

**Socialpsykiatriskt Forum**

## **Konferensrapport**

*Samverkan - hinder och framgångsfaktorer*

**Socialpsykiatriskt Forums årskonferens 20 – 21 mars 2003**

## ***Förord***

Socialpsykiatriskt Forum höll sin årskonferens i Malmö 20 –21 mas 2003. Huvudtema för konferensen var samverkansfrågor kring personer med psykiska funktionshinder. Bakgrunden härtill var att vid förra årskonferensen framstod problem i samverkan som ett av hindren för att uppnå målen med psykiatrireformen.

Efter ett inledande föredrag av professorn i sociologi Berth Danemark om samverkansfrågor presenterades i grupper sex olika samverkansprojekt med efterföljande gruppdiskussioner för att analysera hinder och framgångsfaktorer för samverkan. Referat med sammanfattningar av dessa presentationer och diskussionerna redovisas i rapporten liksom en sammanfattning av ett panelsamtal mellan representanter för projekten. De presenterade projekten har det gemensamt att de samtliga varit framgångsrika vilket därigenom också kom att präglade panelsamtalet.

En aktuell frågeställning om spelberoende som ett folkhälsoproblem fick en livfull presentation av Anders Stymne från Statens Folkhälsoinstitut. Professorn i psykiatri Lars Jacobsson presenterade en bred översikt över stigmatisering och diskriminering av psykiskt sjuka. Vidare redovisades i föredrag exempel på socialpsykiatri och samverkan i våra nordiska grannländer. Konferensen avslutades med gruppdiskussioner kring frågor om makt i vården med utgångspunkt från att patientens/klientens/brukarens ställning behöver stärkas. Sammanfattningar från samtliga dessa avsnitt i konferensen redovisas i rapporten.

Årskonferensen har liksom förra året lagt stor vikt vid grupparbeten och betydelsen av aktiva insatser från samtliga deltagare. Många värdefulla synpunkter har också redovisats. Socialpsykiatriskt Forums styrelse kommer därför att i planeringen av föreningens kommande aktiviteter att tillvarata erfarenheter från konferensen. Förutom fortsatta aktiviteter kring samverkansfrågor kommer särskild uppmärksamhet att riktas mot stigma och inflytandet för patienter/klienter/brukare.

Olle Östman  
Ordf i Socialpsykiatriskt Forum

## ***Innehållsförteckning***

	Sida
Förord	2
Samverkan – himmel och helvete, - <i>Berth Danemark</i> , professor i sociologi, Örebro	4
Samverkansprojekt	
- <i>Samverkan mellan brukare och psykiatrin i Borås</i>	7
- <i>Deltaprojektet, Göteborg</i>	9
- <i>"Nå-ut-teamet", Göteborg</i>	11
- <i>Samrehab, Sundsvall</i>	13
- <i>Växjö rehabcenter</i>	15
- <i>Österåker, personligt ombudsverksamheten</i>	17
Panelamtal kring samverkansprojekten	20
Reflektioner kring grupparbeten och panelamtal - <i>Rakel Lundgren, IFS, Jimmy Trevett, RSMH, Berth Danemark</i>	21
Är spelberoende ett folkhälsoproblem? - <i>Anders Stymne, Folkhälsoinstitutet, Stockholm</i>	23
Stigmatisering och diskriminering av psykiskt sjuka. - <i>Lars Jacobsson, professor i psykiatri, Umeå</i>	24
Exempel på socialpsykiatri i våra nordiska grannländer.	
- <i>Johanne Bratbo. Centerleder för Videncenter för Social- psykiatri i Köpenhamn.</i>	27
- <i>Leif Berg. Psykolog, psykoterapeut vid "Föreningen anhörigas stöd för mentalvården, Nyland" i Finland.</i>	28
- <i>Thor Hoff. Sjefspsykeleier/kvalitetsrådgiver. Psykisk helsevern. Östfold i Norge.</i>	29
Hur kan vård, stöd och service lämna ifrån sig makt till patienter/klienter/brukare?	31
Vardagsmakt i vården. - <i>David Ershammar, RSMH</i>	31
Sammanfattning av grupparbeten	34
Avslutning.	35

# Samverkan - himmel och helvete.

Referat från presentation av professor *Berth Danemark*, Örebro

Som förste föreläsare efter ordf Olle Östmans inledning av konferensen, började Danemark med att konstatera att Socialpsykiatriskt Forums grundtankar verkligen manifesterar samverkan.

Danemark gjorde sedan en kort presentation av sig själv som akademiker, forskare, ej klinisk erfarenhet, men däremot bred praktisk erfarenhet av att bl a ha följt ett antal samverkansprojekt om psykiska funktionshinder. Däribland ett projekt om "personer med dubbla diagnoser (ett projekt som f ö finns dokumenterat i Danemarks bok Samverkan - Välfärdsstatens nya arbetsform).

Med hänvisning till sin andra bok Samverkan - himmel eller helvete ? förklarar D. att han idag valt att tala om himmel och helvete utifrån att det oftast är både och. **När samverkan fungerar då är det ett lyft för verksamheten. Kvaliteten och tillfredsställelsen ökar. När det ej fungerar blir det väldigt jobbigt, särskilt om man gått in med stora ambitioner.**

Viktigt strukturera hur man kan förhålla sig i samverkan, eftersom samverkan inte är någon universal lösning.

## **SAMVERKAN:**

- Vår tids mantra
- En "ny" arbetsform
- Saknar analytiska och praktiska redskap.

Enligt D. finns ingen analys om att samverkan ger ekonomisk besparing. Tvärtom ett samband mellan hög kvalitet och pengar. Således viktigt klargöra Vem bär kostnaderna och vem styr resurserna ?

Nya inslag; **Hur tänka kring samverkan?** Varje projekt har sina förutsättningar utifrån sitt sammanhang.

## **HETEROGENISERINGSPROCESSEN:**

- Berör arbetsformen
- En ny variationsrikedom  
Privat - offentligt  
Centraliserat - decentraliserat
- Ett nytt beroendeförhållande

## **Hur reglera samspelet ?**

Behovet av samverkan finns både mellan och inom verksamheterna.

Det nya: **Frånvaron av samverkan leder till mindre effektivisering.**

## HUVUDBUDSKAP

Beredskapen för samverkan är viktigare än attityderna. Attityderna är en konsekvens av betingelserna. Får man ej förutsättningar blir det svårigheter.

### Skapa betingelser för samverkan!

#### "PERSONKEMITESEN"

- Problem i samverkan kan inte reduceras till den psykologiska nivån  
Det finns en tendens att frånga ansvaret med:
  - Konsekvens: misslyckanden beror på de enskilda medarbetarna och att
  - Detta döljer ledningens grundläggande ansvar att skapa förutsättningar för samverkan.

#### ANALYTISKA REDSKAP

Samverkan: ett samspel mellan olika dimensioner

- Diskursiv ( *kunskap- och förklaringsmodell* )
- Organisatorisk/juridisk
- Psykologisk (*stor betydelse när det går bra*)

#### SKILDA SYNSÄTT (olika diskurser)

- Människan är en helhet ( *ett biopsykosocialt synsätt* )
- Olika kunskapsområden möts
- Oenighet om vad som är sanning
- Skillnader i makt (vem definierar problemet ?)
- Skillnader i språk

För att få ihop detta med kunskap och helhetssyn, viktigt med insikt och respekt för olika kunskapsområden.

Beträffande makt, finns enl. D. ingen yrkesgrupp med sådan makt som läkarna.

Makt kan också innehas genom pengar.

Språk - olika definitioner, ex psykisk ohälsa kan definieras olika i psykiatri och kommunen; ofta utifrån olika ansvarsområden, som gör att uppdragen ser annorlunda ut.

Handlar om ett professionellt språk och ett erfarenhetsbaserat språk.

#### Hur hantera dessa skillnader ?

Vilka krav/vilka skyldigheter har jag att lära mig /tillägna mig andra ord ?

Tydliggör syfte, fokus ("inga dolda agendor"), förståelse, teori (kan vara konkurrerande, har stor betydelse), metod, språk och ideologi.

Tydliggör värdegrund = människosyn ex synen på olika rättigheter, ex synen på arbetslinjen, sjukskrivningar etc.

#### DET DEMOKRATISKA SAMTALET

- Olika synsätt ställs mot varandra
- Utrymme ges för argumentering
- Tolerans och respekt (*lyssna på argument*)
- Vilja att komma överens

Vad ska vi komma överens om ? Olika värdesyn. Måste inte komma överens, men då vara medveten om skillnaderna. **När det kommer till handling får det ej gå ut över patienten/brukaren.**

### **ORGANISATORISK STRUKTUR**

- Centralism - Decentralism
- Specialist - Generalist
- Profession - förvaltare

### **REGELVERK**

- Ansvar och makt
- "Så har vi alltid gjort"
- Formella och informella regelverk

Viktigt reda ut vilka mandat man har.  
Vilka regler gäller ? Vad hindrar förändring ?

Sammanfattningsvis:

### **TÄNK PÅ ATT SAMVERKAN FÖRUTSÄTTER**

- En tydlig och klar **ledning**
- Ett klart uttalat **mål**
- Tillräckligt med **resurser**
- Att **skillnader identifieras**

OBS! Samverkan kräver hela tiden en dialog i organisationen.  
När det gäller resurser Var ska pengarna tas ?

Till sist:

- **Identifiera** problemgenererande faktorer
  - **Undanröj** - " - (t ex ny lagstiftning)
  - **Parera** - " - ( t ex medveten rekrytering)
- Eller  
**Lev med dem.**

**Samverkan är en stimulerande och berikande process om rätt förutsättningar skapas.**

# Samverkansprojekt

## Presentation av samverkansmodellerna och sammanfattning av gruppseminarierna

### Samverkan mellan brukare och psykiatri i Borås

Boråsmodellen är inget samverkansprojekt i klassisk mening. Det handlar snarare om samverkan på en mängd olika områden. Kärnan är visionen "Reell brukarmedverkan ska ge bättre vård", ett dokument som RSMH-Wasagården och Psykiatrin i Södra Älvsborg gemensamt formulerat och tagit ställning att arbeta efter.

