

Från delaktighet till delat beslutsfattande

Inspirationsskrift om delaktighet och delat beslutsfattande inom psykiatri och socialtjänst



Kristianstad

Skellefteå

Stockholm



Falköping

Innehåll

Förord	3
Lusten att leva väcktes när Jeanette blev delaktig <i>Resursgrupp och case management sätter brukaren i centrum</i>	4
Delaktig i vården förhindrar tvång <i>Genom Individuell samarbetsplan kommer patientens önskemål fram</i>	8
Delaktiga anhöriga förstår vården bättre <i>Anhöriga kan både vara ett stöd för den enskilde och en resurs i vården</i>	12
Färdtjänst ersatte poliseskort <i>Ökat ansvar leder till bättre vård och mindre tvång</i>	16
"Ingen är förmer än någon annan" <i>Samordnad individuell planering och delat beslutsfattande i ett återhämtningsinriktat arbetssätt</i>	20
Öppen dialog gjorde Marcus delaktig <i>Bra bemötande, kontinuitet i vården och stöd från anhöriga skapar förutsättningar</i>	24
Vidgade vyer vid delat beslutsfattande <i>Brukarperspektiv som stöd för vårdpersonal</i>	28
Dialog – förutsättning vid delat beslutsfattande <i>Delat beslutsfattande som komplement</i>	32
Att arbeta med delat beslutsfattande <i>Grundförutsättningar och centrala delar i delat beslutsfattande</i>	36
Om NSPH	38

Förord

I DEN HÄR SKRIFTEN ges några exempel på vad delaktighet inom den psykiatriska vården kan betyda för patienter, brukare och anhöriga, liksom för läkare och vårdpersonal. Kommunikation mellan vårdpersonal och vårdtagare sker ofta genom envägskommunikation. Allt fler efterfrågar dock en mer jämlik dialog och ett samarbete kring vilken behandling som passar bäst.

Många upplever att den möjligheten är begränsad idag. Orsakerna är flera. Obalans i relationen mellan brukare/ anhörig och personal är en. Medan brukaren i bästa fall har en närstående eller en kamrat från en intresseförening bakom sig har personal ofta stöd i en arbetsorganisation, arbetskamrater, handledning och fortbildning. Andra förklaringar är att den psykiska ohälsan i sig kan inverka på möjligheten att orka vara delaktig. Dessutom värderas ofta den professionella kunskapen om psykisk ohälsa högre än att ha egen erfarenhet av den.

I de exempel vi valt att lyfta fram framgår det hur betydelsefullt det har varit för brukare och anhöriga att vara delaktiga och ha en mer jämbördig relation med läkare och vårdpersonal. För att var säker på att alla är delaktiga kan man använda sig av metoden delat beslutsfattande.

I den metoden kommer brukare, anhöriga och vård-/omsorgspersonal överens om vilka insatser som ska ges och hur vården och stödet ska utformas genom att fatta ett gemensamt beslut. Motorn i den här processen är vårdtagaren själv och dennes erfarenheter om sin psykiska ohälsa, samt en vilja att tillsammans med läkare, vård- och omsorgspersonal hitta lösningar.

Metoden delat beslutsfattande ska ses som ett komplement till annat arbete i vården som gör det lättare för vårdtagaren att påverka sin egen situation. För patienter, brukare och anhöriga leder delat beslutsfattande till ökat inflytande och delaktighet. För läkare och vårdpersonal leder det till att man ser fler dimensioner och vidgar sina vyer om på vilket sätt man kan vara till hjälp.

Anki Sandberg
NSPH

Ing-Marie Wieselgren
SKL

NSPH
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

 Sveriges
Kommuner
och Landsting



Lusten att leva väcktes när Jeanette blev delaktig

Resursteamets möten är basen i hjälpen för Jeanette Andersson. Dessa leder hon själv med stöd av sin case manager. Saknar någon information på mötet kan den fås direkt. Teamets gemensamma mål är att ge stöd utifrån Jeanettes behov.

REDAN I TRAPPEN KÄNDES DOFTEN av Jeanettes kanelbullar. Likt alla andra tog chefsöverläkaren av sig skorna i hallen. Lite småprat om Jeanettes samling av änglar hann det bli innan hon hänvisade honom till rummet där de andra satt. Hon tog tillfället i akt och ursäktade sig för att man var tvungen att sitta på vanliga stolar då den ena soffan precis hade brakat ihop. Redan nu kände hon att det fanns en vilja att hjälpa.

– Det är verkligen jag som står i centrum när teamet kommer hem till mig och det är definitivt mycket lättare att få hjälp, säger hon och beskriver tryggheten med att ha ett team bakom sig.

Förutom överläkaren fanns en representant från försäkringskassan med, en från arbetsförmedlingen, Jeanettes boendestödjare och Marie Gassne, hennes case manager. Jeanettes mamma som är ett viktigt stöd, hade fått ledigt denna dag.

RESURSTEAMET, SOM DET KALLAS, är basen i hjälpen och stödet som Jeanette får. Teamet träffas ungefär en gång per år eller oftare om det behövs. Tillsammans går de igenom hur det har gått för Jeanette den senaste tiden och planerar för framtiden. En fråga som kom upp den här gången var hur många timmar hon skulle arbeta på den praktikplats som arbetsförmedlingen ordnat. Allt under sex timmar var svårt menade arbetsförmedlaren. Jeanette tyckte att tre timmar var vad hon klarade.

– Viljan att hitta en lösning tillsammans uppstod nog redan i hallen när alla tagit av sig skorna, säger Marie och berättar att det inte tog lång tid förrän det fanns ett gemensamt förslag som tillsammans med annat som var uppe till diskussion godkändes av alla med en signatur.

– Valet av var man ska träffas är viktigt för de flesta brukare, fortsätter hon. Det är det också för mig. Jag undviker till exempel att träffa dem jag är case manager för på mitt kontor. Där känner jag att jag måste prestera i stället för att vara ett stöd så att vi tillsammans kan bestämma vad vi ska göra.

Förutsättningen för att resursteamet ska kunna fatta ett gemensamt beslut är att alla har samma information. Saknar någon information kan man få den direkt på mötet, förklarar Marie.

— Alla har vi lite olika mål med det vi gör utifrån det vi håller på med. På resursmötena är det Jeanettes mål som står i fokus. Eftersom det är hon som håller i mötet och jag stöttar henne tar ingen annan över, förklarar hon, vänder sig till Jeanette och söker medhåll när hon säger att kunskap som det går att läsa sig till när det gäller psykiatriska diagnoser och behandlingar är viktig.

— Men kunskapen om din psykiska ohälsa sitter du på. Den måste du presentera för mig och teamet så att vi gör rätt saker, säger hon och får en instämmande nick av Jeanette.

Jeanette menar att orsaken till hennes psykiska ohälsa och att hon var tvungen att söka psykiatrisk vård är mobbningen som hon utsattes för i skolan i kombination med dåligt självförtroende. Hennes tidigare erfarenheter av vården är dåliga med minnen av personal som pratade över huvud på henne, att ständigt bli väckt på nätterna och att ingen lyssnade på henne.

Då hon för sju år sedan som första person i Kristianstad erbjöds en case manager var hon lite skeptisk i början. Nyfikenheten växte när Marie i stället för spiralblock och penna hade med sig en pärm med Jeanettes namn på. Tillsammans, förklarade Marie, skulle de fylla pärmen med innehåll.

Och vad ville hon då förändra?

— Jag vill byta läkare, sa jag blixtnabbt, berättar Jeanette.

— Att det gick var nog mer tur än skicklighet, inflikar Marie medan Jeanette beskriver förändringen som skedde då hon fick en case manager som att en ängel kom in i hennes liv.



— Jag hade gjort ett självmordsförsök rätt nyligen och min mamma var slutkörd. När Marie började höra sig för om vad jag ville väcktes lusten att leva igen.

