

Fremtidig driftskonsept BET-tjenesten

Brukermedvirkning i utvikling av BET-tjenesten



Leder av brukerutvalget PHR, Gudrun Breistøl
Avdelingssjef FoU-avdeling Nina Helen Mjøsund

Prosess

Tidslinje:

- Workshop med Gudrun, leder av brukerutvalget PHR, ledere og fagpersoner BET: 16.9. og 24.9.2024
- Dialogmøte med fire personer med pasienterfaring fra BET, ledet av Gudrun og Nina: 18.9. og 7.10.2024.
- To opplevde BET-behandlingen som nyttig (positive) og to opplevde den som ikke bra for seg (negative).
- ROS 9.10.2024

Gjennomføring av dialogmøtet:

- Noen personer med tidligere pasienterfaring fra BET og med opplevd nytte av behandlingen, tok kontakt med brukerutvalget. To personer fra denne gruppen ble av Gudrun invitert til å gi innspill i dialogmøte.
- Personer med tidligere pasienterfaringer fra BET opplever at behandlingen ikke var bra for dem. De har vanskelig for å komme med sine meninger i et dialogmøte. To personer ble rekruttert av fagpersoner.
- Gudrun og Nina snakket med to og to - i to forskjellige møter. Nina skrev underveis ned poenger som deltakerne ga innspill på og bekreftet i møtet. Teksten gjengis her.

Prosess

Oppgave i dialogmøtet 18.9.2024

Alle fire fikk tilsendt konseptskissen som ble benyttet i workshop 1 og ble bedt om å forberede svar på:

- Hva er risiko med å sette «Fremtidig driftskonsept BET i en DPS-setting» ut i livet?
- Hva er risiko med å sette «Fremtidig driftskonsept BET i en sykehussetting ut i livet?
- Hva vil være en forbedring ved å sette «Fremtidig driftskonsept BET i en DPS-setting» ut i livet?
- Hva vil være en forbedring ved å sette Fremtidig driftskonsept BET i en sykehussetting ut i livet?
- Hva er du mest bekymret for? Hva er du mest glad for?

Oppgave 7.10.2024?

- Samme som det skal jobbes med i workshop 2?
- Andre ting?

Oppsummert

- Begge gruppene omtaler betydningen av døgntilbud
 - De positive
 - BET-døgntilbud er viktig for at BET skal virke, disse pasientene trenger et døgntilbud, viktig å kunne jobbe hele døgnet med sin problematikk
 - BET bør samles og rendyrkes fordi en da slipper at helsepersonell ikke «kan BET»
 - Døgnet gir en trygghet
 - De negative
 - Bra med overgang fra døgn til poliklinikk - fordi det da ikke blir så altomfattende (hele døgnet) og personen kan øve på det en har lært i terapi hjemme på ettermiddag/kveld
 - BET bør avgrenses til ett sted og risiko for smitte til andre miljøer må reduseres
 - Døgnet gir ingen trygghet – utrygt der
- De positive applauderer det som kan få BET til å vokse
- De negative applauderer det som kan redusere BET

Fremtidig driftskonsept BET i en DPS-setting

Områdeovergrepene prosjektteam i en av de eksisterende poliklinikkene i en av områdets fem DPS

- tradisjonelt poliklinisk team, strukturert poliklinisk dagtilbud eller et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud
- Brukerinnspill (**positive til BET**):
- Må være en døgnavdeling – målgruppa til BET er så dårlig fungerende at de trenger døgnbehandling, redd for at denne gruppa skal miste sitt tilbud. Det var døgnbehandling som gjorde en forskjell. Døgnbehandling gir mulighet til å jobbe med utfordringene også på kveld/ettermiddag. Erfaringen med en god allianse med en miljøterapeut, de var aldri langt unna. Den trygghet døgnheten gir er avgjørende.
- En risiko ved å ha BET i en DPS setting, er at helsepersonell kan bli redd for å gi behandling fordi DPS ikke kan gi behandling som innebærer tvang. Hvis pasienter som får BET må ha tvang så bør tvangen også gjennomføres i en BET-setting, men BET kompetente personalet. Pasienten har opparbeidet seg tillit til de som jobber på BET.
- DPS gir vel ikke behandling til resten av landet? BET er en spesiell behandling som bør tilbys til pasienter fra hele landet.
- Må være et fagmiljø som er sterkt slik at de som jobber der kan sine ting, en helhetlig BET behandling som inkluderer de tre forskjellige nivåene (poliklinikk, heldagstilbud og døgntilbud).
- Døgntilbud er avgjørende blant annet fordi pasienten må tilpasse seg en annerledes terapitilnærming enn det de er vant til. Pasientene må venne seg til hvordan helsepersonell i BET relaterer seg til pasienten. En beholder ansvaret for sin behandling «på en annen måte». Det tar tid å bygge opp tillitt og allianse til helsepersonell.