Bo Ragnarsson och Gunnar Gunnarson, ordförande för RSMH-Wasagården/Borås respektive avdelningschef för en öppenvårdsmottagning i Södra Älvsborg inledde seminariet med att presentera sig själva och ge en bakgrundsbild hur de har kommit dit de är idag.

För 5 år sedan förde RSMH-föreningen i Borås en tynande tillvaro. Kommunen gav ABF i Bollebygd uppdraget att stötta föreningens utveckling. Under de senaste åren har RSMH-föreningen Wasagården växt och har i dagsläget ca. 300 medlemmar och en omfattande verksamhet. Bo gav en bild av en livaktig förening som genom att samverka med andra organisationer i närsamhället når många personer som har problem med sin psykiska hälsa.

Gunnar berättade hur samverkan tog fart 1999 då psykiatrin stod inför en omorganisation. I en serie av fokusgruppträffar ville psykiatrin ta reda på vad brukarna var kritiska mot i den vård de tidigare fått och hur de istället borde organisera verksamheten. Detta var helt nödvändig kunskap för psykiatrin för att de i framtiden inte skulle göra om samma misstag. Att psykiatrin måste ta tillvara brukarnas erfarenheter och kunskaper är en kärnfråga som Bo och Gunnar återkom till flera gånger under seminariet. De återkom också till att detta inte är något lätt. Svårigheterna måste tas på allvar och det är nödvändigt att formulera och arbeta efter en tydligt strategi.

Inför psykiatrins omorganisation och omstrukturering bildades 13 arbetsgrupper som skulle ta tag i de frågor som bland annat brukarna, kommunen och primärvården identifierat. De arbetade under ungefär ett år och bestod av både anställda, brukare och representanter från kommun och primärvård. Gunnar menade att diskussioner och arbete om en verksamhets framtid kräver att personalen får en motpart, någon som kan komma med brukarnas perspektiv. I grupperna märkte anställda och brukare att de hade glädje och nytta av varandra vilket la en bra grund för det vidare arbetet tillsammans.

En arbetsgrupp som bestod av ett flertal brukarorganisationer och representanter från psykiatrin arbetade vidare för att se hur brukarorganisationerna och psykiatrin i framtiden kunde jobba ihop. Efter att ha tagit del av erfarenheter i andra delar av landet, gjort olika analyser av hinder och möjligheter, bl.a. en SWOT-analys växte en strategi fram för hur visionen "Reell Brukarmedverkan skall ge bättre vård" skulle realiseras. Gruppen bedömde att det största hindret låg hos personalen, att deras inställning till att föra en dialog med brukare skulle göra samverkan fruktlös. Det näst största hindret bedömdes vara bristen på

drivande och intresserade personer bland brukarna. Gunnar lyfte fram att den största faran är att brukarrepresentanter hamnar i en gisslansituation, dvs. att brukarnas åsikter och intressen inte tas på allvar och leder till någon förändring. Han pekade vidare på vikten av att psykiatrin att vara trovärda, att faktiskt ta tag i de områden som brukarna ser som undermåliga.

Strategin som föreslås innehåller en rad åtgärder och har en tidsplan på ett par år. Den innebär bl.a. att psykiatrin anställer en person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa att stötta brukarorganisationerna och förankra arbetet hos personal. Brukarrepresentanter ska in i alla ledningsgrupper ända ner på enhetsnivå. Detta kräver förstås en utbildning och mycket annat arbete för att det skall fungera. Brukarrevisioner skall genomföras. I Bo's och Gunnars presentation blev följande framgångsfaktorer tydliga.

### **Framgångsfaktorer för samverkan mellan RSMH/ brukarorganisation och psykiatri**

- En stark samlad brukarrörelse – samarbete mellan de olika organisationerna
- Börja samarbeta tidigt gärna i samband med omorganisation
- Formulera gemensamt en tydlig långsiktig strategi som tar svårigheterna på allvar.
- Förankra hos högsta ledning såväl som hos övriga intressenter som de lokala fackklubbarna. I Borås skickade de ut förslaget och rapporten på remiss.
- Psykiatrin måste bygga upp ett förtroende hos genom att agera på de förslag som brukarna för fram.
- Det är viktigt att anordna gemensamma aktiviteter och träffas utanför mottagningen eller mötesbordet. RSMH anordnar regelbundna resor till Operan i Göteborg för sina medlemmar och personal i psykiatrin.

### **Hinder för samverkan**

- Liten brukarrörelse
- Få drivande brukare
- Folk som deltar kan bli dåliga, ingen kontinuitet
- Bristande intresse hos personalen
- Inget klimat för att människors får tänka olika

Det poängterades att det mesta av arbetet med att ro visionen i hamn ligger framåt i tiden. Huruvida denna samverkan är en framgångssaga även om ett par år återstår att se. Men seminarieledarna poängterades att de har arbetat så att det skall fungera även om Bo, Gunnar chefen över psykiatrin eller någon annan plötsligt byter jobb eller försvinner. Seminariet avslutades i en optimistisk anda där fler uppmuntrades till att arbeta på ett strukturerat sätt tillsammans för att öka brukarinflytandet inom verksamheter för psykiskt funktionshindrade.

Rapporten som beskriver hur de har arbetat för att få fram den gemensamma visionen och strategin kan beställas från Psykiatriska verksamheten SÄS. Lars Andersson  
Brukarsamordare. 501 82 Borås.

## Deltaprojektet ”Samvärkan” Göteborg

### Göteborg ”Samvärkan” – nytt sätt att möta människor med psykisk ohälsa

**Annika Lundin och Margareta Gren**, båda socionomer, Annika inom primärvården och Margareta med en bastjänst inom vuxenpsykiatri, och projektledare inom olika delar av Delta.

Nedan följer en beskrivning av en avgränsad del inom Delta, framgångsfaktorerna och erfarenheterna av samverkansarbetet kan dock ses som generella.

### **DELTA-projektet på Hisingen i Göteborg är ett SocSam-projekt med finansiell samordning av Försäkringskassan, socialtjänsten och primärvården i samarbete med Länsarbetsnämnden, Vuxenpsykiatri och Vuxenutbildningen.**

På Hisingen bor ca 120.000 invånare varav 80.000 i arbetsför ålder, av dessa tillhör i dag ca 10% verksamhetens målgrupp. Som område är Hisingen ett typiskt tvärsnittsområde med blandad bebyggelse. Delta riktar sig till 50% mot arbetslöshet/arbetsmarknadsåtgärder och 50% mot hälsa/ohälsa.

Från början deltog från sjukvårdens sida enbart primärvården, men efter ca ett år framkom att den psykiska ohälsan ökade allt mer, vilket ledde till att även den specialiserade psykiatri kom in som en part. Delta rymmer i sin tur en rad olika mindre projekt.

Utmärkande för Delta är att *alla ingående delprojekt vuxit fram lokalt efter lokala behov*. Utifrån de behov man såg samlades en grupp personer lokalt från olika huvudmän för att nå varandra i samverkansarbetet. Detta ledde till att gruppen fick i uppdrag att arbeta med hur man kan förbättra samverkan för personer med psykisk ohälsa.

Policygruppen bildades och man pratade och pratade, viljan och ambitionen fanns och var god, men svårt att få till något i praktiken. Man använde samma begrepp för olika saker. Till slut lyfte gruppen fram sina olikheter, vilket ledde till häftiga diskussioner, men samtidigt något som uppfattades som nödvändigt för att komma vidare. Detta ”värkarbete” fick ta tid innan man började göra något, det vanliga är annars att komma med förslag på åtgärder och undvika olikheterna istället för att reda ut.

De olikheter man belyste handlade om respektive *uppdrag, verktyg och maktmedel*. Det var här viktigt med respekt och förtroende för varandra och kunskap om både det egna och andras uppdrag.

Det blev viktigt *att ej ta över varandras professioner, låta gränser finnas*, det är lätt att glida in på varandras område om man inte är nöjd med någon del.

*Att känna till och respektera skillnader i bemötande/behandling utifrån olika aktiviteter.*

*Kunskap om psykisk ohälsa även i arbetsinriktade verksamheter är viktigt* för att inte lägga skuld vare sig på sig själv eller individen vid ev misslyckanden.

Bland klienterna fanns både socialbidragstagare, arbetslösa och långtidssjukskrivna. Policygruppen gav ut rapporten till moderorganisationerna. Samförstånd uppnåddes, positivt mottagande, men det hände fortfarande inget konkret. Margareta Gren fick då i uppdrag att arbeta specifikt med psykisk ohälsa och implementering av de förslag och erfarenheter som gjorts. Policygruppen ändrades till en chefsgrupp, vilket gjorde att det blev en mer formell grupp med mindre engagemang. Dock togs beslut om en inriktningsplan med konkreta förslag. Det har visat sig att chefer på utförarsidan har

svårt att omfördela resurser. Istället har man involverat beställarsidan och bildat ett nätverk med mandat att påverka.

Ett av delprojekten inom Delta finns på Vårdcentralen i Backa, ett bostadsområde med ca 24.000 invånare. Där bildades en samverkansgrupp på handläggarnivå, vilket blev ett projekt med pengar ur den gemensamma potten. Till vårdcentralen anställdes nya kompetenser som kuratorer, sjukgymnaster, försäkringstjänsteman, senare även psykolog och arbetsterapeut. Man fick också tillgång till psykiaterkonsult och ortopedkonsult. Alla avsatte extratid specifikt för samverkan. På detta sätt startades *ett integrerar teamarbete* på vårdcentralen utifrån primärvårdens uppdrag, dels till personer med psykisk ohälsa, dels till personer med symtom från rörelseapparaten.