Fakta

Färre inläggningar när vårdtagarna blir delaktiga

Tillsammans med psykiatrin i Skåne har Kristianstad kommun och fem andra kommuner i nordöstra Skåne satsat på arbetsmetoden case management inom den öppna psykiatriska vården för att samordna hjälpen. Sedan projektet startade 2007 har drygt 250 personer som arbetar i kommunerna och psykiatrin fått utbildning och 140 personer har fått hjälp av en case manager. Arbetssättet utgår ifrån att det är brukarens vilja som står i centrum och att det finns ett sammanhållet stöd. Tillsammans med brukaren utser case managern ett antal personer till en så kallad resursgrupp.

Utvärderingar som har gjorts med personal, brukare och anhöriga visar att brukarens delaktighet i vården blivit påtagligt bättre när denne fått en case manager. 70 procent menar också att deras livskvalitet blivit bättre och för flertalet har inläggningar på psykiatrisk vårdavdelning minskat.

Fakta



Second opinion

När patient inte är överens med sin läkare om diagnos eller behandling kan man enligt hälso- och sjukvårdslagen ha rätt till en ny medicinsk bedömning – en second opinion. Inom psykiatrin är det få brukare som utnyttjar denna möjlighet.

Skälet är bland annat den beroendeställning till personal som många brukare känner att de hamnar i, menar Kjell Broström, intressepolitisk ombudsman på NSPH.

— Sedan kan man uppleva att man skadar relationen och samarbetet med läkaren och vårdpersonal om man ifrågasätter deras bedömning. Att berätta om vad second opinion är borde ingå i informationsrutinerna.



Delaktig i vården förhindrar tvång

En individuell samarbetsplan gör patienten delaktig i sin vård och förhindrar tvångsåtgärder. Det anser Eva Andreasson, sjuksköterska och case manager vid Näut-teamet, Psykiatri psykos i Göteborg.

TILLSAMMANS MED EN AV SINA PATIENTER som tidigare tvångsvårdats vid sex tillfällen upprättade Eva Andreasson en individuell samarbetsplan. Det gjordes då patienten var återhämtad och tillsammans med dennes anhörige. I planen står det bland annat att om den anhörige tycker sig se varningstecken på att patienten håller på att bli sämre så kan denne kontakta vården, vilket också skedde. Enligt den överenskommelse man hade skulle man då sammankalla till en träff.

Patienten var upprörd i början av mötet då hon inte tyckte hon blivit sämre. Hon följde dock den uppgjorda planen som hon själv varit med om att fatta beslut om. Det innebar att hon började medicinera med en av de tre mediciner hon kunde välja vid oro. Därutöver träffade hon sin case manager för samtal varje dag. Efter tre veckor mådde patienten bra igen.

– Det här var första gången vi tillsammans lyckades förhindra en tvångsinläggning efter att hon börjat må dåligt, berättar Eva Andreasson och förklarar att skälet till att patienten hade varit upprörd på mötet berodde på, enligt henne själv, att hon var rädd för att bli tvångsomhändertagen igen.

EVA ANDREASSON MENAR att de flesta som blir omhändertagna mot sin vilja upplever det som skrämmande och integritetskränkande. Vårdpersonal å sin sida ställs inför ett etiskt dilemma då vården och patientens tillstånd kan begränsa möjligheten att ge god vård på den enskildes villkor, liksom att värna om patientens självbestämmande.

Det är med andra ord inte lätt att försöka motivera en person som befinner sig i en tvångssituation att vara delaktig i sin vård, menar Eva Andreasson.

– Det är svårt att veta hur en person som är förvirrad, hjälplös och rädd vill att vården ska vara. Det går inte att sätta sig in i den personens situation, säger hon och kan inte se att det under de trettio år hon arbetat inom den slutna psykiatriska vården på något sätt blivit lättare att utföra tvångsåtgärder.

– Som vårdpersonal kan vi inte fortsätta agera som om vi vore tankeläsare, säger hon. Om man istället upprättar en individuell samarbetsplan tillsammans med patienten efter ett tvångsomhändertagande och när denne är återhämtad vet man vad patienten själv vill, menar hon.

I den samarbetsplan som Eva Andreasson och hennes kollegor utarbetat får vårdtagaren, med stöd av sin case manager, en möjlighet att först lämna synpunkter (anonymt om man

vill) på den vård man fått genom att betygssätta den och som den ansvarige på enheten där vården skett får del av. Den personen skriver sedan ett svar till patienten.

Därefter formulerar patienten och case managern tillsammans med eventuella närstående, utifrån var och ens erfarenhet, en lättförståelig handlingsplan om vad som kan göras för att förhindra en inläggning. Gemensam utgångspunkt är att det är patienten som är expert på sin situation.

– Man kan säga att vi lägger all den kunskap vi har tillsammans på bordet, likt jämbördiga experter. Utifrån det formulerar vi en individuell samarbetsplan.

OM DET SKULLE BLI AKTUELLT med tvångsvård igen ska det i planen framgå hur patienten vill att omhändertagandet ska ske. Där kan till exempel stå att vårdpersonal ska sitta vid ens sidan när man är orolig eller att man vill vara för sig själv den första tiden, vilka mediciner man kan tänka sig att ta eller att man själv får bestämma var på kroppen en lugnande

injektion kan ges om det skulle bli aktuellt. I planen kan också stå att information om vad som ska hända under vårdtiden ska upprepas, liksom att ens mobil och bankomat kort ska tas om hand. Planen signeras och godkänns av vårdtagaren, närstående och case managern och förs in i journalen.

Även om underlaget* för resultatet ännu är för litet för att det ska gå att dra några riktiga slutsatser förs diskussioner om att införa den individuella samarbetsplanen inom hela Psykiatri psykos i Göteborg.

För Eva Anderasson råder dock ingen tvekan om att arbetssättet gjort patienterna mer delaktiga i sin vård och som förhindrat tvångsåtgärder. Dessutom har hon fått upp ögon ännu mer på hur sårbara människor är som hamnar i en situation där inget annat hjälper än tvångsvård.

– Det har gjort att jag kan ta upp och diskutera med patienten sådant som jag undvek tidigare, säger hon.

Fakta

*Tvångsvård kunde ha undvikits

I den utvärdering som Eva Andreasson och en forskarkollega gjorde deltog 14 patienter som efter en period av tvångsvård gjort upp en individuell samarbetsplan. Den visar att de flesta är nöjda med den vård de fått. Drygt 20 procent är dock missnöjd eller mycket missnöjd inom något område. Trots att många menar att tvångsvården och tvångsåtgärderna ibland är ett nödvändigt skydd så menar 40 procent att det hade kunnat undvikas om de fått information som de förstått eller fått tid att ta till sig informationen, liksom tid till att förstå konsekvenserna av att inte ta emot vård.

Utvärderingen visar vidare att de flesta känt sig respekterade och vill också bli bemötta med respekt och sympati. De vill även kunna ha en dialog med vårdpersonal när de är psykotiska, eftersom de flesta har en frisk "kärna" som vårdpersonal kan bemöta och tilltala.

Många av de som deltog i undersökningen hade känt sig delaktiga men 30 procent var missnöjda med det. I en tvångssituation vill man också ha möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ även om man inte gillar något av dem.

Att få betygssätta tvångsvården tyckte deltagarna i utvärderingen var bra,

speciellt om man dessutom får en återkoppling från den vårdavdelning man vistas på. De flesta tyckte också att det kändes meningsfullt att utforma en individuell samarbetsplan.

Tips på läsning:

Nätverkskontrakt – ett verktyg i återhämtning
(Riksförbundet för social och mental hälsa, 2006)
av Leila Gentzell.

I boken Nätverkskontrakt – ett verktyg i återhämtning (RSMH, 2006) av Leila Gentzell, beskrivs ett strukturerat samarbete mellan patient, närstående och psykiatrin. Genom att ett kontrakt upprättas i en period när man mår psykiskt bra vet alla vad som ska göras om man blir sjuk.





