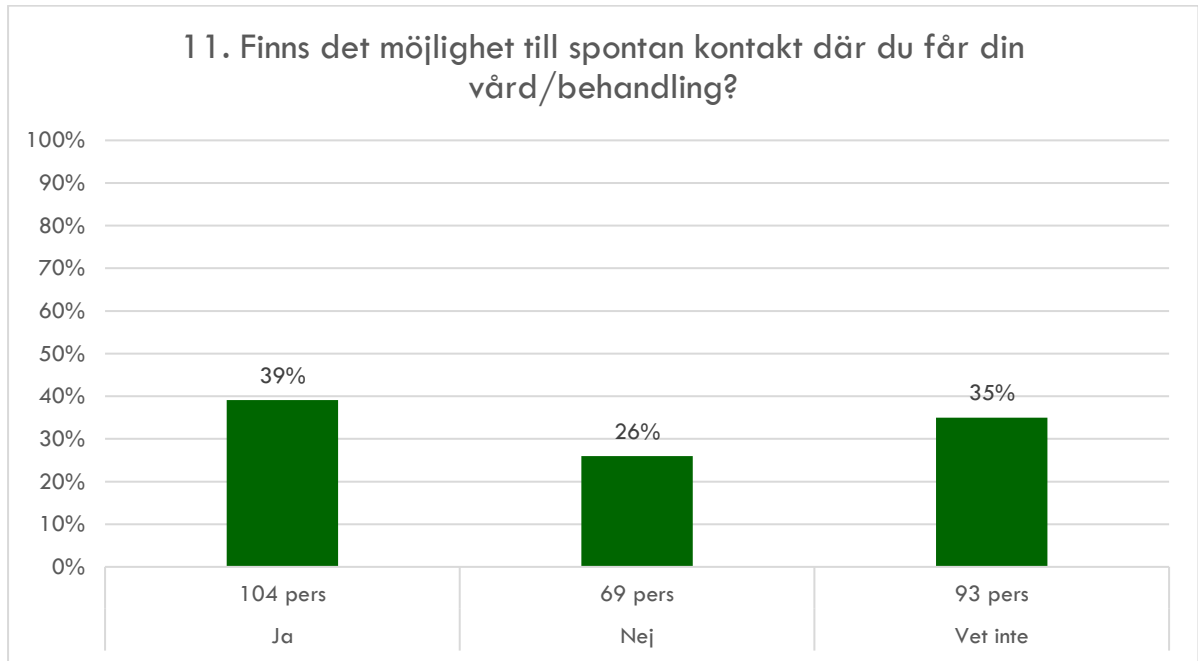
### 8. Jag har boende och/eller arbete



## Tillgänglighet

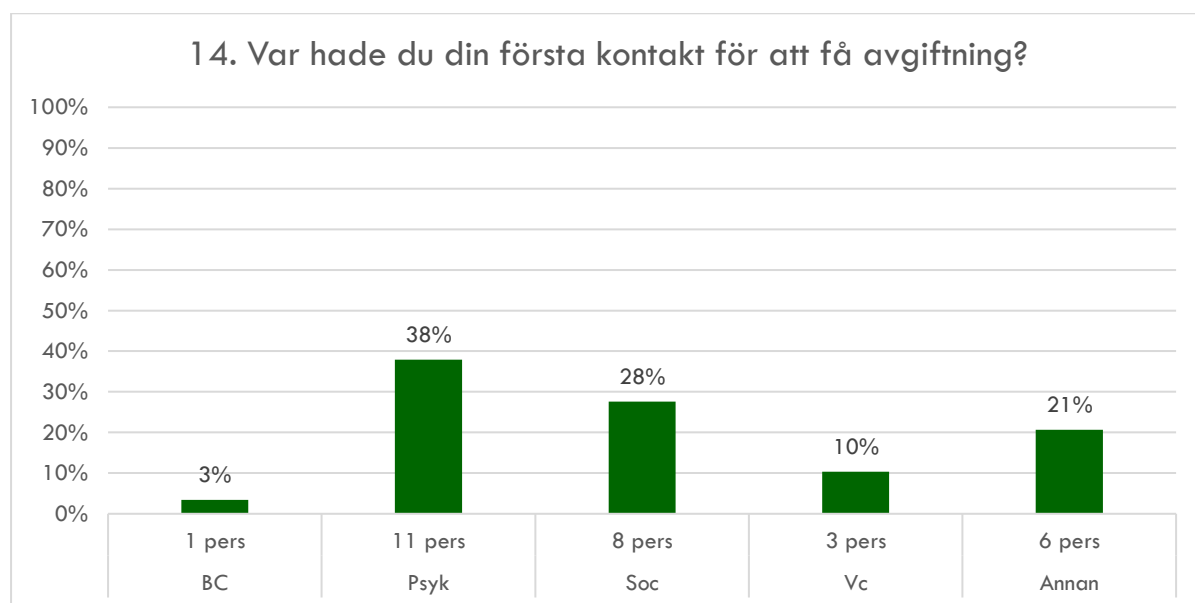
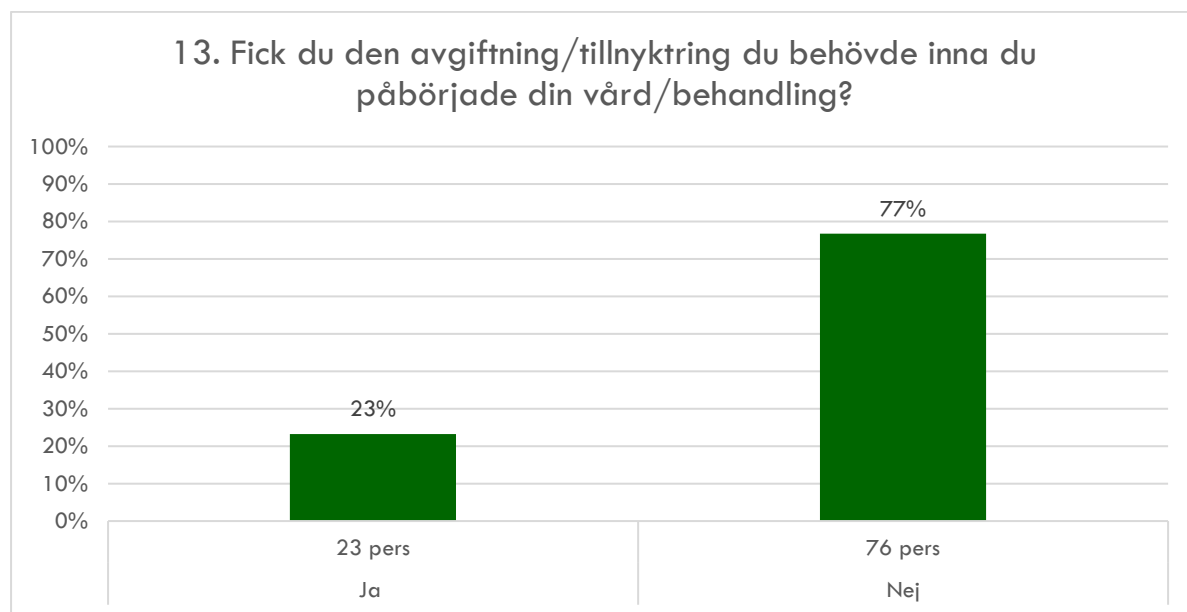
Område 2, fråga 7, 9 - 12