Alla har 1,5 timme/vecka fri för diskussioner med varandra, för gemensamma ärenden där FK alltid är med, enkelt att konsultera varandra. Vid rehabmöten bjuds alla in, det finns idag också utrymme för enskilda ärenden. Från vuxenpsykiatrien kom regelbundet en psykiater och en sjuksköterska för att träffa patienter, sambedömningar görs istället för att skicka remiss. Samverkan sker hela tiden utifrån aktuella förutsättningar hos de olika parterna, det handlar ofta om att förhandla utifrån hur det ser ut i praktiken här och nu, idag kan man gå till varandra utan att lasta över ansvaret på den andre. Idag har arbetssättet smittat av sig på vårdcentralens arbete i stort, numera så jobbar man på detta sätt generellt med alla patienter, vilket har lett till högre effektivitet och kvalitet, större trivsel, en arbetsplats utan rekryteringsproblem. Primärvården är idag mer öppen än tidigare.

En viktig faktor är *den gemensamma styrgruppen med respektive huvudmans ledningspersoner, ger möjlighet till förankring på alla nivåer.*

Utvärdering är gjord i halvtid med reflektioner av berörda parter, man har också tittat på sjukskrivningstal, behandlingskontakter, patienters självskattning mm. Ca 450 patienter /år har varit aktuella. Utvärdering av hela Delta görs också regelbundet både nationellt av Socialstyrelsen och lokalt. En metautvärdering är gjord av Göteborgs Universitet.

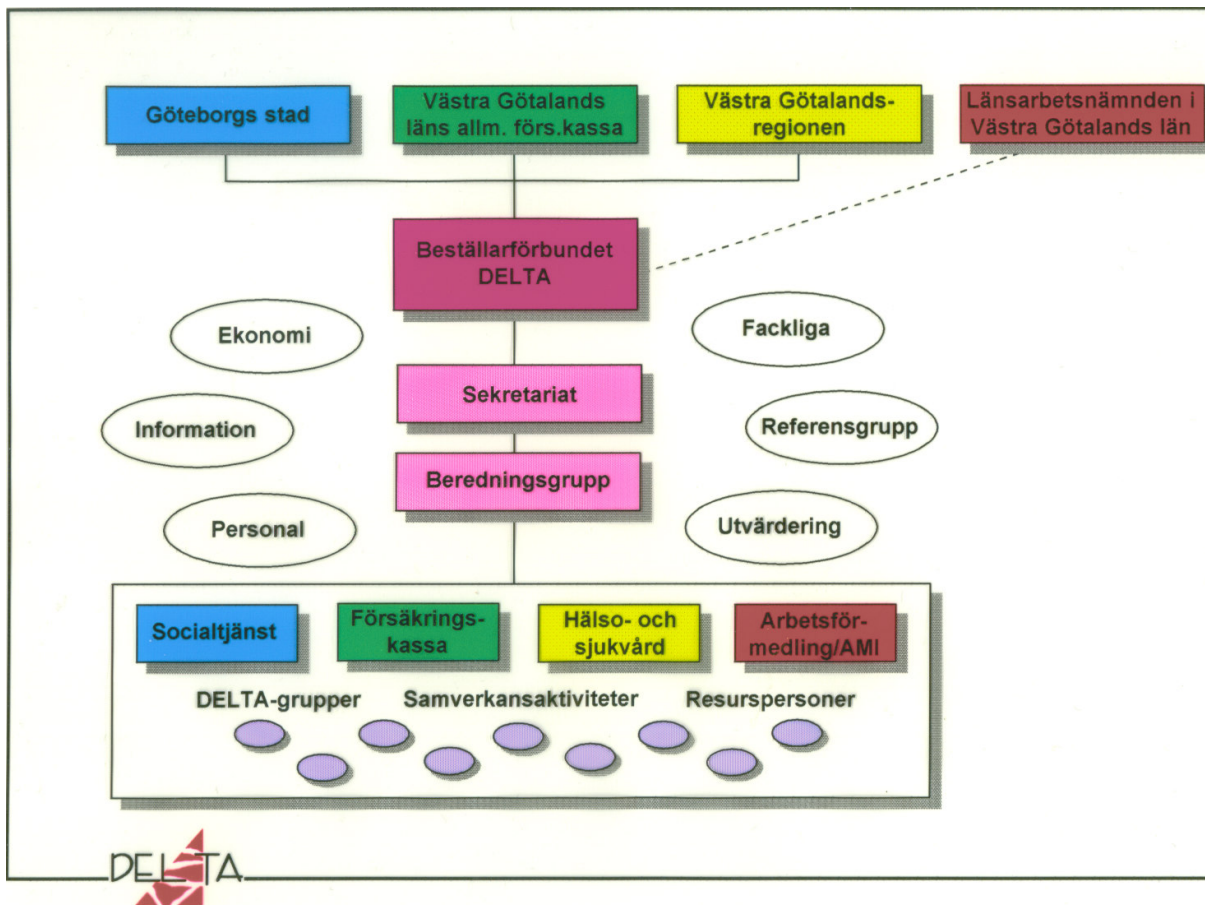
Viktiga framgångsfaktorer är att det varit *fokus på Hisingsbon, inte patienten och den finansiella och politiska samordningen.* Ett problem är dock svårigheten att mäta prestationer, inga gemensamma måttetal finns, var och en gör på sitt sätt, vilket försvårar utvärdering av resultat.

*Finansiell samordning innebär möjlighet*

- *att ta gemensamt ansvar*
- *att sätta individen i centrum*
- *att se till individens samlade förutsättningar och behov*
- *att se till de lokala förutsättningarna*
- *att arbeta förebyggande och främjande*

Mycket mer finns att läsa på [www.delta.goteborg.se](http://www.delta.goteborg.se).

Beställning av rapporter Monica Janebäck Forsell 031-700 57 24



## ”Nå-ut-teamet” Göteborg

### Presentatörer:

Yvonne Holm

Maria Winge

Nu-teamet startade verksamheten 1994. Man förändrade då arbetet i inriktning mot en Case Management modell baserad på William Falloons modell för integrerad psykiatri. I verksamheten finns nu 172 patienter och 12 personal.

Varje personal förutom läkarna arbetar som Case Manager (CM) .Varje patient har en CM + PAL. Kring varje patient skapas också en resursgrupp bestående av de personer som utifrån patientens behov och målsättning kan vara till hjälp i rehabiliteringsarbetet.

Patienter som erbjuds Case Manager har schizofrenidiagnos. Har inte varit sjuka mer än 10 år. Varje personal har fått utbildning i metoden i 60 timmar samt har regelbunden handledning var 14:e dag. Man har också lagt tonvikt vid ”programtrohet” och en särskild blankett som man fyller i vid varje besök har tagits fram. Verksamheten har vetenskapligt studerats ur flera aspekter såsom brukartillfredsställelse, symtomreduktion, anhörigsituation och ekonomi. En fristående bedömggrupp har utfört skattningarna.

När en patient erhåller en CM startar kontakten med hembesök. Man söker fastställa vilka problem och behov som patienten har. Patienten gör också tillsammans med CM en målformulering som uttrycksform för det kommande rehabiliteringsarbetet. Utifrån detta kallas människor samman som kan vara till nytta i patientens rehabilitering. Denna grupp kallas för patientens resursgrupp och består både av professionella och anhöriga. CM har en lärande och stödjande roll. Man arbetar med problemlösning, kommunikations- träning, rollspel, hemuppgifter, stresshantering, krishantering.

### ***Audit***

1 gång om året har man haft en audit. Detta innebär en genomgång av 2 slumpvis utvalda patienter i hur man arbetat enligt den "Falloonska modellen".

Efter 6 år har nu resultaten börjat tas fram. De resultat som i nuläget föreligger är 2-åriga och visar på att patientens funktion förbättrats. Patient och anhöriga känner sig mer nöjda och patientens symtom minskar. Ekonomiskt finns det en vinst för psykiatrien men ökade kostnader för Socialtjänsten.

Yvonne Holm redogjorde för projekt PVS som arbetade enligt denna modell. Gruppen hade sin arbetsplats på Socialtjänsten och bestod av 3 socialsekreterare anställda inom Socialtjänsten samt 2 sjuksköterskor från psykiatrien.

Man hade ett ansvar för 5 patienter.

Man erhöll en 60 timmars utbildning samt metodhandledning.

Gruppen arbetade enligt modellen Integrerad psykiatri som t.ex. alliansbyggande, personlig utredning, identifikation av resursgrupp och resursgruppspersoner, personlig plan etc.

Trots stora framgångar blev det ingen förlängning av projektet då projektpengarna tog slut.

### **Diskussioner i seminariegruppen:**

Diskuterades skillnaden mellan personligt ombud och Case Manager. CM är en psykiatribaserad verksamhet medan personligt ombud PO har en helt fristående roll och funktion.

Det framkom att man som PO har haft svårt att kunna samarbeta med gode män och förvaltare som betraktar sig som patientens företrädare.

Det framkom också att det fanns många "professionella" personer som betraktar sig som patientens företrädare t.ex. kontaktperson på slutenvården, kontaktperson på öppenvården, gode man, boendestödare, socialsekreterare etc.

Ett resultat som också framkom av PVS-studien var att patienterna började kräva mer resurser för sig själv.

### **Samverkan:**

Samverkan sker kring dom enskilda patienterna och man upplever att det inte har funnits några större problem i samverkan.

Hinder, tidsbristen, arbetssättet kräver större insatser per patienten.

Ett annat problem kan vara att man "trampar varandra på tårna" och går in i varandras roller som t.ex. skillnad mellan CM, kurator, hemtjänstpersonal, socialsekreterare etc.

Ett annat problem med PVD-teamet var att de var helt fristående och därför inte integrerats i den övriga verksamheten. Att man inte fortsatte med arbetet berodde på att man från Socialtjänsten ansåg att man inte hade råd till att varje socialsekreterare skulle arbeta med så få patienter.

Kulturella svårigheter: Modellen är uppbyggd i England och har ibland varit svåröversatt till svenska förhållanden. Bl.a. har familjen mycket större betydelse i England än i Sverige.