Louise arbetar som volontär på ett djursjukhus. Genom det arbetet och att ta hand om sin dotter, liksom att gå ut med hunden Button blir hennes vardag inrutad.

— Djur har alltid betytt mycket för mig och när energin och lusten tryter blir min dotter en anledning till att fortsätta kämpa.

Delaktiga anhöriga förstår vården bättre

Louise och Carl Staël von Holstein har inte bara ett barn och en hund och en hel familj tillsammans. De delar även arbetet med att hantera Louises bipolära sjukdom.

LOUISE HADE TRÖTTNAT PÅ ATT HÅLLA UPP EN MASK mot sin omgivning och ville inte inleda en relation med en annan person om den personen inte var med på noterna. Därför berättade hon för Carl om sina psykiska problem redan andra gången de träffades.

— Att höra Louise berätta om sin sjukdom och sedan leva med det är två helt olika saker, säger Carl fyra och ett halvt år senare och tycker att det svåraste är när Louise ligger inne på sjukhuset och han ser hur dåligt hon mår.

— Numera har jag insett att de flesta familjer har något större problem som de tampas med och i många familjer har någon, som hos oss, psykiska problem, säger han och förklarar att de mellan sjukdomsperioderna oftast har det väldigt roligt ihop.

Louise och Carl talar numera öppet om Louises psykiska ohälsa inom den närmsta bekantskapskretsen. Tillsammans med personal vid Affektivt centrum på S:t Görans sjukhus i Stockholm har de sedan pratat ihop sig om den bästa lösningen för att de själva och förtrogna vänner ska veta hur de ska handla om Louise är på väg in i en depression eller håller på att bli manisk.

— Det kan svänga väldigt snabbt för mig och jag kan ha svårt att veta om jag till exempel bara är energisk eller håller på att bli manisk. Genom att skriva ner olika varningstecken som jag får när jag håller på att bli sämre har vi upptäckt mönster och beteenden som vi inte förstod tidigare hängde ihop med min sjukdom, säger Louise.

Detta har, menar båda, förhindrat att Louise blivit sämre.

— Om Louise till exempel blir irriterad kan det vara ett tecken på att hon håller på att bli sämre men det kan naturligtvis också bero på att hon bara i största allmänhet är irriterad på mig, säger Carl och berättar att i ett sådant läge kan Louise ringa en kvinnlig bekant som sedan tio år tillbaka är ett viktigt stöd för henne och numera även för familjen.

— Sägers även hon att jag är irriterad är det ytterligare en person som tycker det och då är det lättare att se att det hör ihop med att jag håller på att bli sämre. Då följer vi krisplanen*, säger Louise.

CARL ÄR EMELLANÅT MED PÅ TERAPISAMTALEN, vid träffarna med teamet i öppenvården och samtalar med personal på sjukhuset när Louise är inlagd. Det har gjort att han känner sig delaktig i hennes vård.

— Jag blir alltid rådfrågad i speciella situationer men även när det gäller små detaljer. Tillsammans med personalen har vi sedan kunnat diskutera vad som fungerar och inte fungerar i vården och här hemma, säger Carl och berättar att han även varit med på läkar-samtal efter det att Louise fått ECT-behandling**.

— Under läkarsamtalet direkt efter en behandling kommer Louise inte alltid ihåg vad som sagts. Då kan jag berätta för henne senare, förklarar han.

Sedan Carl och Louise fått kontakt med Affektivt centrum har hjälpen och stödet blivit tydligare och mer sammanlänkat. Att Carl också är delaktig i vården är inte bara ett stöd för Louise. Genom det förstår han bättre innehållet i den vård Louise får.

Många pusselbitar föll också på plats efter den patient- och anhörigutbildning de gick, inte minst betydde det mycket att få höra andras berättelser om till exempel tidiga varningstecken.

—Ja, utbildningen har verkligen varit en hjälp för oss i vardagen, lägger Louise till.

*En krisplan beskriver vem som ska göra vad vid tidiga tecken på psykisk sjukdom.

Fakta

Anhöriga en resurs i vården

Patient- och anhörigutbildningen vid Affektivt centrum i Stockholm har pågått sedan 1995. Över 300 personer har gått utbildningen och efterfrågan är stor. Målet med den är att ge stöd, kunskap och handledning till patienter och närstående för att de bättre ska kunna styra över sin sjukdom.

Utbildningen sker i studiecirkelform där deltagarna träffas två timmar vid sex olika tillfällen. Förutom direkt information om bipolär sjukdom, vilka behandlingar det finns och vad som kan göras för att förebygga återfall genom att till exempel vara observant på tidiga varningstecken, träffas anhöriga och patienter i olika grupper för att utbyta information. Utvärdering visar att utbildningen leder till kortare vårdtider. Tillfällena då man söker vård har också blivit betydligt färre.

— Det som uppskattats mest är när deltagarna kan delge varandra sina erfarenheter, säger Conny Jonsson, case manager vid Affektivt centrum och menar att patienter och anhörigas delaktighet i vården är en självklarhet och en resurs för vården.

— Som personal lär man sig väldigt mycket genom att lyssna på patienter och anhöriga, inte minst förstår man hur svårt många tycker det är att vara öppen om sin sjukdom och hur ensamma anhöriga kan känna sig, vilket visar att behovet är stort.

Bättre anhörigstöd

Nationell samling för psykisk hälsa (NSPH) har utifrån åtta punkter beskrivit hur ett bra anhörigstöd till personer med psykisk ohälsa kan utvecklas. NSPH har också gett ut en folder som stöd till anhöriga.

Läs mer om NSPH:s anhörigarbete på www.nsph.se



Några ord om delaktighet



Katarina Grim (Karlstad) föreläsare och psykologilärare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

”Man vill inte komma till en läkare som frågar vad man vill ha för medicin, ungefär som om tandläkaren skulle fråga om man vill att han borrar med eller utan bedövning utan att förklara vad det innebär.

Det måste vara en dialog där läkaren berättar om för- och nackdelar med olika mediciner och där mina tidigare erfarenheter av olika mediciner vägs in, liksom vilka biverkningar jag just nu står ut med.



Färdtjänst ersatte poliseskort

Efter ett par månaders tvångsvård skrevs Mats Bork ut från den psykiatriska vårdavdelningen i Västerås. Det dröjde dock inte länge förrän han var tillbaka igen. Rundgången pågick under en lång följd år. Vändningen kom en torsdageftermiddag för cirka tre år sedan.

MATS BORK HAR ETT LÅNGVARIGT alkoholmissbruk bakom sig. Trots att han minskade konsumtionen till ett minimum försvann inte de kraftiga susningarna han hörde från ventilerna i lägenheten. Han isolerade sig alltmer. På det sättet kom han undan sina gamla missbrukarkompisar. Men det innebar samtidigt att han inte släppte in personalen från öppenvård psykiatri i Köping som sökte honom då han uteblev från besöken. De å sin sida såg ingen annan utväg än att skriva vårdintyg enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård då de inte ville riskera att han blev sämre. Med hjälp av polis tog de sig in i Mats lägenhet. Polisen eskorterade honom sedan till den slutna psykiatriska vården i Västerås. Där gick han motvilligt med på att ta mediciner och fann sig i att vara kvar några månader tills han mätte så pass bra att han kunde skrivas ut igen. Efter ett par månader upprepades samma procedur igen. Så höll det på år efter år, i nästan tio år.

– Jag ville inte samarbeta när de hade ”papper” på mig utan satt bara av tiden. Sedan fick det bli som det blev, säger Mats.

– Ja, det blev som ett ekkorrhjul som vi inte visste hur vi skulle få stopp på, inflikar Carina Gullberg, skötare och kontaktperson till Mats, då vi träffas vid psykosvården i Västerås.