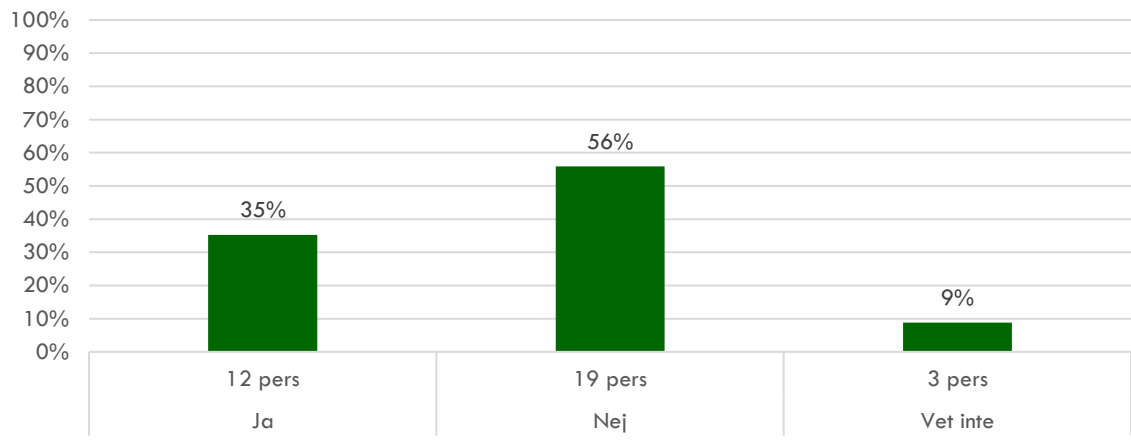


## Avgiftning og tillnyktrng

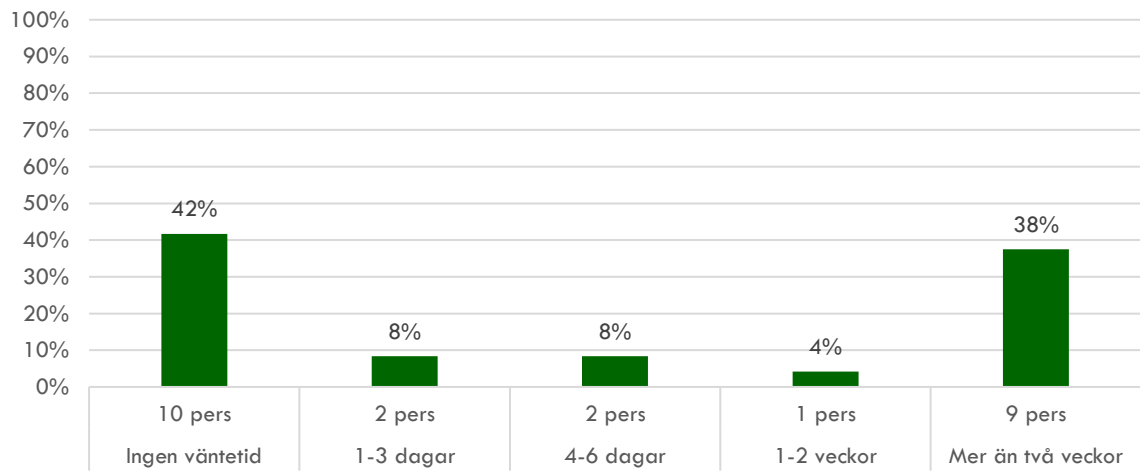
Område 3, frágá 13 - 16



15. Krävde psýkiatrin att du þöfðe har en planering með  
socialtjénsten för fortsatt vård/behandling innan du fick  
komma in på avgiftning?