Arbetsmodellens styrka är framför allt dess tydlighet där man klart definierat hur varje typ av insats bör utformas.

### **Ekonomi.**

Vinsten har främst visat sig vara inom psykiatri medan kostnaderna främst ökat inom Socialtjänsten.

### **Organisation:**

Verksamheten är helt en Landstingstyrd organisation. Problem främst i samarbete med Socialtjänsten.

### **Lagstiftning**

Diskuterades ej närmare men man framhöll att problemet med sekretess hanteras på så sätt att patienten måste ge sitt godkännande till vilka personer som skall vara närvarande på resursgruppsmötena och vem som har rätt till att få protokollet från mötena. "Den individuella planen".

## **SAMREHAB, Sundsvall**

SAMREHAB - En samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Hälso- och sjukvården samt Sundsvalls kommun

### **Presentatörer:**

Annika Bostedt  
Sven-Göran Modin  
Sten-Olov Altin  
Arne Nenzen

Samrehab är ett samarbete mellan: Sundsvalls kommun socialpsykiatri, Försäkringskassan, Arbetsförmedling och Landstingets psykiatri. Ett permanent samarbetsprojekt med arbetslivsinriktad rehabilitering och anpassad utbildning för psykiskt funktionshindrade individer. De samordnar och utnyttja befintliga resurser optimalt för att hitta nya vägar till studier och arbete. Målsättningen är också att sänka den totala kostnaden för rehabilitering och öka kvaliteten. *Genom att uppmuntra individuell frihet och tillstyrka okonventionella metoder skall samverkan leda till samsyn.*

Grupparbetet började med att utmana publiken att "**Ta fram det positiva**" och använda **humor** som ett starkt redskap.

En stor grå zon eller "ansvarsdimma" ligger mellan behandling/medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. Zonen blir större och större för varje år och myndigheterna ta inte sitt ansvar inom dimman. SAMREHAB har arbetat utifrån principen att det är viktigt att definiera och lyfta fram den här dimman. De tror att det finns ett förberedande rehabilitering kopplad till motivationshöjande åtgärder som måste vara tillgängligt till målgruppens medlemmar som blir fast inom den här zonen. SAMREHAB har blivit **en plattform där "vi kan möta och utveckla" för att lösa de olika hinderna till framgångsrik rehabilitering**. Där ansvaret inte är klart eller lagstiftningen har sagt nej, kan de genomföra någon lösning för brukarna.

**En ständig utveckling** av verksamheten har också varit en viktig förutsättning för att projektet permanentades. Just nu har de börjat med en EU projekt – EQUAL, som ska vara en fördel för SAREHABs klienter. De ska arbeta med flera olika förvaltningar inom kommunen för att lyfta fram möjligheterna till framgång för individer med funktionshinder på arbetsplatsen.

**”Det är individen som bestämmer”** inte de myndigheterna som skickar eller bedömer. Trots att folk kommer till SAMREHAB från de olika myndigheterna, inklusive Försäkringskassan, då de har börjat i verksamheten får de en mer samhällsbaserad bedömning, och den är kopplad till deras önskemål och till ett riktigt försök med en arbetsgivare eller utbildning.

På en organisatorisk nivå, har de hittat en ”individanpassad konstellation”, där förvaltningscheferna är med i ledningsgruppen och är informerade hela tiden om vad de gör i verksamheten och vilka behov de upptäcker hos brukarna. För att ett sådant projekt ska permanentas måste verksamheten vara ”ledningsförankrad”. Att ledningen och politiker har varit positiv till verksamheten har lett till att de kan t.ex. betala arbetsgivarens del under en lönebidrags anställning. Det handlar inte om stora pengar men kan vara otroligt viktigt för den individen som måste ”arbeta upp” till en 50% arbetsförmåga och inte bara vill träna i en socialpsykiatriskt verksamhet.

Andra faktorer som har varit viktiga under resans gång har inkluderat;

- att bygga och använda nätverket för att hitta stöd till individuella lösningar
- ”Kundgruppens” olika behov måste lyftas fram och ledningen måste informeras
- Det kan ta tid och kontinuitet – ska inte vara så mycket personal omsättning
- Kämpa emot ”oss och de” mentalitet, både mellan myndigheterna och mellan personal och brukarna
- Man ska ha starka värderingar om hur verksamheten ska fungera
- Prestigelös dialog

Några av de OH bilderna som använts under presentationen följer;

## Hinder

### Systemnivå

- Lagstiftningen
- Vem har folkningsföreträde
- Resurser/ekonomi

### Organisationsnivå

- Ledningen i organisationerna
- Omorganisationer
- Uppdrag från staten
- Byråkratin

### Individnivå

- kompetens på operativ personal
- ålder på personal
- värderingsfrågor
- misstro

## Lösningar

- Prestigelös dialog
- Tvärvetenskapliga möten
- Tillit
- Olika yrkesbakgrunder har anställts
- Ledningsgrupp med engagerade förvaltningschefer
- Gemensam finansiering
- Återkommande träffar /möten varannan månad
- Brukarnärvaro i ledningsgrupp
- Brukarnärvaro i problemlösning

## Bygga strukturer

- Kunskapsöverföring. Lärt om varandras verksamhet, mål, yrkesroller, kompetens och uppdrag
- Individuella lösningar
- Operativt handlande
- Delegerad beslutsbefogenhet (styrgruppen)
- Korta beslutsvägar
- Psykiatrisk rehabilitering – Bostonmetodiken
- Kompetensutveckling inom Bostonmetodiken både för Ledning och operativ personal
- Gemensam marknadsföring
- Kontinuerlig utvärderingsprocess internt och genom FOU

## Växjö Rehabcenter

Verksamhetschef *Anna Greta Menne* (Fk) inledde med att berätta om verksamheten i Växjö kommun.

1992 bildades en arbetsgrupp för att planera och starta en integrerad rehabiliteringsverksamhet för psykiskt sjuka i Växjö kommun. Uppgiften var att samla samhällets rehabiliteringsinsatser under samma tak. Förutsättningen var att Länsarbetsnämnden, Växjö kommun, Landstingets psykiatri och Försäkringskassan kunde etablera en ekonomisk- och organisatorisk samverkan. Samverkan skulle fungera aktivt på styrelsenivå, förvaltningsnivå och handläggarnivå.

Projektet startade i mars 1994 och pågick under tre år. Länsarbetsnämnden drog sig ur projektet på grund av ekonomiska skäl och att klienterna var för långt ifrån arbetsmarknaden. Uppföljning och utvärderingar av verksamheten under ett par års tid resulterade i att verksamheten permanentades i september 1999. Ett nytt samverkansavtal skrevs mellan Växjö kommun, Landstinget Kronoberg och Försäkringskassan i Växjö.

Vid starten 1994 arbetade 8 st rehabombud i verksamheten. Under 1997 minskades ombuden då länsarbetsnämnden drog sig ur.

## **Syfte**

Från starten –94 var man intresserad av att reda på möjligheten att implementera Case Managementmodellen i Växjö kommun. Syftet är att samordna insatser, identifiera och formulera behov av vård, stöd och service, stödja klienten i vardagen, bistå med kontakter hos olika myndigheter och motivera till arbete och sysselsättning.

På samhällsnivå påtala fel och brister i systemet, skapa förutsättningar och bättre villkor.

## **Målet för individen**

Ökad självständighet och en högre livskvalitet.

## **Åtgärder/aktivitet**

All träning, inläring och rehabilitering sker i levande livet i för klientens så naturliga former som möjligt.

Stort behov av arbete och sysselsättning resulterade i tillskapande av arbetsverksamheter.

Sedan starten 1994 har fyra olika arbetsverksamheter startat varav en blivit en självständig ideell förening kallad Atrium 1997.

## **Tidsplan**

Klienterna stannar så länge behov finns eller tills klienten önskar avsluta.

## **Personliga ombud**

Regeringen beslutade under år 2000 om statsbidrag för nationell uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud. **I samråd med kommunerna i Kronobergs län beslutades att personliga ombudsverksamheten skulle slå samman med Växjö rehabcenter.**

I november 2001 kunde ett samverksansavtal mellan de åtta kommunerna i länet undertecknas.

**I januari anställdes 5 nya ombud.** Växjö kommun har anställt de personliga ombuden och ansvarar för personal och löneadministration. Övriga ombud är anställda hos respektive myndighet. Tidigare var antal anställda ombud jämnt fördelade på de olika myndigheterna.

Idag har kommunen fler anställda vilket resulterat i att kommunen har övertaget.

Idag arbetar 12 st personliga ombud i verksamheten inklusive en verksamhetschef.

1 heltidstjänst är för närvarande vakant. 9st leasingbilar/13personer.

Personliga ombuden träffar klienterna i hemmet och närmiljön. I arbetet är det viktigt att räkna in restid eftersom samarbetskontakterna kräver mycket tid.

## **Antal klienter**

Idag finns 150-200 klienter procentuellt fördelade, räknat per andelen invånare i varje kommun. Behov finns att gå ut till fler arbetsgivare för att få fler klienter. Efterfrågan är stor i Växjö men inte ute i de övriga kommuner.

Beräknat 18-20 klienter per PO.

## **Hinder**

- **Regelsystemet**
- Att hitta en nätverksmetod var initialt ett hinder.
- Otydliga mätinstrument initialt.
- Lagstiftning, resurser, ekonomi
- Egna organisationen var inte nöjd (Fk). Kom inte till möten.
- Man fick kämpa för att behålla samverkan.

### ***Framgångsfaktorer***

- Klienten styr
- Myndigheterna arbetar under samma tak
- Styrgrupp som har det övergripande ansvaret
- Ledningsgrupp med engagerade chefer
- Gemensam vilja att nå gemensamma mål
- Egen budget. Finns det gott om samverkanspengar
- Väl förankrad metod
- Korta beslutsvägar genom ökad kunskap
- Vidareutveckling av personalgruppen
- Mycket forskning redovisad

**Fr om 2003 kommer verksamheten att byta namn och heta PO- Kronoberg.**

## Österåkers personliga ombudsverksamhet

Annie Hedin inledde med att berätta om PO-verksamheten i Österåkers kommun.