UTIFRÅN DE SAMTAL CARINA HADE MED MATS började hon fundera på om man inte skulle försöka få till en förändring genom att ge Mats större ansvar för sin vård. Hon diskuterade det med sina arbetskamrater och sin chef. Även om det var få som trodde det skulle lyckas fick hon klartecken att försöka. Och Mats själv hade nästan sett chockad ut när Carina en torsdageftermiddag för tre år sedan berättade att vårdintyget skulle hävas samma dag, trots att han inte legat inne lika länge som vanligt och inte fått den medicininjektion han annars var tvungen att ta innan han skrevs ut. Carina förklarade också att om han ville kunde hon undersöka möjligheten för honom att få injektionerna på avdelningen i Västerås i stället för vid öppenvården i Köping. Mellan besöken kunde de sedan ha kontakt per telefon. Men från och med nu hade han själv ansvar för sin medicinering och kunde lämna avdelningen på en gång om han ville.

– Men jag sa att jag tyckte du skulle stanna kvar över helgen och ta din injektion på måndag innan du åkte hem. Och det gjorde du, säger Carina till Mats, som kommer ihåg att han ville fundera på saken.

Att Mats själv fick ansvar för sin vård och att återbesöken kunde ske i Västerås blev



– Det betyder mycket för mig och övrig personal att Mats nu mår bra efter alla år, säger Carina Gullberg, kontaktperson för Mats Bork.

vändningen. Resor som tidigare skedde med poliseskort görs idag med färdtjänst. Och flera månaders långa vistelser består idag av ett besök under en halvdag var fjortonde dag och är numera ett välkommet inslag i Mats vardag.

– När jag träffar Carina och den övriga personalen piggnar jag till eftersom jag inte har något annat umgänge än min mor som jag ringer till emellanåt.

– Nu har jag också börjat tala med de manliga skötarna på avdelningen. De klarade jag inte tidigare, fortsätter han och berättar att han efter att ha druckit kaffe, träffat personalen som jobbar den dagen, haft samtal med Carina och fått sina mediciner går han och handlar mat vid en butik nära sjukhuset.

– Idag känner all personal till rutinerna när Mats kommer och vi vet numera att det inte går att åstadkomma några förändringar om inte Mats själv är med på det - utan honom går det helt enkelt inte, säger Carina.

Efter att Mats ätit lunch på avdelningen åker han hem, packar upp det han handlat, sätter på kaffe och läser kvällstidningen. Sedan lyssnar han på radion till långt in på natten. Går ut gör han först då helgen kommer – det för att handla så att han klarar sig till nästa besök vid psykiatrin i Västerås.

– Att jag själv bestämmer över min vård har gjort mig mycket lugnare och nu har jag även begärt att få andra mediciner som jag kan ta, säger han och berättar om sina framtidsplaner.



I dessa ingår att försöka flytta till Västerås.

– Det mesta känns väldigt positivt just nu. Jag mår bättre och har fått ordning på min ekonomi. Får jag en lägenhet här i Västerås blir det lättare för mig att komma ut. Då kanske jag kan ta en fika på något kafé.

Fakta

Bättre vård mindre tvång

Den avdelning som Carina Gullberg arbetar på och som Mats Bork varit inlagd på deltog häromåret i projektet Bättre vård mindre tvång som Sveriges kommuner och landsting driver. Utifrån de samtal man hade med inläggande patienter framkom att man behövde bli bättre på att anpassa vården och stödet utifrån de behov som varje patient har. Förändringarna som gjordes i vården testades i liten skala med den så kallade Genombrottsmetoden*. Det har på ett påtagligt sätt förbättrat patientförståelsen, bemötandet och ökat patienternas upplevelse av trygghet, respekt och inte minst delaktighet. Sammantaget har det lett till att tvångsvård och tvångsåtgärder på avdelningen minskat; visar den undersökning personalen själva gjort.

*Förbättringshjulet eller PDSA-hjulet står för plan, do, study and act och bygger på att systematiskt testa små förändringar och notera vilka förändringar som leder till förbättringar.

Några ord om delaktighet



Fredrik Axelsson, brukarspecialist vid Naut-teamet i Göteborg.

”Patienten måste vara i centrum och styra över hjälpen och stödet, precis som en pilot gör på ett flygplan. Förutsättningen är dock att alla är med på tåget.



– För att jag som personal ska kunna jobba med inflytande och delaktigheten hos dem som söker hjälp måste jag våga ta ut svängarna lite. Då får organisationen inte vara för fyrkantig och jag måste känna att min chef backar upp mig, säger psykiatrisamordnaren Karin Melander (till vänster i bild). Här i samtal med Stina Nilsson, som arbetat inom Solkraft i 25 år.

“Ingen är förmer än någon annan”

I Skellefteå kommun introduceras såväl samordnad individuell planering som delat beslutsfattande. Delaktighet och inflytande för brukare har dock en lång tradition. Bakom det ligger framgångarna med Solkraft.

SOLKRAFT STARTADE 1984 som ett samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin i Skellefteå när Umedalens mentalsjukhus lades ned.

Vid starten köpte kommunen en rivningshotad fastighet i centrala staden, Trivselhuset. Där inrättades en samlingslokal och snart öppnades kafé och en secondhandbutik. Det har idag utvecklats till 10 olika arbetsplatser för personer med olika funktionsnedsättningar och som möter betydande svårigheter i sin livsföring. Sammantaget sysselsätter det över 700 personer. En av arbetsplatserna är lunch, kafé- och konferensverksamheten Café Castor. Här finns ett 30-tal arbetsplatser.

– Vi grottar inte ner oss i det som gjort att man fått en plats här utan är glad att man kommer som vi gjort upp och vill hjälpa till med det arbete vi har att utföra under dagen, säger platschefen Håkan Holmqvist.

– Förutom att kaféet skapar arbete för de som är inskrivna ger det Skellefteåborna en möjlighet att träffa människor som de tror är eljest men som de snart upptäcker är som de flesta andra, tillägger psykiatrisamordnaren Karin Melander.

VERKSAMHETEN DREVS TIDIGARE AV kooperativet Föreningarnas hus som flera intresseföreningar inom psykiatriområdet stod bakom. Precis då jag ska fråga Karin Melander om skälet till att vi skulle ses här för att tala om delaktighet, samordnad individuell planering (Sip, läs mer nedan) och delat beslutsfattande, är för att det alltid funnits ett stort mått av brukarinflytande i huset, presenterar hon mig för två personer som arbetar på stöd- och serviceenheten i kommunen.

De har nyligen gått en utbildning i individuell samordnad planering och delat beslutsfattande. Hur ser de på vikten av att brukarna är delaktiga i besluten om det stöd de får?

– Utmaningen med socialt arbete är att man inte på förhand vet vad ett möte med en person som söker hjälp ska leda till. Därför är det viktigt att det första mötet är så förutsättningslöst som möjligt, samtidigt som man själv behöver vara hundra procentigt engagerad, säger Christina Kvarnström, chef på beslutsenheten för stöd och service.

– Sedan är det viktigt att inte ha för bråttom i beslutsprocessen, annars kanske den person som söker stöd inte hinner med alla steg i handläggningen. Om den personen inte är delaktig i beslutet blir det inget bra stöd, säger Carina Eriksson, handläggare på samma enhet.

Beslutet från biståndshandläggarna vid stöd- och serviceenheten får sedan Ann-Kristin Lindahl, en av ett 50-tal boendestödjare, som även hon kommit till Café Castor.

– Det är viktigt att tillsammans med brukaren ta reda på vad som inte fungerar i vardagen och försöka hitta rutiner som gör att vardagen fungerar och sedan sätta upp de mål vi ska ha för vårt arbete, säger hon. På det sättet blir det inte mina värderingar som styr hur den personen vill ha det i sitt hem.

– Sporren är sedan och se att den personen klarar sig själv.

Efter att ha lyssnat på dessa personer frågar jag Karin Melander om det inte i första hand är personliga egenskaper hos de professionella som avgör hur delaktig brukaren blir?