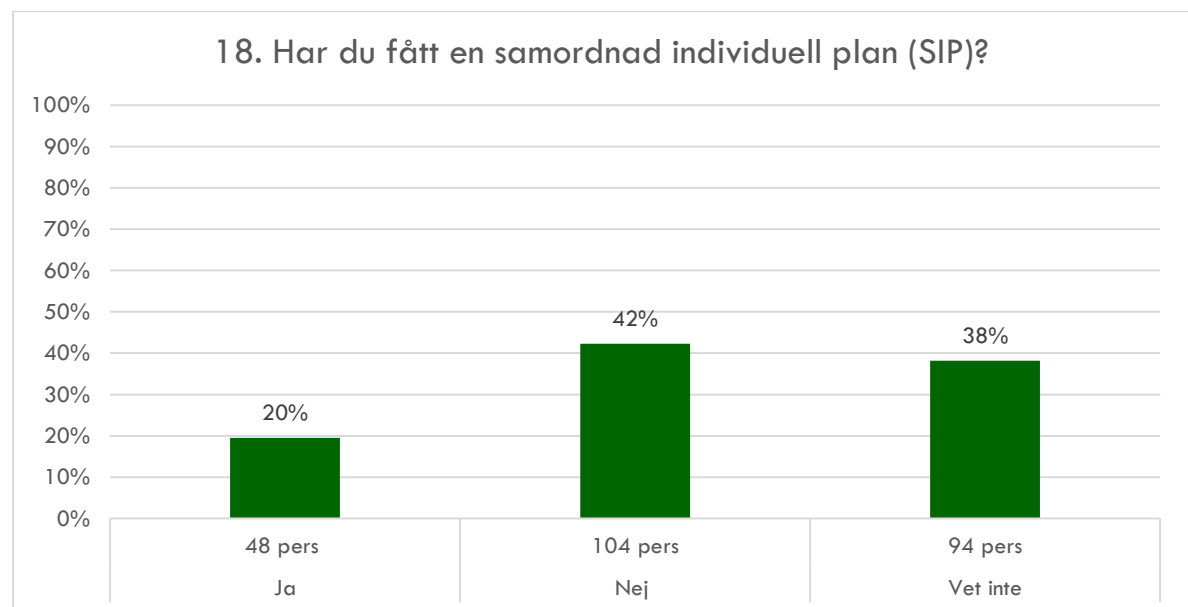
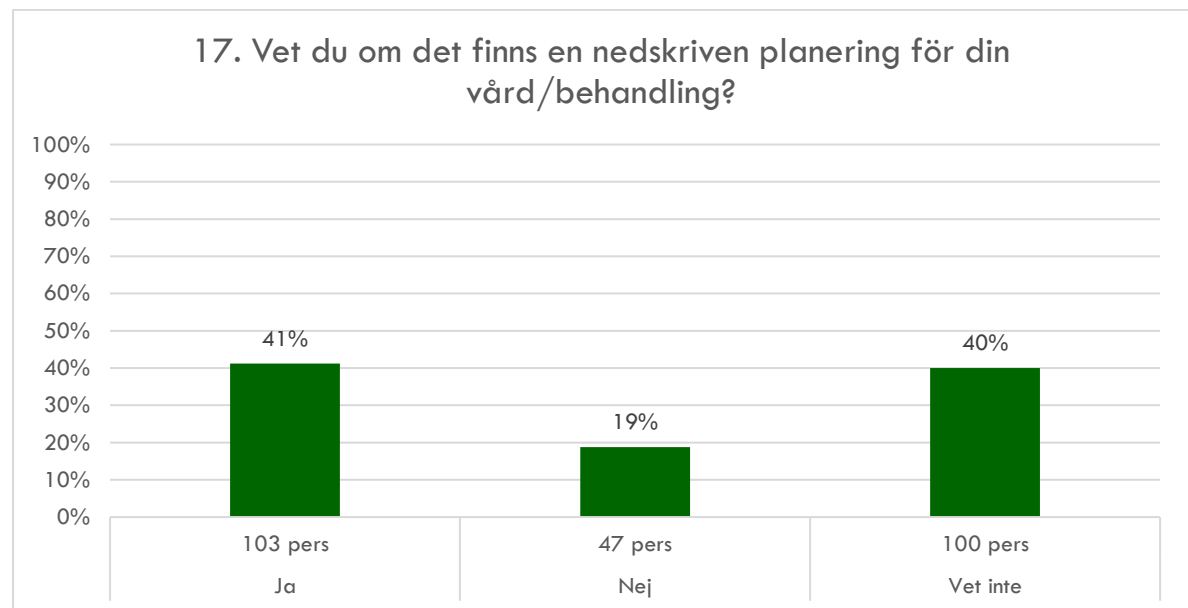