Då man beslutade att starta PO-verksamhet i kommunen blev det först ett samverkansprojekt med landstinget och IFS Österåker som medsökare till de statliga projektmedlen. Annie blev projektledare/personligt ombud. Hon och Landstingets personal som skulle arbeta som personliga ombud hade fått utbildning i case management. Efter projekttidens slut var Annie initialt ensam i den funktionen, eftersom psykiatrireformen då var genomförd och psykiatrins personal fick återgå till sina ordinarie arbetsuppgifter. IFS Österåker sökte då och erhöll pengar från Allmänna arvsfonden till en projektjänst för att nätverksmetoden som användes i personligt ombudverksamheten skulle kunna utvecklas. Annies uppdrag blev att utveckla nätverksmetoden i personligt ombudverksamheten tillsammans med ytterligare ett personligt ombud som då kunde anställas.

Ytterligare 2 personer anställdes i samband med att kommunen sökte och fick statsbidrag till personligt ombudverksamheten.

De personliga ombudens uppdrag är att se till att personer med psykiska funktionshindrade får sina rättigheter tillgodosedda, en individuell plan upprättad samt att deras insatser samordnas. Under projekttiden diskuterade ombuden hur de skulle lägga upp sitt arbete och bestämde sig för att utbilda sig i nätverksmetodik. Alla fick en grundläggande utbildning i nätverksarbete. Endast Annie var dock intresserad av att utbilda sig till nätverksledare och kom då i kontakt med Jakko Seikulas bok "Öppna samtal" samt boken "Nätverk" skriven av terapeuter i Hallunda PBU. Där fanns dock endast enstaka sidor om strukturella nätverk. Annie fick under sin nätverksledarutbildning kontakt med terapeut från Nynäshamns psykiatriska öppenvårdsmottagning som arbetade med strukturella nätverk och fick inspiration och synpunkter från diskussioner med henne. Från och med 1999 blev den strukturella mötesmetoden SLP (Screening- Linking-Planning Conference) den arbetsmetod som personligt ombudverksamheten använt sig av och utvecklat.

Tiden innan SLP-mötet är viktig. Klienten och ombudet måste börja där klienten står just då. Innan själva SLP-mötet har klienten och det personliga ombudet gjort en noggrann genomgång av klientens behov och önskningsar när det gäller vård, stöd och service. Därefter genomför ombudet och klienten en kartläggning angående tidigare insatser. En del av ombudens arbete går även ut på att realitetsanpassa klientens mål. Om en klient t.ex. säger sig vilja bli testpilot så svarar inte ombudet "Ja men är det verkligen rimligt" utan man tar tillsammans reda på vad som krävs för att bli testpilot, diskuterar detta fram och tillbaka för att se vad som är möjligt och på detta sätt hjälps klienten till rimlig realitetsanpassning. Sedan diskuterar klienten och ombudet vilka övriga personer som behövs för att klientens mål ska kunna uppfyllas samt skriver in detta i klientens individuella plan. Det kan röra sig om enstaka personer eller 10-20 personer. Klient och hans/hennes ombud formulerar tillsammans en skriftlig inbjudan till samtliga deltagare i det första SLP-mötet. Den tid som brukar behövas till det första mötet är ca 3 timmar.

SLP-mötet leds av ett annat ombud, eventuellt deltar ytterligare ett ombud i nätverkslaget som sekreterare medan klientens ombud har som primär uppgift att stödja klienten under mötet och vid behov vara hans/hennes språkrör

Mötet inleds med "svensk retribalisering" (kaffe med "dopp") vars syfte är att skapa en gemensamhetskänsla i nätverket.

Dagordning finns uppskriven på blädderblock:

- Alla hälsas välkomna.
- Mötesordföranden frågar klienten om han/hon löser deltagarna från sekretessen under dagens möte.
- Syfte
- Ramar i SLP-mötet beskrivs, t.ex. "I kallelsen står att vi håller på till kl 12.00. Är detta OK för alla, eller måste någon gå innan?"
- Genomgång av tidigare insatser (tidigare beslut vid uppföljningsmöten)
- Klienten tillfrågas om utfallet av insatserna. Därefter får övriga mötesdeltagare komma med synpunkter på insatserna.
- Klienten får sedan berätta om sina positiva/fungerande livsområden. Därefter får var och en i nätverket berätta vad de ser som klientens positiva/fungerande livsområden.
- Först därefter får var och en berätta om problemområden och den oro och de farhågor man har.
- Paus
- Lösningförslag, först klientens ,därefter lösningförslag från nätverket.
- Klienten tillfrågas därefter vilka lösningförslag han/hon vill att nätverket skall arbeta vidare med och nätverket tillfrågas om det föreligger några hinder för att man ska kunna genomföra dessa förslag. Därefter fattas de beslut som alla kan enas om.
- Protokoll skrivs, skickas ut till alla om klienten godkänner detta. Klienten skall godkänna protokollet innan det skickas ut till deltagarna. Nätverket informeras om att protokollet är en sekretesshandling och att det måste kunna förvaras som en sådan handling.
- Beslut fattas om när uppföljningsmöte ska ske.

Under mötet vänder sig ordföranden alltid först till klienten, därefter till övriga deltagare, skriver upp vad som sägs och återfrågar den som sagt detta om det skrivna är rätt uppfattat.. I SLP-mötet fattas inga myndighetsbeslut. Eventuella myndighetsbeslut tas på respektive hemmaplan och den som då tar frågan med till sin hemmaplan har ett bra underlag till beslutet med sig från mötet.

SLP-nätverksmetoden bygger på en struktur i mötet där ingen av deltagarnas ”verklighet” kan sägas vara bättre än de andras, de är alla lika verkliga.

Klienten kan ge PO i uppdrag att genomföra SLP-mötet utan att själv närvara om han/hon av något skäl ej vill vara med, men man kan inte ha ett SLP-möte utan uppdrag från klienten och det förarbete som klienten och ombudet gjort.

## Hinder

- Initialt var det svårt för PO att bli accepterade, respekterade av organisationer/personer man tillsammans med klienten ville kalla till möten.
- Att hitta en fungerande metod var initialt hinder.
- Innan PO-verksamheten i Österåker hade kommit fram till SLP-metoden för nätverksmötena var det alltid samverkansproblem med psykiatrin. Initialt i arbetet enligt SLP-metoden var det fortfarande trögt att få representanter från psykiatrin att komma till dessa möten.
- Efter projekttidens slut hade verksamheten finansieringsproblem och fick till en början medel via Allmänna Arvsfonden.
- Att samma person var både personligt ombud och nätverksledare var inte bra.
- Om klienten inte vill ha ett personligt ombud.

## Framgångsfaktorer

- Att vända på hierarkierna. Initiativ till nätverksmötena kommer från klienten i samråd med PO.
- Stöd från huvudmannan (kommunen) i att utforma PO-verksamheten
- Man har inte behövt utarbeta olika samverkansavtal mellan parter som skulle kunna beröras, samverkansarbetet initieras underifrån, från klienten och ombudet.
- Man har inte behövt ha en gemensam budget, eller samverkansbudget, eftersom finansieringen av de lösningsförslag som kommer fram ingår i arbetet med att se om det finns hinder för förslaget. Varje representerad organisation har sitt ekonomiska område/ansvar.
- Sedan man väl kommit igång med SLP-metoden för nätverksmöten och de inbjudna började komma så fann dessa att ingen behövde sitta med hela ansvaret i knäet. Det fanns flera som delade på detta och bidrog till att hitta lösningar. Helhetsbilden har klienten och ombudet.

- SLP-mötena i sig har en klar och tydlig struktur, tydlig ledning av själva mötet och de uttalade målen /lösningsförslagen kommer från klienten.
- När man nu arbetar enligt SLP-metoden kommer frågor om hinder in i själva mötet "Finns det några hinder för att vi ska arbeta för denna lösning?" Ibland kan ett uppgivet hinder då visa sig möjligt att komma förbi. Andra gånger är det ett reellt hinder och då får klienten information om detta i ett sammanhang där det kan bli begripligt. Om klienten har lösningsförslaget "Jag vill bo i egen lägenhet", så kan någon anföra som hinder att det hittills aldrig fungerat och argumentationen i denna fråga kommer att föras i nätverket, alla hör, någon kan komma på en lösning som ingen tänkt på.
- Arbetsmetoden med förarbete som klienten och ombudet gör samt genomförandet av SLP-mötet där klientens uppfattning hela tiden efterfrågas först ger klienten mer makt över hela situationen. Och om klienten ges möjlighet att på detta sätt ärligt få vara delaktig i sin egen planering så är chansen till ett gott resultat betydligt större än om klienten hålls vid sidan av stora delar av diskussioner och planeringar.

## Panelssamtal kring samverkansprojekten

Medverkande: Maria Wingö, Nå ut-teamet,

Annika Lundin och Margaretha Gren, Delta-projektet

Bo Ragnarsson, RSMH – Boråsmodellen

Annie Karlsson Hedin – Österåker PO-modell

Annika Bostedt, Sundsvall Samrehab

Anna-Greta Menne, Växjö rehabcenter

Olle Östman, moderator

Inledningsvis konstaterades att de presenterade modellerna står för samverkan mellan olika samverkansparter, vilket ger olika sorts erfarenheter. Boråsmodellen är samverkan inom psykiatrin mellan verksamhetens ledning och dess brukare. DELTA-projektet är ett formellt samverkansprojekt inom ramen för SocSamförsöken med samordnad ekonomi mellan försäkringskassa, socialtjänst och primärvård i samarbete med länsarbetsnämnd, vuxenpsykiatri och vuxenutbildning. Nå-ut-teamet står för en inompsykiatrisk organisation med Case Manager och utåtriktad samhällsorienterad verksamhet. SAMREHABSundsvall är en formaliserad samverkansmodell mellan kommun, försäkringskassa, arbetsförmedling och psykiatri. Växjö Rehabcenter är en permanentad verksamhet mellan kommun, landsting och försäkringskassa. Österåkers personliga ombudsverksamhet utgår från att klienter och personliga ombud genom nätverksträffar samordnar olika insatser. Exempelen visar således på den stora mångfald av samverkansmodeller som finns och är möjliga.