– Jag tror vare sig samordnad individuell planering eller delat beslutsfattande kommer att frälsa arbetet med att göra brukaren mer delaktig men det är ett viktigt stöd för både brukaren och personalen. Metoderna passar också in ett återhämtningsinriktat arbetssätt som inger hopp och visar på möjligheten till återhämtning, säger hon och plockar upp sin mobil.

Strax dyker en vit Volkswagen Passat upp med Solkrafts dekaler på. Krister Gran, som chauffören heter, ber oss hoppa in och förklarar att han precis blivit klar med den sista leveransen av bröd för dagen till Solkrafts kaféer. På vägen ut mot Rosengård, ytterligare en verksamhet inom Solkraft, berättar han att det var Tage Lundbergs (som var med och byggde upp Solkraft) som för 21 år sedan kom fram till honom på en parkbänk i staden och undrade om han kunde hjälpa till med att riva några magasin vid Rönnskårsverken i stället för att hänga på stan.

– Även om jag haft återfall i mitt missbruk har jag alltid fått komma tillbaka, säger han och värdesätter den sociala gemenskapen inom Solkraft.

Då jag frågar vad det är som är så speciellt med Solkraft kommer ett snabbt svar:

– Ingen är förmer än någon annan.

Vid Rosengård där vi blir avsläppta finns fem verksamheter som sysselsätter ett 70-tal personer. Karin Dahlgren är chef för en av dessa, Hälsans trädgård. De 25 medarbetarna i trädgården arbetar i grupper utifrån var och ens förmåga. Tillsammans med de övriga i gruppen



– Jag tror man kan se mötet mellan handläggaren och brukaren ungefär som när två forskarkollegor träffas för att tillsammans "forska" fram vilka behoven är. Handläggaren har till exempel kunskap om hur man skriver ett underlag för att få hjälp medan brukaren själv har kunskap om sitt liv, förklarar Christina Kvarnström (längst till vänster i bilden). Här tillsammans med Karin Melander och Carina Eriksson.

bestäms allt från vilka fröer som ska sättas på våren och hur trädgården ska planeras till vilka arbeten som ska göras under vintern.

– Det som är bra med växter är att de inte tjarar och man kan ha en kravlös relation till dem, samtidigt som jag får en omdelbar reaktion om jag brister i mitt engagemang, säger hon medan platschefen Mikael Nyström lägger en arm runt henne.

Han låter mig sedan förstå att delaktighet är en demokratisk rättighetsfråga som inom Solkraft har en lång tradition och som på Rosengård innebär att man ena veckan har gårdsmöten och andra veckan arbetsplatsträffar.

– Dessutom planerar man tillsammans varje morgon vad som behöver göras under dagen vid de olika verksamheterna och där hänsyn tas till hur man mår just den dagen. Det här gör att arbetet flyter på vid verksamheterna och som medarbetare ser jag att det går att påverka. Det har man nytta av senare när man orkar delta i det övriga samhällslivet.

Fakta

Verksamhet utifrån intressen

Solkraft omsätter ungefär 50 miljoner kronor per år (8 miljoner i direkta bidrag) varav cirka hälften kommer från kommunala uppdrag medan resten är intäkter från privata näringslivet eller från avtalsbaserade platser på andra myndigheter.

När man ansöker om en plats inom Solkraft läggs stor vikt vid det intresse man har. Innan arbetsrehabiliteringen startar finns en möjlighet att prova sig fram vid olika arbetsplatser. Arbetstiderna bestämmer man själv och görs upp med arbetsledaren, liksom de mål man sätter upp och som utvärderas innan nya mål stakas ut.

Fakta

Sip, bra stöd vid delaktighet

Samordnad individuell planering (Sip), har man rätt till om man får hjälp från olika verksamheter inom sjukvården och kommunen. För att stärka arbetet med Sip har Socialdepartementet träffat en överenskommelse med SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) om att utveckla det arbetet, vilket görs genom projektet PrinSIP i Västerbotten med syftet att samordningen av hjälpen ska bli bättre.

Oftast är det någon man redan har kontakt med som kan föreslå en sådan samordning. Vad som ska stå i planen, vilka mål och insatser man behöver bestämmer man själv, liksom vilka verksamheter och personer (till exempel anhöriga) som ska delta i planeringen. Efter den första träffen bestäms en uppföljning efter tre månader.

Ett bra stöd för att utveckla brukarens delaktighet i samordnad individuell planering är att ge utbildning i delat beslutsfattande. Läs mer om Sip på: www:i-nod.se/sip



Öppen dialog gjorde Marcus delaktig

Det tog tio år för Marcus Sandborg att återhämta sig från sin psykiska sjukdom och bli fri från sitt missbruk. I vården var han så delaktig han kunde bli. Förutsättningarna för det var de bästa tänkbara. Det menar både han själv och hans psykiater Eija Maahr.

MARCUS SANDBORG ÄR UTBILDARE och föreläsare inom psykiatriområdet och arbetar deltid som attitydambassadör vid psykiatrin i Falköping. I sina föreläsningar berättar han om sin långa resa från psykisk sjukdom och missbruk till att han idag är återhämtad. När han tar hissen upp till fjärde våningen på sjukhuset i Falköping och går korridoren fram till sitt arbetsrum måste han ibland nypa sig i armen för att påminna sig om att det är till sitt jobb han ska. Under flera år satt han nämligen i samma korridor en gång i veckan och väntade på att få komma in till sin psykiater. Då kände han sig förföljd, jagad och hade kraftig ångest.

– I början var du så rädd och skräckslagen att du nästan kröp fram längs väggarna på avdelningen, minns Eija Maahr, som var Marcus Sandborgs psykiater fram till för tre år sedan och som idag arbetar som rättspsykiater i Danmark.

– Ja, när jag mådde som sämst visste jag inte hur jag skulle orka ta mig upp nästa dag och medicineringen gjorde det än värre. Men du sa att det skulle bli bättre, vilket det också blev. Att du inte var svajig i dina beslut och ändrade min medicinering gjorde att jag kände mig lite tryggare och kunde lita på vad du, övriga teamet och mina anhöriga ansåg var bra för mig. Att ni visade vägen och pekade åt ett håll var skönt då i början.

– Det som jag också uppskattade var att du aldrig försökte driva igenom något mot min vilja eller hade behov av att hävda dig med den kunskap du har. Det fanns ingen prestige i våra möten, tycker jag.

– Det är viktigt att man känner sig trygg i det man gör och tycker det är roligt att gå till jobbet på morgonen. Men det krävs också kunskap och erfarenhet för att kunna följa en patients tankegång. Och vårdas man frivilligt behöver man som du säger vara med i besluten om behandlingen skall blir bra.

– Ja, du stöttade mig till exempel i mina försök att minska medicindosen och tyckte vi kunde försöka om jag ville. Det gjorde mig verkligen delaktig. När jag sedan slutade helt blev det inte så bra. Även om jag själv inte tyckte jag blev sämre fick jag så många signaler från mina anhöriga att jag till slut insåg att jag behövde mediciner. Det häftiga var sedan att du bara fanns ett telefonsamtal bort så att jag kunde börja medicinera på en gång. Du var alltid tillgänglig. Det var till stor hjälp.

– När du vid det där tillfället ville sänka din medicin var jag osäker. Det måst jag erkänna. Dagens mediciner är nämligen väldigt bra och dosen tycker jag ska vara så liten som möjligt men tillräckligt hög för att den ska hjälpa. Att stötta dig i beslutet att sänka dosen hade varit svårare om jag inte haft så bra kontakt med dina anhöriga. De fanns där som observatörer.



Eija Maahr

Det var en trygghet för mig.

– Många jag träffat har haft en mycket rörigare resa än den jag har haft med olika mediciner och olika läkare. Att jag fick ha en och samma läkare under hela tiden var en framgångsfaktor i sig.

– Och skälet till att jag tycker mig ha något att säga om delaktighet i vården är för att det var just den öppna dialog som fanns mellan mig, mina anhöriga och dig som läkare som gjorde mig delaktig.