16. Hur lång tid tog det mellan avgiftning og din fortsatta  
vård/behandling?



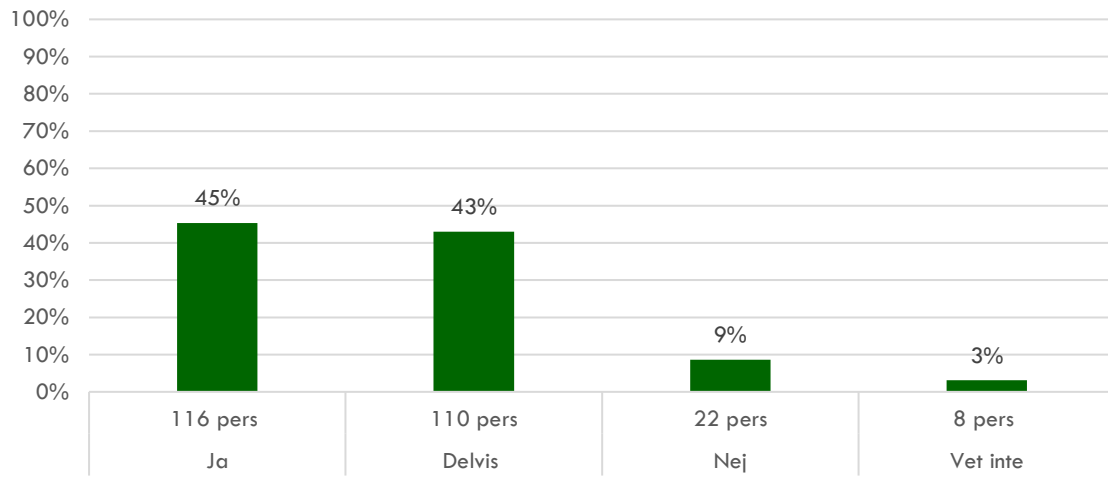
## Stödets utformning och innehåll

Område 4, fråga 17 - 20

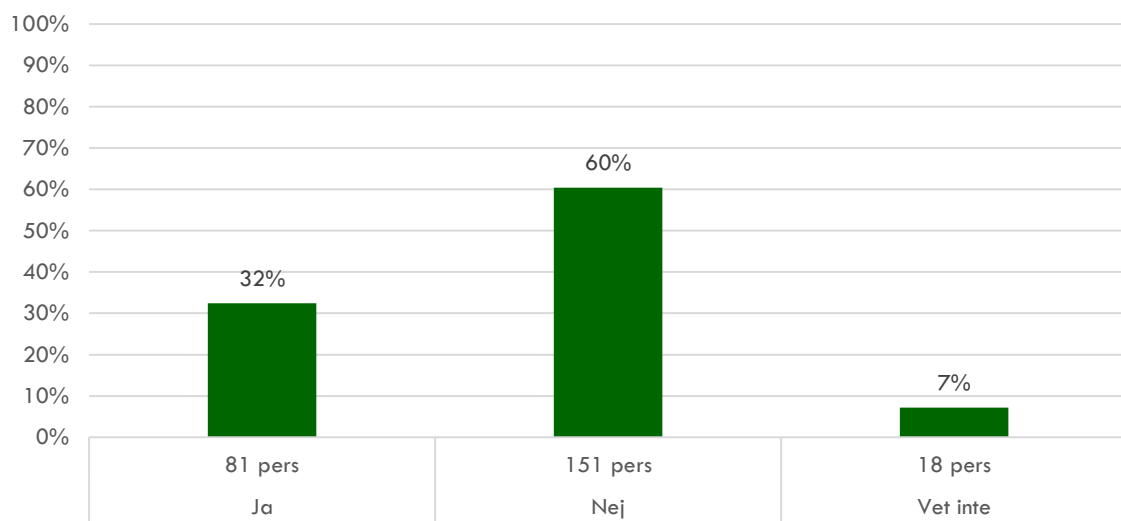




### 19. Tillgodo ser varden/behandlingen eller den hjálþ du fær, dina behov?

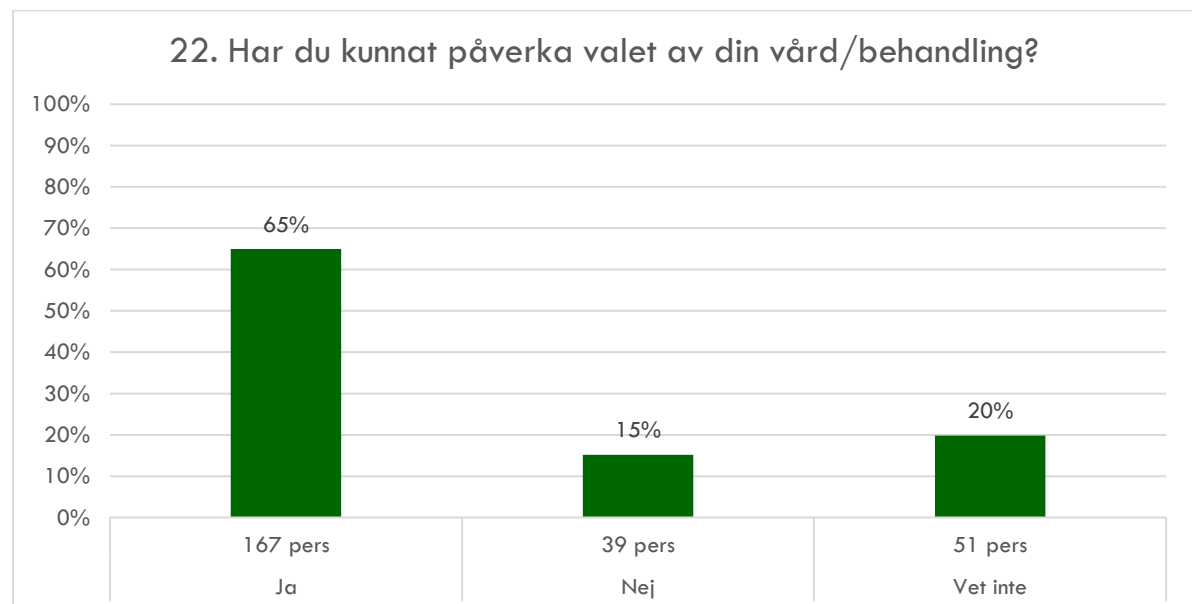
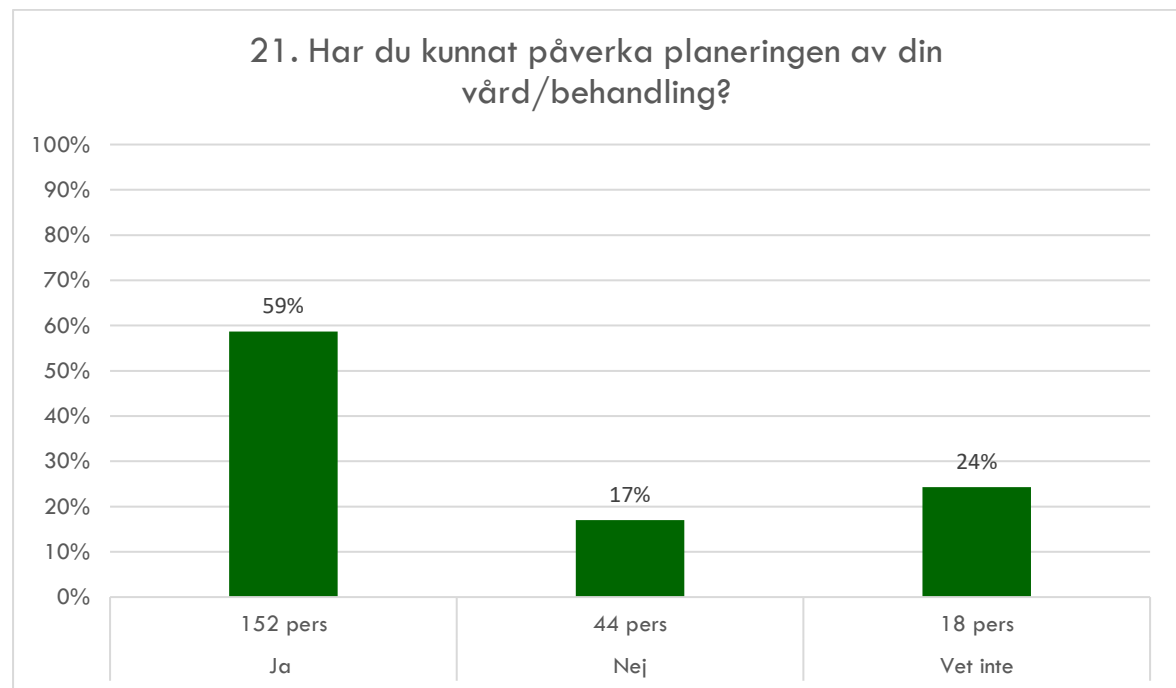


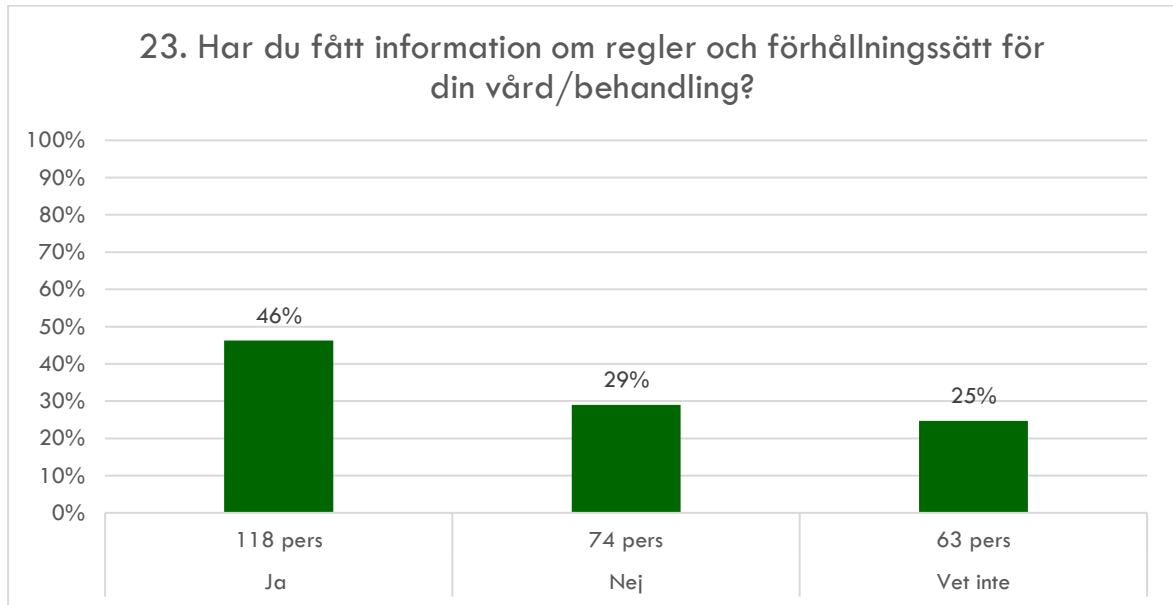
### 20. Har du anhöriga som har fått stöd?