På fråga om vilka de två största hindren varit för utveckling av verksamheterna varierade svaren men man pekade bl. a på problem med olika regelverk, olika mät-

/utvärderingsmetoder, svårighet att hitta gemensam metod. I ombudsverksamheterna framhölls initiala svårigheter att slå sig in, bli respekterade.

På motsvarande fråga om vilka de två viktigaste framgångsfaktorerna är varierade också svaren:

- väl strukturerat program – tydlig manual att följa.
- den ekonomiska samordningen – ledningens stöd
- gemensam vilja mot gemensamma mål – att arbetet ges den tid det behöver
- att vända på hierarkierna
- ledningsgrupp med engagerade förvaltningschefer – korta beslutsvägar
- verksamheten under samma tak – stor frihet under myndigheterna

Panelsamtalet disponerades utifrån de hinder, som framkom vid föregående års konferens, grupperade som ekonomiska, organisatoriska, lagstiftning, kulturellt, interna organisationsproblem, hierarkier. Sammantaget kan sägas att i flertalet projekt kände man igen många av dessa svårigheter, men att de övervunnits bl a genom tydlig struktur med tydliga mandat för medverkande. Vikten av att i nätverksmöten förvissa sig om att alla medverkande korrekt uppfattat beslut om vad var och en skall göra, o.s.v. Från auditoriet framfördes bl a vikten av att förväntningar är realistiska och att varje aktör är tydlig i vad man kan och inte kan göra.

Det framkom tydligt att de sex presenterade samverkansprojekten samtliga är exempel på framgångsrika modeller. Det kan därigenom konstateras att de utgör exempel på att det är möjligt att övervinna samverkans problem och de kan stå som nationella förebilder.

## **’Reflektioner kring grupparbeten och panelsamtal’**

### **Deltagare:**

*Rakel Lundgren* ordförande Schizofreniförbundet

*Jimmy Trevett* RSMH Lund

*Berth Danemark* professor i sociologi Örebro

**Rakel Lundgren** inledde med att berätta om schizofreniförbundet, en av staten erkänd organisation med 5000 medlemmar, innan hon kom in på betydelsen av ord. ’Psyiskt störda’ är ett begrepp som måste bort när man pratar om människor som enligt FN ska bemötas med respekt. Under våren arbetar schizofreniförbundet med inriktning på ett nytt policyprogram. Rakel berättade att hon själv är anhörig, f.d. vårdlärare och har arbetat som fritidspolitiker i 35 års tid. Hon finner samhällsfrågorna som särskilt intressanta och viktiga.

Denna dag har varit mycket intressant. När det gäller samverkan så måste den fungera, dels för att effektivisera och skapa bra resultat, men även för att spara pengar. Alla har ett ansvar för detta. Politikerna sätter målen medan tjänstemännen svarar för utförandet.

Rakel pekade på vissa likheter mellan arbetet i en styrelse och övrig samverkan mellan olika parter: Det gäller att ge och ta! Ska det vara så svårt?

Sedan betonade hon vikten av att vi måste bli bättre på att ’ta pulsen’ på vad individen *får!* Och inte bara titta på vad organisationer och inrättningar *ger!*

Med detta kom Rakel in på lagstiftningar. LSS är en mycket viktig lag. Det är en rättighetslag som hon nyligen uppdaterat sig på genom föreläsning. För den funktionshindrade innebär denna lag ett kostnadsfritt stöd. Boendestödskostnaden i Sverige varierar stort, och är tyvärr ofta belagd med avgifter. LSS behöver också göras om så den täcker en vidare personkrets.

Socialtjänstlagen, SoL, är en annan lag som ofta marknadsförs av kommunerna. Den hanteras dock ofta mycket dåligt. Ansökningar måste följas av beslut. Ett sådant behövs också om det uppstår behov av överklagande. I samband med ansökan om olika stöd berättade Rakel om de stora kunskapsbristerna som råder hos många handläggare när det gäller psykiskt funktionshindrade.

- En grundläggande faktor är att man måste förstå funktionshindret så att personen kan få hjälp, avslutade Rakel Lundgren.

**Jimmy Trevett** inledde sin reflektion över dagen genom att berätta att han är "en sån där person som samverkan idag handlar om". Han sa vidare att det handlar om de människor som har det sämst ställt i samhället. 10 år efter Psykiatriutredningen sitter vi fortfarande och pratar om samverkan. På många konferenser kommer det olika "proffs" som pratar om forskning och tyckanden, medan vi får spela teater och läsa en dikt på slutet.

Sedan fortsatte han en önskan om att utveckla planerna på ett utökat och aktivt deltagande när det gäller stödet till människor med psykiska problem.

- Om vi ska konsumera vård, så vill vi vara med och producera vår egen vård!

Med denna kommentar framförde Jimmy en begäran om att även människor med problem måste få delta. Han hävdar att man måste ge en chans för dessa människor att få inflytande och makt att bestämma över olika insatser som ska hjälpa dem.

Historiskt har dock mycket hänt sedan mentalsjukhusens tid. Nu får RSMH delta. Risken är ändå den att vi får vara med och svara "ja" åt redan fattade beslut.

När det gäller ekonomin så vill man från alla håll verka för en större samverkan tillsammans med brukare. 90-talet visade dock på en besparingstid, gäller samverkansplanerna fortfarande idag också?

Därefter kom Jimmy in på problemet med flerdiagnoser. I Lund samverkar man med kommunen i verksamheten "POM", vars namn syftar på psyk och missbruk. Gruppen med flerdiagnoser växer. Andra exempel är exempelvis psykos och narkotika. Problemkartan kan bli stor och man måste börja planera insatser för denna grupp av människor.

- Ett annat problem är vräkningar. En bättre samverkan måste ske med bostadsföretagen.

Personligt Ombud kan hjälpa till med detta problem. Ombudsreformen är mycket viktig men tyvärr finns de inte i en stor del av landet avslutade Jimmy Trevett.

**Berth Danemark** inledde med sin syn på Socialpsykiatriskt Forum och denna form av konferenser. Han redogjorde för dagens positiva innehåll och pekade på vikten av ett forum där många människor med olika yrkes och erfarenhetsbakgrunder ges utrymme att ventilera sina synpunkter. Eftersom vi inte kan räkna med att välfärdsstaten fullt återhämtar sig, så är det ännu viktigare att olika röster och krafter kommer fram för samverkan och lösningar. Berth hävdade också att själva samverkandet inte är någon universell lösning på allt. Med förhoppning om att inte uppfattas alltför dystert så pekade han på att i framtiden kan människor med psykiska funktionshinder fortfarande vara en utsatt grupp som behöver ett stort engagemang.

Sedan avrundade han med sin reflektion kring grupparbeten och panelsamtal genom att tycka att detta hade varit en stimulerande och lärorik dag, och att det finns samverkans exempel som fungerar mycket bra.

# Är spelberoende ett folkhälsoproblem?

Referat från presentation av Anders Stymne, Folkhälsoinstitutet

## Spel om pengar är en integrerad del av samhället

I Sverige spelar 85 % av den vuxna befolkningen någon gång årligen. Genomsnittligt lägger varje invånare 3 760 kr/år på spel. Variationerna är dock stora vilket illustreras av att 10 % av spelarna står för 50 % av omsättningen.

Spel finns tillgängligt överallt i samhället. Spelmöjligheterna har successivt ökat. Det är de snabbare spelen med högre återbetalningsprocent som ökar mest, medan traditionella lotterier stagnerar. I dag finns även Internetspel på utländska bolag tillgängliga och vad dessa kommer innebära är något av en joker i sammanhanget.

Den totala omsättningen år 2001 var 33,5 miljarder kronor brutto.

Spelmarknaden genererar ett överskott på mer än åtta mdkr. Detta överskott ger intäkter till staten och folkrörelserna.

## Spel som ohälsotillstånd

Spelberoende är en klinisk definition med följande kännetecken:

- Stark upptagenhet av spel
- Ökande insatser
- Svårt att sluta spela
- Spelandet har lett till flera allvarliga konsekvenser

Problemspelande: innebär att personen har fler än enstaka problem p.g.a. spelandet, men inte lika många som de spelberoende.

Problemet har kartlagts genom enkät- och intervjuundersökningar (Rönneberg et al 1997-98) och man fann 2 % med spelproblem samt 0,5 % med spelberoende.

## Speciella frågeställningar med anknytning till spel

### *Kriminalitet och spelberoende*

Många spelberoende begår brott för att finansiera sitt spelande. Brottens svårighetsgrad varierar från förskingring och stöld av närstående till bedrägerier och rån. I vissa fall är spel en del i en kriminell subkultur. Många som avtjänar straff inom kriminalvården har spelproblem och spel om pengar är vanligt förekommande inom kriminalvårdsanstalterna. De illegala spelautomaterna har ofta en koppling till organiserad kriminalitet.

### *Barn och ungdomar*

Barn som börjar spela tidigt löper större risk att få spelproblem senare. Ungdomar som är spelberoende kan knappast finansiera sitt spelande utan att begå brott. Spelproblem är vanligare hos ungdomar än hos vuxna, men unga tycks förändra sitt spelbeteende mer över tid än vuxna. Det finns en åldersgräns på 18 år för allt spelande utom lotter. Det är viktigt med insatser i samverkan mellan olika myndigheter för att se till att gränsen följs.

## Några betydelsefulla faktorer

Kommersiella krafter strävar alltid efter att exploatera olika allmänmänskliga drag och önskemål. Dessa krafter har funnit att spelande i olika former kan tillgodose ett allmänmänskligt drag att söka underhållning och spänning i tillvaron.