– Jag tror som du att ett viktigt skäl till att kontakten vi har haft fungerat så bra är att vi känner varandra väl. Det har aldrig heller varit några svårigheter att föra ett resonemang med dig eftersom du har en god intellektuell förmåga och kan lyssna. Det gjorde också att jag kunde säga till dig när jag inte höll med dig eller ansåg att du hade fel.

– Ja, jag uppskattade att du stod på dig och inte gick med på alla mina krav som till exempel när jag ville ha mediciner för att jag kände mig nedstämd. Det tillhör livet, kommer jag ihåg att du sa.

– Men är det inte så att hur delaktig jag som patient blir i vården beror på vilket bemötande jag får och som hänger ihop med vilken människosyn du som läkare och övrig vårdpersonal har.

– Ja, samarbetet måste fungera där alla tar sitt ansvar. Du var ju på många sätt en idealpatient och har hela tiden haft med dig din familj, vilket inte alla har eller kan ha. Att du numera har egen familj kan jag tänka mig betyder mycket för dig idag.



– Den medicinering jag haft har varit viktig. Den gjorde, skulle man kunna säga, så att jag kunde stå upp på surfingbrädan medan att surfa fick jag lära mig själv.

– Och att andra numera är beroende av mig har gjort att jag fått lägga mig själv lite åt sidan samtidigt som det blivit ett kvitto på att jag kan hantera mina problem.

Utdrag ur boken

Om vikten av att vårdpersonal är avstressad

“... om den här personen inte är koncentrerad eller på något sätt inte är närvarande så... får jag panik, och jag kan inte koppla av, jag blir stressad och jag tror att som patient så är det viktigt att man känner sig avstressad när man sitter där och det beror på hur man blir bemött.

Ur boken Hjälpande personal, Ann Denhov, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet och FoU Psykiatri Södra Stockholm.

Några ord om delaktighet



Henrik Söder (Stockholm)

“Jag sökte hjälp av psykiatrin och hamnade på grund av mina besvär i ett underläge i relation till personalen. För att komma över mina svårigheter krävdes massor av mod och mycket hårt arbete från mig och även från personalen. Bara de som själva tog tag i sina egna svårigheter kunde med tiden få mig att växa och må bra. Vilket många bland personalen, vänner och släkt inte förstår att de måste göra. I deras ögon är man först och främst en diagnos och efter det personen Henrik.



När Johanna Hedin ska träffa sin läkare brukar hon och hennes kontaktperson gå igenom innan vad de ska ta upp innan mötet.

— Sedan pratar vi efteråt om vad det viktigast var som kom upp under samtalet, säger hon.

Vidgade vyer vid delat beslutsfattande

Det var Socialstyrelsens riktlinjer om psykosociala insatser vid schizofreni som fick psykosvårdens öppenvårdsmottagningar i Jönköping på spåret. Att försöka göra patienten mer delaktig i sin vård genom metoden delat beslutsfattande var det som lockade.

ÄR DET INTE SÅ HÄR VI REDAN ARBETAR? Och hur ska vi förhålla oss till gruppen av patienter som inte vill vara delaktig eller som tycker att vården är bra som den är? Det fanns tveksamheter inom personalgruppen i början under de två halvdagarsutbildningarna kring delat beslutsfattande. Vändningen kom andra dagen då personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, så kallade dialogutbildare*, föreläste och berättade hur det där lilla extra som personal gör kan få livsavgörande betydelse och hur viktigt det är att vara med och bestämma om sin vård.

— Att vården blir bättre när patienten är delaktig är naturligtvis ingen nyhet för oss. Genom dialogutbildarnas starka berättelser blev det kraft bakom vad vi själva tycker liksom det blev tydligt att vi behöver utveckla det arbetet, säger Kalle Forsman, sjuksköterska och kontaktman vid Psykos Öster i Jönköping.

Han tycker att även om man som patient anser att vården fungerar bra är det viktigt att vara med och fatta beslut om sin vårdplan.

Johanna Hedin har egen erfarenhet av psykisk ohälsa och vill vara med och bestämma om sin vård. Till exempel gör hon veckoplaneringen tillsammans med sin boendestödare.

—Hon påminner mig ibland om saker som jag brukar glömma som till exempel att efter olika aktiviteter lägga in pauser för vila, säger Johanna Hedin och uppskattar att hon kunde åka direkt till intervjun efter sitt arbetspass på Chokladverksta'n.

Inte heller har hon några problem med att tala om vad hon behöver för hjälp och stöd till den kontaktperson hon har inom psykiatrin sedan tio år tillbaka.

— Känner man varandra så väl som vi gör är det lätt att framföra hur man själv vill ha det. När vi diskuterar vet vi nästan på förhand vad den andre ska säga, säger Johanna Hedin och berättar sedan hur betydelsefullt det är att skaffa sig kunskap om psykisk ohälsa som hon bland annat gjort genom en utbildning som psykiatrin ordnat och genom att träffa andra som har liknande problem som hon själv har. Det senare gör hon på Träffpunkten.

— Sedan betyder del en hel del att kunna läsa om andra personer som varit psykiskt sjuka som jag kan göra i RSMH:s tidning Revansch, säger hon.

I Jönköpings län finns fem psykosteam. Ett av dem är TIPS-teamet. De vänder sig till

personer som insjuknat för första gången och är mellan 18 och 30 år. Centralt i behandlingssarbetet är just att involvera de personer som finns nära den som söker hjälp, som till exempel vänner eller någon från skolan, liksom anhöriga och för dem finns speciell familjeutbildning.

– Mer kunskap om psykosjukdomar till närstående underlättar mycket för den som är sjuk och skapar bättre förståelse, säger Gunnel Stråmo, skötare och kontaktperson vid TIPS-teamet och berättar att föräldrarna oftast är med redan i bedömningsamtalen eftersom de behöver få samma information som patienten.

– Det kan till exempel vara bra att veta sådana enkla saker som att om man har en psykosjukdom och inte orkar plocka ut ur diskmaskinen kan det bero på sjukdomen och inte på att man är lat.

GUNNEL STRÅMO VAR EN AV DEM SOM DELTOG i utbildningen kring delat beslutsfattande och beskriver sitt och kollegerna arbete som att lägga ett svårt pussel där alla bitar måste falla på plats. En psykosdiagnos sätts inte heller förrän alla utredningar är klara. Helt avgörande för att hjälpen man ger ska bli bra är att den är anpassad efter den enskildes behov och att patienten är delaktig i planeringen av sin vård.

– I början när vi diskuterade delat beslutsfattande tyckte jag att vi arbetade precis på det sättet. Men ju mer jag har satt mig in i vad det innebär inser jag att det kommer att krävas mer av mig som behandlare, säger Gunnel Stråmo och fortsätter:

– Jag måste bland annat vara mer aktiv i att undersöka patientens önskemål, vilket gör att jag måste tänka lite vidare.

Och gör man det slås man inte bara av hur annorlunda val patienterna kan göra utan också hur fastlåst man själv som personal kan vara i vad man tror är bäst för patienten, förklarar hon och berättar om en patient som tyckte medicin i injektionsform lät praktiskt.

– För mig känns det mer som ett övergrepp. Men den här patienten tyckte det lät smidigt



Gunnel Stråmo och Kalle Forsman

med en injektion en gång i veckan i stället för att komma ihåg att ta sina mediciner varje dag, berättar hon och tycker sig se klara fördelar för patienter som insjuknar första gången i psykisk sjukdom att redan från början får vänja sig vid att tillsammans med vårdpersonal fatta beslut om sin vård.

– Det leder säkert till att de återhämtar sig snabbare, säger Gunnel Stråmo.