## Delaktighet

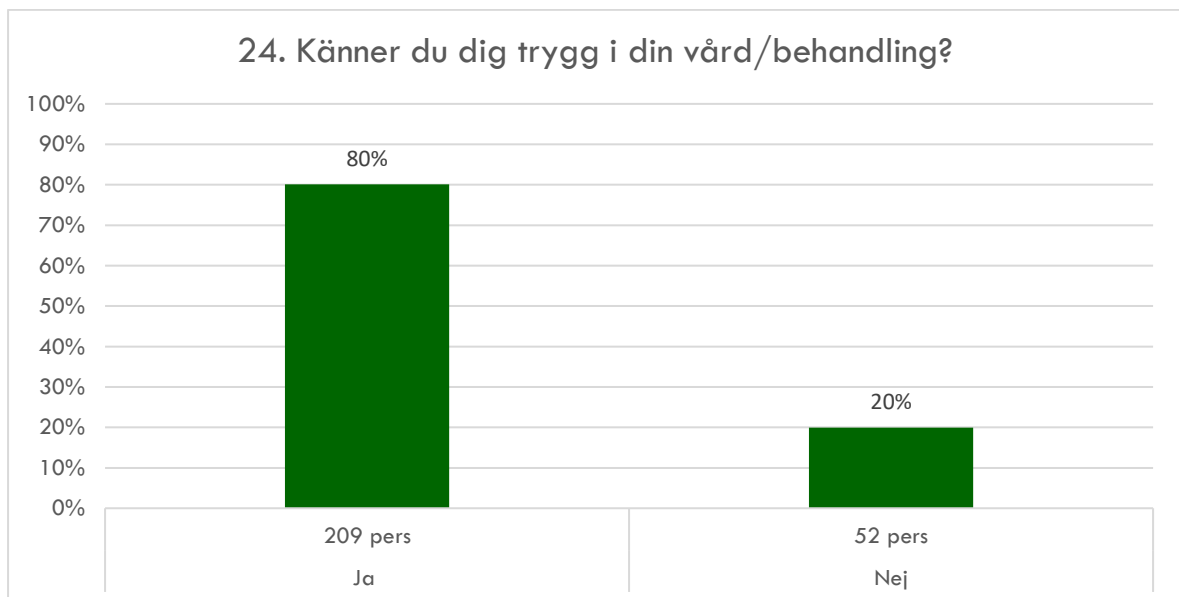
Område 5, fråga 21 - 23

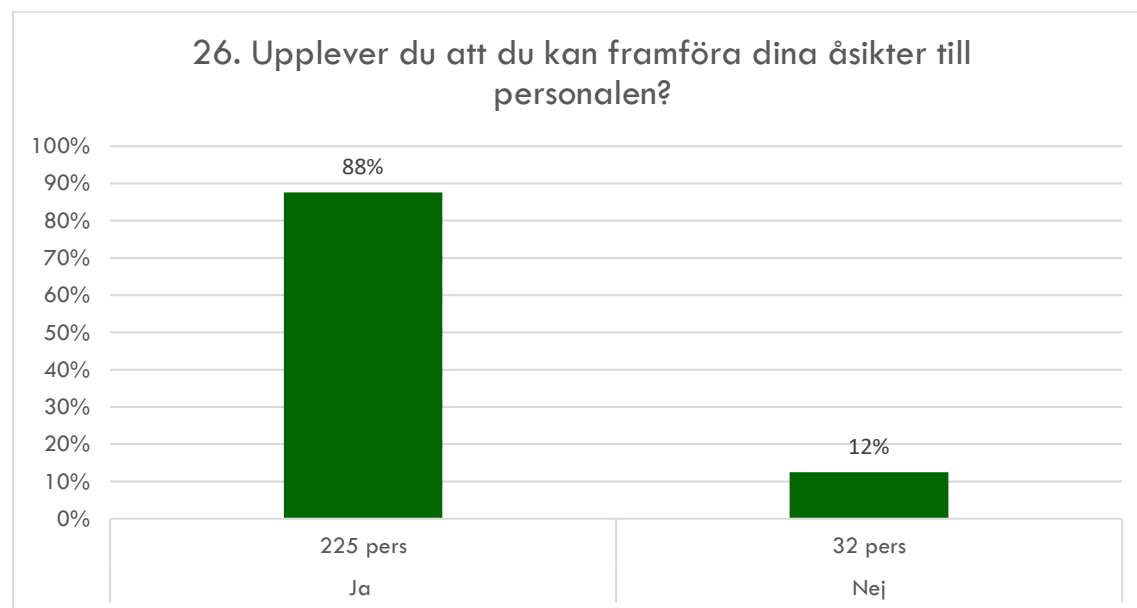
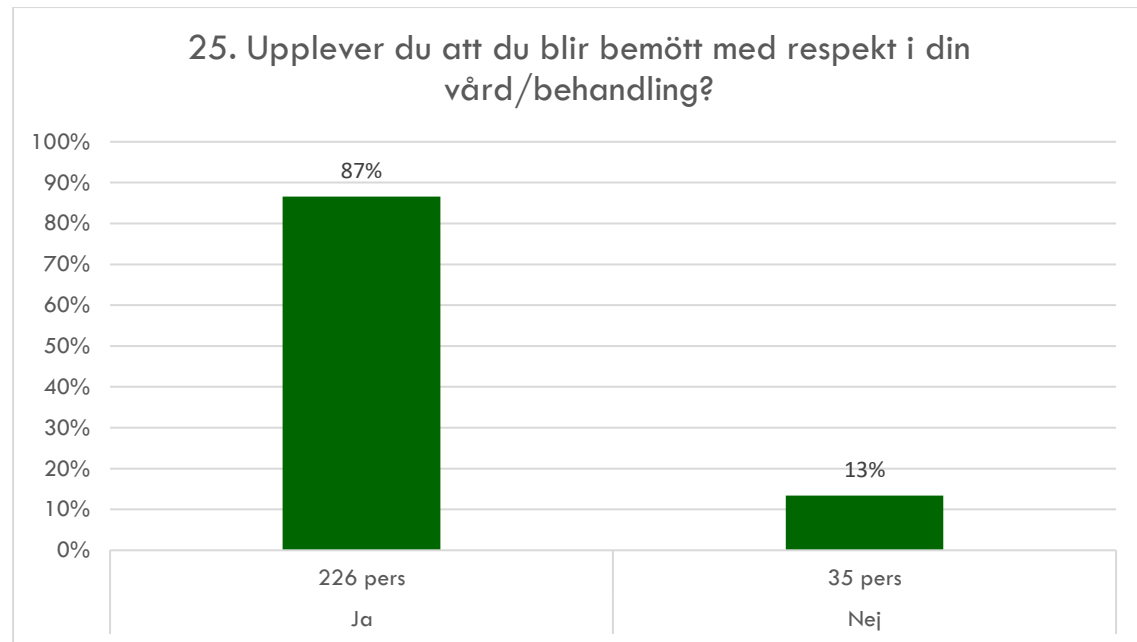