Genom att ha en reglerad spel- och lotterimarknad kan samhället begränsa denna exploatering. En ökad medvetenhet om riskerna med spel kan medföra att spelberoende

upptäckts tidigare. Personer med spelberoende och problemspelande svarar för en oproportionerligt stor andel av spelandet och därmed av statens och folkrörelsernas intäkter. Om spelmarknaden begränsas kan man i stället få en ökad illegal spelmarknad och mer utländska spel.

### **Spel ett folkhälsoproblem?**

Relativt många individer drabbas direkt och betydligt fler drabbas indirekt. Spelberoende, när det väl uppstår, drabbar hårdare personer i utsatta positioner, t.ex. ungdomar, personer med utländsk bakgrund och personer med en dålig eller svag förankring i samhälle och på arbetsmarknaden.

Man har kunnat konstatera att spelmarknadens utformning har betydelse för spelproblemets omfattning, så t.ex. är spelproblemen betydligt värre i länder med friare spelmarknad såsom Australien, Nya Zeeland och vissa stater i USA.

Olika former av samhälleliga åtgärder kan påverka spelproblemets omfattning och dessa åtgärder kräver ett samlat perspektiv.

Spelberoende är redan i dag ett folkhälsoproblem och det finns anledning befara att dess omfattning kan öka, någon som kräver motåtgärder.

### **Folkhälsoinstitutets handlingsprogram, förslag**

Bred information om spelandets negativa effekter till ungdomar, föräldrar och allmänhet.

Spelbolagen åläggs utbilda sina återförsäljare i spelansvar.

Tekniska åtgärder för att minska risken att utveckla spelberoende.

Insatser till föreningslivet med syfte att engagera föreningar i insatser för att förebygga överdrivet spelande.

Riktade utbildningsinsatser till personer som kommer i kontakt med spelberoende.

Fördjupad utbildning till resurspersoner och skuldrådgivare.

Kunskapscentra i de tre storstäderna.

Stöd till kunskapsbaserad öppenvård.

Förstärkt stöd till självhjälpgrupper, föreningar för spelberoende och anhöriga.

## **Stigmatisering och diskriminering av psykiskt sjuka.**

*Referat från presentation av professor Lars Jacobsson, Umeå*

Lars Jacobsson inledde med att det numera händer mycket inom detta område. Han sitter som ordförande i en arbetsgrupp inom WHO och berättade att det bl.a. kommer att vara en stor konferens i Aten där alla hälsovårdsministrar är inbjudna.

Psykiatrisk sjukdom, psykiatrisk vård, att arbeta inom psykiatri är fortfarande något som ses med avståndstagande i vårt samhälle. Det borde vara möjligt att säga

- "Jag har varit psykiskt sjuk"

- "Jag jobbar inom psykiatri"

utan att det ska vara något speciellt med det.

Lars Jacobsson rapporterade också från en undersökning som omfattade anhöriga till psykiskt sjuka, där bl a följande fråga ingick: "Har din familjemedlems situation påverkat ditt liv?"

Svaren visade ett genomgående tema hos anhöriga:

- "Ständig oro och glädjelöshet"

- "Sjukdomen mitt intresse"
- "Jag tog ut förtidspension för att hjälpa min son"
- "Att leva med oro"

Mycket forskning fokuserar på attityder. Väldigt lite på upplevelsen av diskriminering. Det skulle vara intressant att se eventuella skillnader. Lars Jacobsson hänvisade här till en undersökning, gjord för många år sedan i Vilhelmina, och där man i svaren kunde avläsa mycket dubbla budskap. Å ena sidan svarade många att man skulle rekommendera andra att vid behov söka sig till psykiatrin för att få hjälp, medan man å andra sidan, om man själv drabbades av psykisk ohälsa, inte var lika benägen att söka hjälp.

En undersökning som gjorts i Etiopien visar inte samma skuldbeläggning som i Sverige. Där säger man "inte mitt fel" utan där förläggs skulden utanför.

Trots allt har det skett en förskjutning mot större acceptans för psykisk sjukdom även om mycket återstår att göra. Det skiljer också mellan olika sjukdomstillstånd. I dag råder ökad acceptans för affektiva sjukdomar än för t ex schizofrena sjukdomar. Följande begrepp rörande psykisk sjukdom visar tydligt på en förändring:

**FÖRR sade man:**

Galen, besatt  
Obotlig  
Kroniker  
Omänniska  
Objekt  
Obegriplig  
Gömd/osynlig  
Utstött  
Oansvarig  
Rättslös

**NU säger man:**

Psykisk sjukdom  
Behandlingsbar  
Handikappad/funktionshindrad  
Människa  
Subjekt  
Förståelig  
Närvarande/synlig  
Medborgare  
Ansvarig  
Given särskilda rättigheter

- Det ligger i människans natur att iaktta vad som sker runt omkring oss. I och med detta lägger vi märke till skillnader i beteenden och utseende.
- Människor identifiera en skillnad
- Människor utvecklar en attityd/inställning (negativ sådan) mot skillnader (fördomar, stereotypier)
- Detta leder till stigmatisering som sedan leder till
- Diskriminering

Benägenheten att iaktta skillnader är mycket stark och det är således starka krafter djupt i människans natur vi har att kämpa mot när vi vill minska stigmatiseringen. Därför måste man arbeta på olika nivåer.

Lars Jacobsson jämförde här utvecklingen vad gäller epilepsi. Förr pratade man om epileptiker, något som i dag är borta. Här har skett en positiv utveckling. Detsamma kan sägas om begreppet "psykiskt funktionshindrad".

I dag pratas det mycket om att psykiskt sjuka människor är farliga och just detta är en attityd som har ökat. Här spelar massmedia en stor roll. En ökad farlighet finns inom en liten grupp psykiskt sjuka men gäller inte alls för de stora grupperna. Detta måste mötas med ökad kunskap.

Här i Sverige "lägger man mycket på sig själv" (en individualistisk syn). Cirka en tredjedel av de som fått remiss till psykiatrin uteblir från besök när de kallas. Detta är en klar skillnad till människors tro på och tillit till den behandling man får vid somatisk sjukdom (t ex undersökning för misstänkt cancer) jämfört med psykiatrins behandling. Vid somatisk sjukdom kommer nästan alla vid kallelse. Man är således mera negativ till psykiatrin trots att denna uppnår lika goda resultat som vid många somatiska sjukdomar.

Lars Jacobsson underströk vikten av att också försöka påverka/ändra på inställningen hos doktorer inom somatiken dvs deras syn på psykiatrin och dess behandling.

### **Hur påverka den allmänna opinionen?**

Det räcker inte med att genomföra stora kampanjer t ex Psykekampanjen. Det viktigaste är att arbeta för bra bemötande och göra det vi gör bättre.

**Konsensus: Ökad kunskap + bättre/effektivare behandling och arbeta där du är och bli bättre!**

## **Exempel på socialpsykiatri i våra nordiska grannländer.**

Referat från presentationer.

### **Socialpsykiatri i Danmark.**

*Johanne Bratbo* är psykolog, centerledare för Videnscenter for Socialpsykiatri i Danmark.

Hon började med att klargöra hur socialpsykiatri definieras i Danmark: "Socialpsykiatri är den sociala insats som krävs för att stödja människor, som på grund av psykisk ohälsa inte kan få sina grundläggande sociala rättigheter uppfyllda i det allmänna samhälleliga utbudet."

Fokus ligger på – sociala rättigheter

- att vardagslivet skall fungera
- kontakten är central
- samarbete och dialog

I Danmark är den psykiatriska vårdorganisationen uppdelad på Behandlingspsykiatrin, som lyder under Psykiatrilagen och har fokus på diagnos och behandling, och Socialpsykiatrin, som lyder under Den sociala service-lagen och fokuserar på funktionssvårigheter.

Behandlingspsykiatrin är i sin tur uppdelad på sjukhuspsykiatri och distriktspsykiatri.

Hon gav sedan en översikt över den historiska utvecklingen fram till 2001, då folketinget beslöt att – mera sammanhang och helhet i insatserna måste säkras

- gemensam värdegrund skall formuleras
- Recovery-orientering önskas
- etablera gemensamma psykiatriutskott i län/regioner som täcker alla psykiatrins sektorer (sjukhus-, distrikts- och socialpsykiatri)

Riktlinjer för bättre samverkan mellan utbuden inom psykiatri och socialpsykiatri i 14 punkter angavs i detta sammanhang.

Hon gav sedan en bild av utvecklingen avseende ekonomiska incitament och prioriteringar, som avspeglade en ökad satsning på psykiatri och på socialpsykiatri i synnerhet. 2000 års psykiatriavtal gav 300 milj till fortsatt förbättring av det socialpsykiatriska utbudet, framför allt vad gäller boende. Nästa avtal 2002 är inte färdigförhandlat.

Hon redogjorde också för vad psykiatri erbjuder. För socialpsykiatrins del, regionalt och lokalt handlar det om – träff- och aktivitetsplatser

- boende-utbud
- stöd- och kontaktpersonsverksamheter

Hon berörde strukturen och ifrågasatte om nuvarande modell med ledningsfunktionen inom sjukhuspsykiatri inte borde omvärderas med tanke på förskjutningen i tyngdpunkt mot förebyggande/uppsökande arbete och utlokalisering av insatsutbudet.

Beträffande Videncentret berättade Johanne att det etablerades som ett 4-årigt projekt 1997 för att göra socialpsykiatri förankrad och synlig. Det permanentades 1 juli 2001, ligger under Socialministeriet. Man har en fast stab på 7 personer samt aktuellt några projektmedarbetare som tillsammans representerar bred erfarenhet och kompetens.

Det överordnade målet är att främja utvecklingen och profileringen av Socialpsykiatri i Danmark. Delmål är att främja kunskapsutvecklingen och medverka till att den sprids, att vara kontakt- och nätverksskapande vad gäller tillämpning –även internationellt. Man skall också främja samverkan mellan relevanta sektorer till gagn för människor med psykisk ohälsa.