Fakta

Dialogutbildning för delaktighet

Närmare 200 personer inom psykiatriområdet i Jönköpings län har fått utbildning i delat beslutsfattande. Utbildningen har fokuserats på kontaktskapande, samarbete och återhämtning. I utvärderingen av utbildningen har man framför allt tittat på hur personalens attityder och synsätt kring vårdtagarens möjligheter till återhämtning förändrats efter utbildningen. Preliminära resultat visar att det är färre efter utbildningen som tror att alla inte har möjlighet att återhämta sig. Därtill anser personalen att ingen, oavsett hur svår psykisk sjukdom man har, ska uteslutas från att delta i metoden delat beslutsfattande.

Ulla-Karin Schön är forskare vid Högskolan i Dalarna och Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser i Lund och en av dem som arbetar med utvärderingen. Hon menar att det är viktigt att tydliggöra skillnaden mellan hur delaktig

vårdtagaren tillåts vara, som handlar om vilket perspektiv man som personalen har på sitt arbete och delat beslutsfattande.

– Delat beslutsfattande är en metod för att stödja människor med psykisk ohälsa i deras återhämtning, säger hon och förklarar att patientens delaktighet och kunskap om sig själv är en förutsättning för ett återhämtningsfrämjande arbetssätt.

Men för att personal med ett sådant arbetssätt ska kunna använda sig av metoden delat beslutsfattande måste det inom verksamheten tydligt framgå hur beslutsvägarna ser ut, menar Ulla-Karin Schön.

– Det är också viktigt att det på såväl ledningsnivå som i det kliniska arbetet finns en inställning om att personer med psykisk ohälsa oavsett diagnos har möjlighet att kunna återhämta sig.

Och mycket talar för att det är så i Jönköping, menar hon.

– Inte minst för att man låtit utbilda nästan all personal av dialogutbildarna som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa.



— Ur ett vårdperspektiv talas det mycket om följsamhet i behandling medan brukarperspektivet handlar om återhämtning vars grundförutsättning är medbestämmande. Dessa perspektiv behöver mötas, säger Patrik Dahlqvist-Jönsson. Till vänster i bild Petra Svedberg.

Dialog – förutsättning vid delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande är inte bara en rättighet för brukaren. Det höjer personalens kunskap och bidrar till bättre vård. Det menar Petra Svedberg, Högskolan Halmstad och Patrik Dahlqvist-Jönsson, forsknings- och utvecklingsenheten Region Halland, och som forskar på delat beslutsfattande. Forskningen syftar till att utveckla metoder som brukare och personal tillsammans kan använda sig av. Utgångspunkten för deras arbete är vad brukarna själva tycker.

— **ÄNTLIGEN KOMMER DETTA I FOKUS**, äntligen får jag dela med mig av mina erfarenheter om den vård och stöd jag fått. Det var vad brukarna sa i de fokusgruppsintervjuer som vi genomförde, berättar Patrik Dahlqvist-Jönsson och menar att om de varit mera delaktiga i sin vård så skulle det, enligt dem själva, bidragit till deras återhämtning.

— Många kände sig också i underläge gentemot personal och beskrev mötet med vården som en kamp för att bli sedd och för att någon skulle lyssna på vad de hade att säga, säger Petra Svedberg.

Patrik Dahlqvist-Jönsson och Petra Svedberg har fört samtal med brukare om deras upplevelser av inflytande och delaktighet i den psykiatriska vården i sammanlagt fyra fokusgrupper med tre till sex personer i varje grupp, samt i ett par enskilda samtal. Utifrån en sammanställning av dessa intervjuer, genomgång av internationell forskning på området, studier för att ta fram validerade* frågeformulär, liksom pilotutbildningar för både personal och brukare hoppas de kunna öka kunskapen kring delat beslutsfattande och dess effekter.

DELAKTIG I SIN VÅRD OCH BEHANDLING kan man vara i olika grad, menar de, från att bli informerad om dess innehåll, via möjlighet att påverka den till att tillsammans med personal fatta ett gemensamt beslut om hur vården ska vara.

— Den psykiatriska vården är ganska bra på att konsultera vårdtagaren. Lika långt har man inte kommit att på ett kollaborativt sätt samarbeta med brukaren där både vårdtagarens och personalens referensramar, erfarenheter och synpunkter vägs in i ett gemensamt beslut, säger Petra Svedberg och tycker att det behövs en attitydförändring där brukarens kunskaper om sig själv ses som en resurs i vården.

— Det räcker alltså inte att arbeta utifrån ett brukarperspektiv, vården måste också ta in brukarens enskilda perspektiv, inflikar Patrik Dahlqvist-Jönsson.

RENT PRAKTISKT BETYDER DET att det till exempel inte är tillräckligt att presentera olika alternativ av mediciner för brukaren och vilka biverkningar dessa har. Tillsammans med brukaren behöver vårdpersonalen ta reda på vilka biverkningar denne står ut med, menar Petra Svedberg.

– Om jag som brukare lever i en relation med någon annan kanske det är lättare att hantera biverkningar som ger en viss övervikt än nedsatt sexuell förmåga.

Samtidigt behöver vårdpersonalen försäkra sig om att brukaren tagit till sig informationen och kunskapen från vården och värderat den utifrån sin individuella situation, menar Petra Svedberg och förklarar att det är dialogen och samtalet mellan brukaren, vårdpersonal, eventuellt anhöriga och andra som är det centrala i delat beslutsfattande.

– Men en förutsättning för att det ska bli just en dialog är att brukaren har stöd från sitt sociala nätverk såväl före, under, som efter att ett gemensamt beslut om vård och/eller stöd tagits.

I fokus för den dialogen står brukarens berättelse om sig själv.

– Brukarens kunskaper om sig själv måste alltså flätas ihop med den professionella evidensbaserade kunskapen, lägger Patrik Dahlqvist-Jönsson till och menar att för att underlätta detta behövs olika modeller eller ”verktyg” som främjar den beslutsfattande processen.

Patrik Dahlqvist-Jönsson och Petra Svedberg får ofta frågan om delat beslutsfattande är ett nytt arbetsätt eller ytterligare en metod som man måste lära sig och använda i vården.

– Det är ett komplement som gör det lättare för brukaren att påverka sin situation och det vet vi främjar både hälsa och återhämtning, säger Petra Svedberg avslutningsvis.

*Kvalitetskontrollerade

Utdrag ur böcker

Patientkommunikation i praktiken – information, dialog, delaktighet

Av Inger Larsson, Lars Palm och Lena Rahle Hasselbalch

Förståelsebarriären

”Vårdpersonalen kan genom sitt sätt att uttrycka sig, genom sitt fackspråk, skapa svårigheter för patient och närstående att förstå innebörden av vad som sägs. För att minska effekten av denna maktobalans är det bra att ha insikt i hur en sådan barriär kan uppstå och upplevas.”

”Patienten är på ’bortaplan’ och känner sig osäker, både på grund av att ha drabbats av sjukdom, men också för att vård- och sjukhusmiljön är en ny och ovan miljö. För vårdpersonalen är detta ’hemmaplan’, en trygg och känd miljö”.

Hälsofrämjande möten, Studentlitteratur

Lars Jerdén:

”Ofta är personalen omedveten om den maktobalans, maktskillnad, som finns mellan patient och vårdpersonal... Som vårdpersonal befinner jag mig, många gånger omedvetet, i överläge och har ett maktövertag gentemot patienter och närstående”.

”... om den här personen inte är koncentrerad eller på något sätt inte är närvarande så... får jag panik, och jag kan inte koppla av, jag blir stressad och jag tror att som patient så är det viktigt att man känner sig avstressad när man sitter där och det beror på hur man blir bemött. Ur boken Hjälpande personal av Ann Denhov, Institutionen för socialt arbete Stockholms universitet och FoU Psykiatri Södra Stockholm.

Några ord om om delaktighet



Staffan Utas, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL) i Uppsala

”Det är en rättighetsfråga att vara med och besluta om sin vård eftersom det är jag själv som är ansvarig för den medicin jag stopper i mig eller den psykotera-
peutiska behandling jag väljer. Vårdpersonalen måste därför vara uppmärksam på att de sätter gränser och bevarar sin maktposition genom vad de föreslår.”