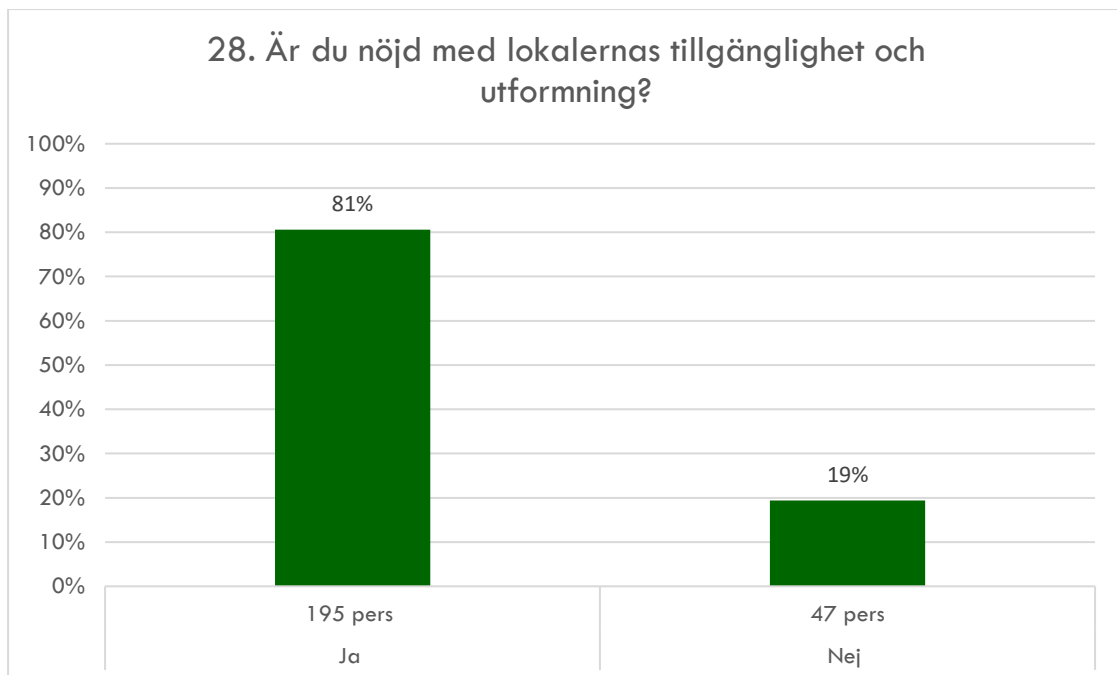
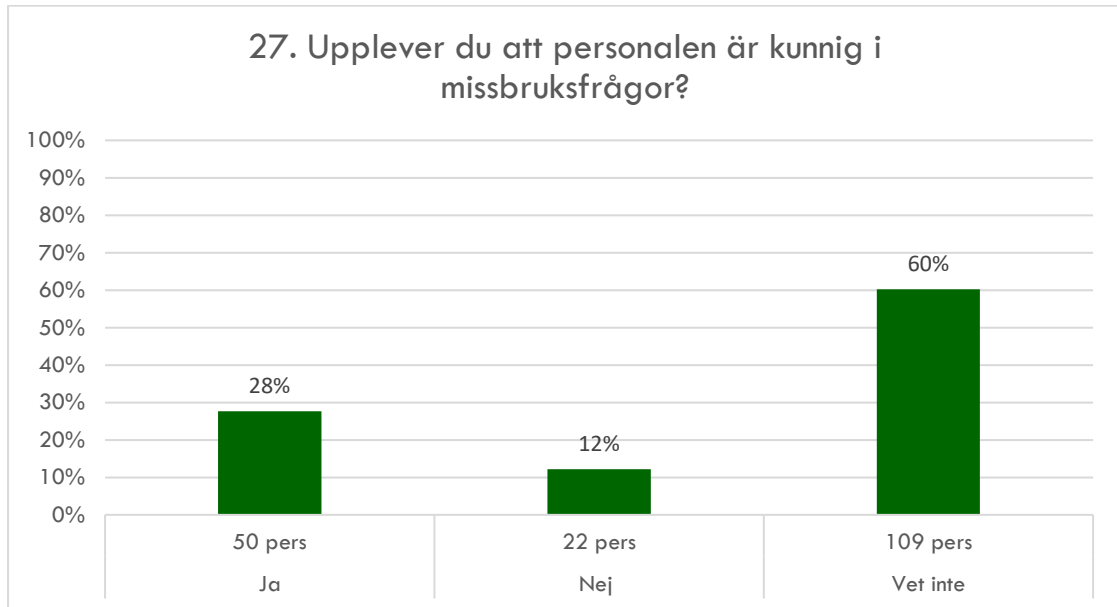