Fremtidig driftskonsept BET i en **DPS**-setting

Områdeovergrepene prosjektteam i en av de eksisterende poliklinikkene i en av områdets fem DPS

- tradisjonelt poliklinisk team, strukturert poliklinisk dagtilbud eller et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud
- Brukerinnspill (**negative til BET**):
- Ser ingen forskjell på disse to alternativer, samme bekymring for begge organiseringen. Vi ser en fare for at BET-orienteringen lett smitter til andre helsepersonell som egentlig ikke skal benytte BET, smitter til andre team og da går det «ut over» pasienter som ikke frivillig har takket ja til denne type tilnærming. BET-tilnærmingen blir «tatt i bruk av andre».
- BET-poliklinisk er bedre enn døgnbehandling, fordi da får du litt fri, blir litt mindre rigid opplegg. Det griper litt mindre inn i folks liv ved at det skal være et poliklinisk tilbud. Poliklinisk behandling gjør at en kan øve seg på det en har lært i det virkelige liv. Kan teste ut det en har opplevd på dagen, i hjemlig forhold. Dette kan også forhindre vanskelige overganger mellom behandlingsnivåer (døgn-poliklinikk)
- Ikke noe tap å gå fra døgn til poliklinikk i form av trygge rammer i døgnseksjon, fordi BET ikke oppleves utrykt og representerer ikke trygge rammer.
- Hvis pasienten må flyttes til sykehuset for at behandlingen inneholder tvang – så ses ingen fare ved det. Fordi det er vanlig praksis og vanlig også i andre pasientforløp. Behov for tvang må håndteres på vanlig måte slik det gjøres i andre pasientforløp.
- Glad for at BET skal endres, ønsker at det skal bli helt borte – da slipper vi risikoen for å bli utsatt for BET-væremåte. Fordi jeg går med en redsel for at jeg skal havne i den behandlingen. Redd for å få en behandler som er BET-pro. Lettet da det gikk rykter om at BET skulle legges ned. Alle forhold som kan forhindre at BET blir så ekstremt - er bra.

Fremtidig driftskonsept BET i en sykehus-setting

Områdeovergrepene prosjektteam i en av de eksisterende sykehusavdelingene

- spesialisert poliklinisk team, strukturert poliklinisk dagtilbud eller, et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud
- Brukerinnspill (**positive til BET**):
 - Risiko: Sykehus er en institusjon (asyl) og det er da vanskelig å fremme autonomi – fordi pasientene møter helsepersonell som ikke har en BET tilnærming. Viktig at det er samlet i en seksjon fordi det foregår samhandling mellom pasienter som er innlagt samtidig. Er det andre pasienter eller personell som ikke har eller får BET terapi i samme seksjon, virker det forstyrrende. Det viktigste er at personalet kan BET, seksjonen må rendyrke behandlingen.
 - Forbedring: forutsetter at det gis som en døgnbehandling. En akuttseksjon rendyrket som BET-seksjon er en forbedring som gir mulighet for et helhetlig pasientforløp.
 - BET gir reel behandling, de andre seksjonene i sykehuset ser ikke ut til å gi aktiv behandling. Ønsker behandling som er aktiviserende i stedet for passiviserende. BET oppleves som aktiv behandling.
 - Bekymret for hele prosessen – en grunnleggende mistillit til HF, redd for at tilbudet forringes. Oppfordringen er ikke å se eller fremstille det svart-hvitt.
 - Det er fint at det finnes flere behandlingsalternativer tilgjengelig å velge mellom. Noe av det fineste er deltakelse i egen behandlingsplan – er en pasientrettighet å være med og få høre om sin behandlingsprosess.

Fremtidig driftskonsept BET i en **sykehus-setting**

Områdeovergrepene prosjektteam i en av de eksisterende sykehusavdelingene

- spesialisert poliklinisk team, strukturert poliklinisk dagtilbud eller, et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud
- Brukerinnspill (**negative til BET**):
 - Minst mulig BET, slik at de pasientene som ikke har sagt at de vil ha BET-behandling likevel får BET
 - Smitteeffekt – helsepersonell er blitt smitte av BET, slik at de pasientene som ikke har samtykket til å få BET, får det likevel, spesielt gjelder dette i forhold til ekstrem ansvarliggjøring.
 - De som er traumatisert av BET kjenner det veldig raskt igjen – de «lukter» en BET-ifiseringen av tjenestene. Det relasjonelle må være til stede, det menneskelige ble borte og ble forsterket ved en mangel på omsorg
 - Forbedring: avgrensning av BET er viktig – slik at det ikke smitter så lett