Jan-Olof Forsén (Umeå) och tidigare ordförande för Riksförbundet för sociala och mental hälsa.

”Det måste finnas en uppriktig öppenhet inom vården om vad det finns för olika behandlingsalternativ att välja bland för mig som brukare. Har jag inte den informationen och kunskapen kan delat beslutsfattande bli ungefär som om vården utser mig till ordförande men bestämmer själv dagordningen.”



Att arbeta med delat beslutsfattande

Grundförutsättningarna för delat beslutsfattande är att minst två personer är involverade och att alla delar samma information, liksom att samtliga deltar och överensstämmer i beslutet.

Centrala delar i delat beslutsfattande

Sammanhang och kultur – Det måste finnas en behandlingskultur med värderingar som respekterar och har tilltro till brukarens egen vilja och kraft.

ETT VAL – Det måste finnas flera behandlingsalternativ att välja mellan. En verksamhet behöver därför vara flexibel och kunna anpassa sig, såväl kring stora som små beslut.

Två Experter – Delat beslutsfattande bygger på att minst två personer möts, brukaren och vård-/omsorgspersonalen och delar all information, samarbetar och för ett jämlikt samtal. När beslutet fattas görs det gemensamt.

Information – Det måste tas fram information om olika behandlingsalternativ som alla har tillgång till. Båda parterna måste värna om att den andre tagit till sig och förstått informationen.

Verktyg – Olika ”verktyg” behövs för delat beslutsfattande som till exempel beslutsstödjande material. Det behövs också rutiner för hur man ska gå till väga, vilka steg som ska tas och när, en beslutsguide (se beslutsguide).

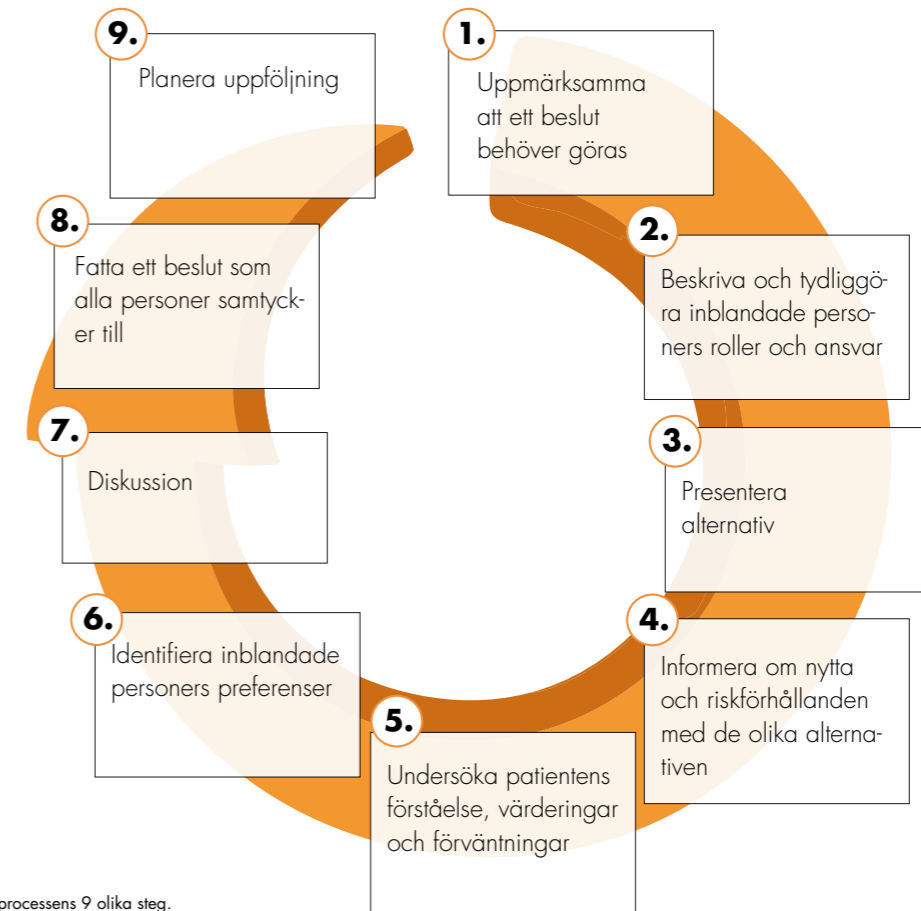
Stöd – Brukaren behöver stöd i förberedelsearbetet och genomförandet av besluten. Såväl anhöriga, vänner, kamratstödjare, personligt ombud, vård-/omsorgspersonal eller personal från boende kan då vara viktiga. Brukar- och närståendeföreningarnas studiecirkel och annan verksamhet fyller också sin betydelse för att stärka den enskilde. Och för vård-/omsorgspersonal måste organisationen och arbetsplatsen stötta arbetssättet med delat beslutsfattande.

Beslut – Beslutet som tas måste vara aktivt (det vill säga dokumenteras och följas upp). Ett gemensamt beslut kan även vara att inget görs. Det är viktigt att göra det tydligt vem som ska göra vad liksom diskutera vilket stöd och vilka verktyg som ska användas.

Grundkomponenter i delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande kan sägas bestå av två delar. Dels själva processen, alltså vilka steg man tar och rutiner för hur det går till. Och dels beslutsstödjande material som till exempel listor, besluts guider, appar m.m.

Beslutsprocessen illustreras ofta som till höger med 9 olika steg. Stegen visar faser i samarbetet som gör att ett gemensamt och välgrundat beslut kan fattas. Processen börjar med att det tydliggörs att ett beslut behöver fattas. Brukare och vård-/omsorgspersonal går sedan igenom vilka roller var och en ska ha, de olika alternativen med för-/och nackdelar och vad de inblandade tycker är viktigt att väga in i beslutet, liksom vilken nytta och risker de olika alternativen har. Vidare om man förstått innehållet, vilka värderingar och förväntningar man har, liksom vilka var och ens preferenser är. Därefter förs en diskussion om innehållet i beslutet. Processen avslutas med att ett beslut fattas med en gemensam plan för vad som ska göras härnäst och hur uppföljningen ska se ut.



Beslutsprocessens 9 olika steg.

Om Nationell samverkan för psykisk hälsa

Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Vi arbetar för att våra medlemmar ska ha ett större inflytande över de beslut som fattas inom området.

Vill du veta mer?

Kontakta gärna någon av medlemsorganisationerna inom NSPH.

Frisk & Fri - Riksföreningen mot ätstörningar (tidigare Anorexi/Bulimi-Kontakt), www.friskfri.se

Riksförbundet Attention, www.attention-riks.se

Riksförbundet Balans, www.balansriks.se

RFHL – Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa, Likabehandling, www.rfhl.se

RSMH – Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, www.rsmh.se

RUS – Riksförbundet Ungdom för Social hälsa, www.rus-riks.se

Schizofreniförbundet - Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser, www.schizofreniforbundet.se

SPES – Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes stöd, www.spes.se

Svenska OCD-förbundet Ananke, www.ocdforbundet.se

Sveriges Fontänhus, www.sverigesfontanhus.se

ÅSS – Svenska ångestsyndromsällskapet, www.angest.se

FMN – Riksförbundet Föräldraföreningen mot narkotika www.fmn.se

SHEDO - Self Harm and Eating Disorders Organisation www.shedo.se

Från delaktighet till delat beslutsfattande

Skriften Från delaktighet till delat beslutsfattande visar betydelsen av att brukaren är delaktig i sin vård. Genom metoden delat beslutsfattande kan den delaktigheten fördjupas och bli mer konkret.

Grundförutsättningarna är att minst två personer är involverade och att alla delar samma information, liksom att samtliga deltar och överensstämmer i beslutet.



Nationell Samverkan för Psyisk Hälsa