## Bemötande och miljö

Område 6, fråga 24 - 28

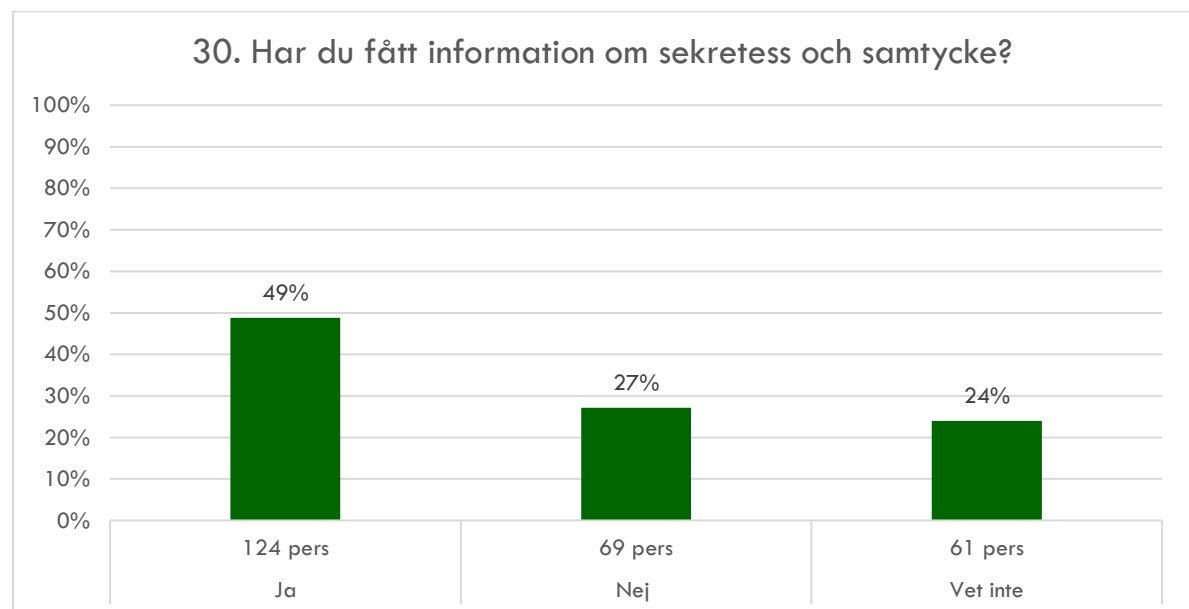
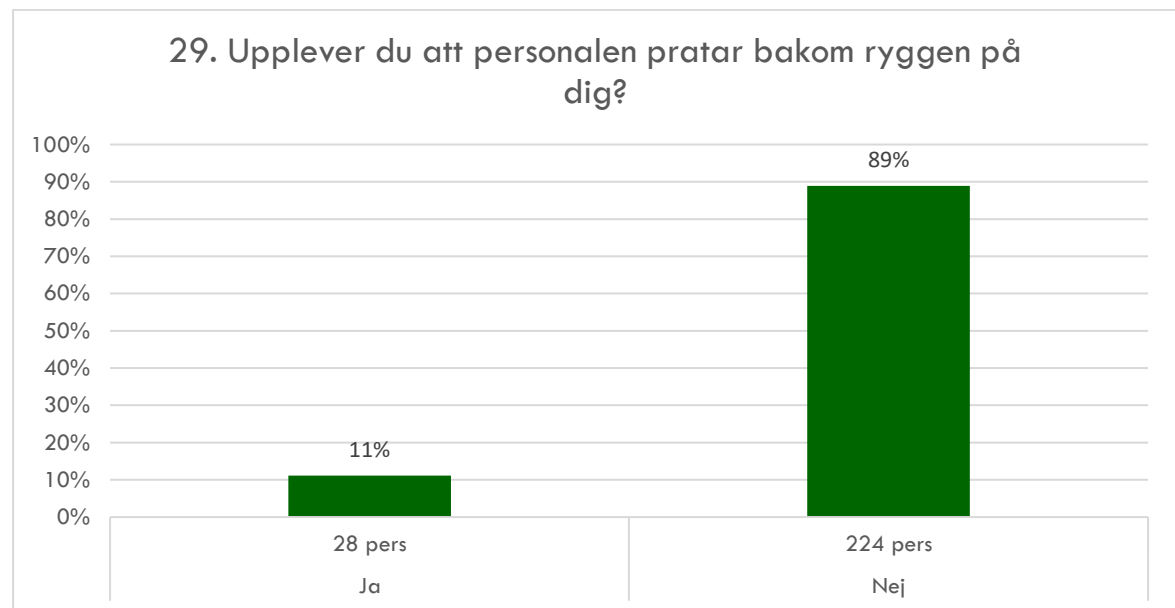


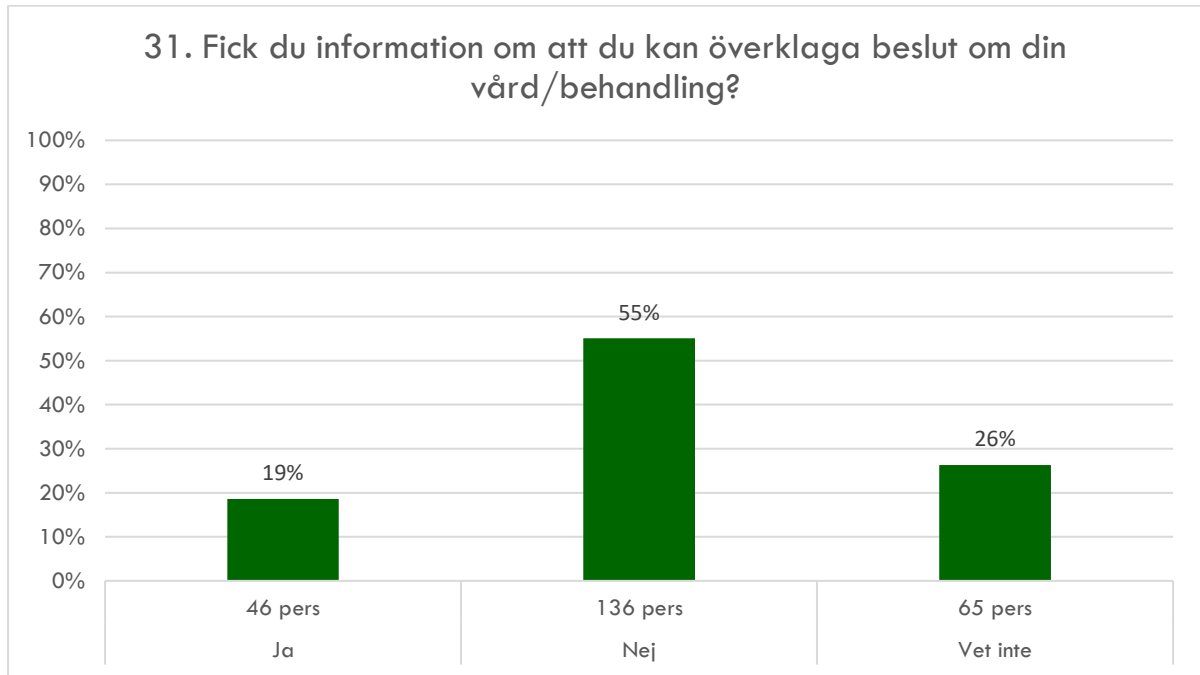




## Sekretess och beslut

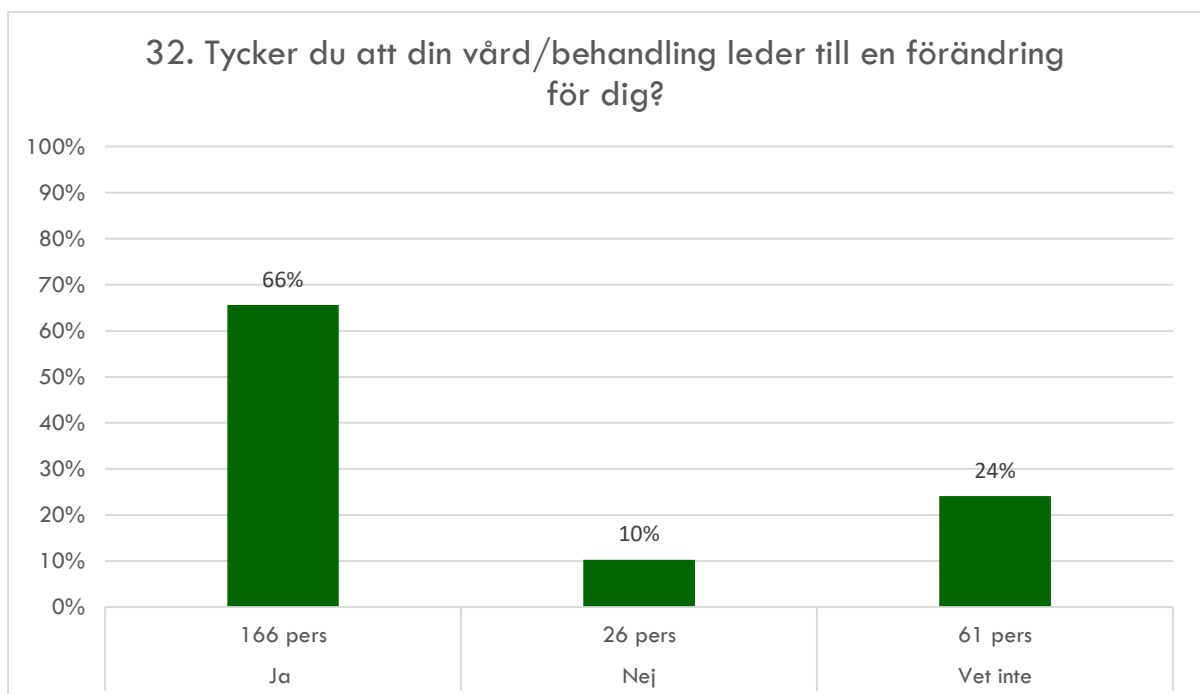
Område 7, fråga 29 - 31

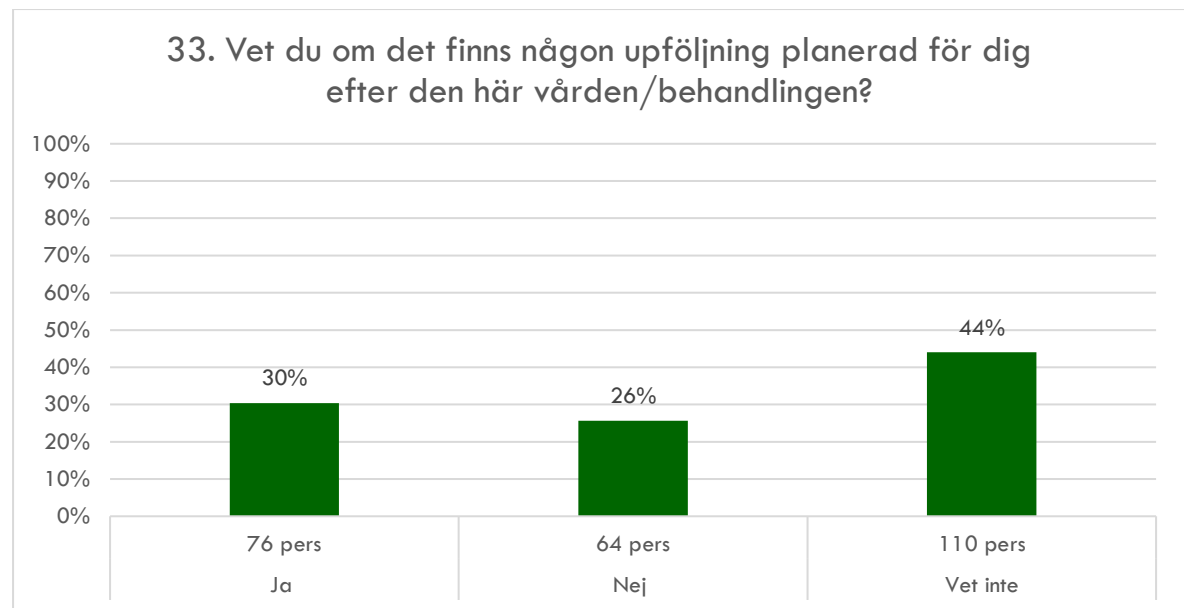




## Framtiden

Område 8, fråga 32 – 33









## Rapport

### BRUKARSTYRD BRUKARREVISION

### Öppenvårdspsykiatri och beroendevård Region Sörmland 2018

Detta är en av fem rapporter som Verdandi-Brandkärrs skrivit över den brukarstyrd brukarrevision som vi genomförde 2018-19. Den utvärderar öppenvårdspsykiatri och beroendevården i Sörmlands län, både den som drivs av regionen och den som drivs av kommunerna.

I rapporten beskrivs hur brukare ser på vården utifrån frågor som ställts av andra brukare med egna erfarenheter av psykiatri och missbruksvård.

Arbetet bygger på Verdandis metod Brukarstyrd Brukarrevision. För mer information så kontakta oss.

## ● **verdandi Brandkärr**

Box 4020

611 04 Nyköping

Tel: 0155-286402

Ansvarig projektledare:

Besöksadress: Mariebergsvägen 59

[www.verdandi-nykoping.se](http://www.verdandi-nykoping.se)

Epost: [brandkarr@verdandi-nykoping.se](mailto:brandkarr@verdandi-nykoping.se)

Organisationsnummer: 819000-8477

Karin Johansson