Primära målgrupper är:

- professionella och frivilliga medarbetare inom socialpsykiatri
- chefer inom socialpsykiatri
- lärare i socialpsykiatri/psykiatri
- beslutsfattare, bl a Socialministeriet

men centret för också mycket dialog med brukare, anhöriga och behandlingspsykiatrins företrädare och behandlare.

Hon gav sedan en översikt över strategier

- debatt om värderingar, förhållningssätt och kvalitet
- kunskapsförmedling/insamling
- implementering
- utveckling
- publicering av material och böcker
- ger ut tidning, 6 nr/år
- utvecklar och uppdaterar hemsidan : [www.socialpsykiatri.dk](http://www.socialpsykiatri.dk)

Hon pekade sedan på det faktum att de personer, som har störst ansvar för brukarnas sociala liv och att ensamma hantera spetsfunktioner som kontakt- och stödperson i regel har den minsta utbildningen och att kompetensutveckling, handledning, erfarenhetsutveckling i nätverk, kollegialt stöd mm är viktiga områden för centret att utveckla.

Johanne avslutade med att påtala att socialpsykiatri är en ny sektor med en kort historia.

Det finns behov att – definiera begrepp

- beskriva metod

- definiera teori

- metoder för dokumentation – både kvantitativa och kvalitativa.

Fokus ligger på utveckling, habilitering/rehabilitering, inlärnin g och kompetensutveckling.

## **Socialpsykiatri i Finland, ett exempel från Föreningen anhörigas stöd för mentalvården, Nylands förening.**

*Leif Berg* chef/psykolog/psykoterapeut och anhörig bror.

Föreningen bildades 1988 och Leif var då den första anställda personen som arbetade för anhöriga i Finland. Idag finns 21 olika föreningar och enbart Nylands förening har 15 anställda.

Föreningen får sin huvudsakliga finansiering av staten via medel från PAF, PenningAutomatsFöreningen, som lyder direkt under Social- och Hälsovårdsministeriet. Alla föreningar som arbetar med sociala och hälsovårdande frågor får medel härifrån. PAF i sin tur får in pengarna från all statlig spelverksamhet i Finland. Det rör sig om ett flertal miljoner/år. Man får också medel från Helsingfors stad m fl.

Nylands förening har en stor bredd i sin verksamhet och rymmer ett imponerande smörgåsbord av utbildningsverksamhet till såväl anhöriga, brukare och personal inom mentalvården, handledning, olika stödinsatser till brukare och anhöriga, boendestöd, boendeformer, Fountain Houseverksamhet, olika projekt t ex hemadressprojektet, personligt ombud, hemstödsprojektet, kris- och stödprojektet. Man har helt nyligen också börjat utbilda professionella i att stötta barn som anhöriga.

En viktig del av verksamheten är *det psykoedukativa familjearbetet* som dels består av anhörig- och familjearbete, dels är för de familjemedlemmar som lider av psykisk ohälsa. Anhörig- och familjearbetet i sin helhet innehåller ett antal olika verksamheter som anhörigcafé, anhörigläger, grupper för maka/make, syskon, barn- och ungdom, föräldrar, personer med depressioner m fl, studiecirklar, rekreation och föreläsningsserier.

Det är ofta personal inom psykiatri som slussar personer till föreningen och dess olika aktiviteter. Verksamheten för personer med psykisk ohälsa består av ESL-grupper, grupper specifikt för de som hör röster, har paranoida tankar, bipolär problematik, familjeläger mm.

I hemadressprojektet arbetar man parvis med personal från psykiatri i utslussningsarbetet från sjukhuset. Man möter familjen och finns med som stöd efter utskrivning under ca 1,5 år med successiv nedtrappning. Tanken är att man ska gå vidare med modellen även i övriga distrikt. I krisprojektet kan anhöriga komma direkt för 1-6 samtal för krisgenomgång och information. Detta räcker ofta, men fortsatt kontakt kan också erbjudas.

Leif Bergs och föreningens strategi idag är att erbjuda alternativ istället för att klaga på övriga brister, att arbeta med istället för mot. Man arbetar också intensivt med marknadsföring av framför allt det psykoedukativa familjearbetet som verktyg. Här sker samarbete även med patientföreningar. Avslutningsvis framhåller Leif Berg att

om modellen ska få genomslag krävs att utbildning och förutsättningar ges till all personal, verktygen kan på så sätt bli användbara för alla.

## **Hälsoreformen i Norge konsekvenser för Östfold psykiatri,**

*Thor Hoff, Sjefspsykiater/kvalitetsrådgiver,*

1998 beslutades om en upptrappningsplan för psykiatri, 6,3 miljarder kronor skulle investeras i den psykiatriska vården. Störst upptrappning skulle ske i slutet av perioden.

4 lagar skulle styra reformen.

1. Specialisthälsotjänstlagen
2. Psykisk hälsovårdslagen
3. Hälsopersonallagen
4. Patienträttighetslagen

Individuell utformad plan samt ökad samordning, en psykiatrisk behandlingsplan samt krav om delaktighet från brukaren.

En jämförelse mellan Sverige och Norge visar av BNP ligger Sverige 9,2%, Norge 8,9%.

Psykiatrier erhåller i Sverige 11%, Norge 18,6%.

Antal bäddar per 10.000 invånare 6,7 i Sverige och 13 i Norge.

Specialistpsykiatriska läkare 20 i Sverige och 13 i Norge

Sjuksköterskor i Sverige 32 och i Norge 110.

Skälen till att avskaffa Landsting handlade om en allt mer oföränderlig organisation där trots stora investeringar i pengar och personal små reformer har kunnat genomföras.

Reformen innebar också att man gick från en förvaltningsorganisation till ett ansvarigt företag.

Landet delades in i 4 regioner med ett regionföretag i varje område. För varje företag finns en administrativ direktör, en egen styrelse. Företaget har ett juridiskt ansvar och skriver årliga driftsavtal med Hälsoministeriet. Företaget förväntas också hålla ekonomisk balans.

För Östfold (län i Norge) har det varit svårt att genomföra reformer. Länet har varit indelat i olika regioner som var och en har haft en välutvecklad sjukvård. Trots behov av samordning har detta inte varit möjligt att genomföra. Detta har medfört att driftskostnaderna har rusat i höjden med behov av budgettillskott som följd.

Som ovan nämnts innebar reformen att staten tog över ansvaret för sjukhusvård och distriktspsykiatrisk vård.

För psykiatri i Östfold innebar detta att i januari 2002 ett eget psykiatriskt företag skapades. Detta företag skulle ha en egen administration, en egen styrelse. Barn- och ungdomspsykiatrier slås samman med vuxenpsykiatriska vården. Antalet mellanchefer minskades från 11 till 5. Syftet med reformen var bl.a. att genom rationalisering och samordning samt med hjälp av upptrappningsprogrammet förbättra den psykiatriska vården både sjukhusvård och distriktspsykiatrisk vård.

Ett problem hade varit den bristande samordningen mellan den distriktspsykiatriska och den sjukhusbaserade psykiatriska vården.

Upptagningsprogrammet innebar bl.a. att det skapades ett eget psykiatriskt företag för sjukhus- och distriktskykiatrisk vård inom Östfold. Den kommunala vården skulle ligga kvar inom kommunen.

Som mål för verksamheten sattes upp att minska väntetider och öka bredden av specialistpsykiatrisk behandling, dagvård.

Snabbare utskrivning av patienter från psykiatriska sjukhusen samt aktivare och mer noggrann registrering av olika aktiviteter och insatser skulle genomföras.

Trots "upptagningsprogrammet" med nytt ekonomiskt tillskott bl.a. för psykiatri har sparprogram måst genomföras p.g.a. bl.a. kraftiga löneökningar (förra året var den på 6%).

Målen för den psykiatriska vården sattes till att:

Minska väntetiderna

Förbättra behandlingsutbudet

Förbättra samordningen av olika insatser spec. mellan kommun och stat.

Minska tvångsvården samt utveckla olika kvalitetsindikatorer och kvalitetssystem, samt vidareutbildning av samtlig personal inom verksamheten.

### **Sammanfattning/vad har vi uppnått:**

Reformen har gett bättre rambetingelser för hälsovården. Det har också medfört att man kommit brukarna närmare. Reformen innebär också att man har en bättre ekonomisk styrning, vilket innebär att man kan förbättra kvaliteten i vården. Reformen har också inneburit att man fått ett eget psykiatriskt företag och att det blivit ett företag för både vuxen- och barnpsykiatri. Man har minskat antalet ledningsnivåer och antalet ledningspersoner. Den ekonomiska styrningen har blivit mer påtaglig. Bl.a. diskuteras om man skall ha diagnosrelaterade betalningssystem. Reformen har också inneburit att man på ett helt annat sätt än tidigare kan lägga upp och förändra den psykiatriska verksamheten. Baksidan är fortfarande att företaget inte i nuläget har balans i sin ekonomi trots tillskott genom upptagningsystemet. Detta innebär besparingar vars effekter man i nuläget inte kan överblicka.

	Sverige	Norge
Folketall	9 miljoner	4,5 miljoner
Hälsa/BNP	9,2%	8,9%
Psykiatri/Hälsobudget	11%	18,6%
Sängar pr. 10.000 innev.	6,7	13 (11)
Specialistpsykiatriska läkare Pr. 100 000 innev.	20	13
Sjukplatser	32	110
Forbehold om sammenlignbare tall		

# Hur kan vård, stöd och service lämna ifrån sig makt till patienter/klienter/brukare?

## Inledning

En utgångspunkt för grupparbetena var att förutsättningslöst diskutera maktfrågorna inom vård och omsorg. Olle Östman informerade om att syftet med grupparbetena var att ge styrelsen för Socialpsykiatriskt Forum ett underlag för planering av aktiviteter kring temat. Ambitionen att stärka patientens/brukarens ställning i vården har fått en bred internationell uppslutning. Styrelsen har därför bedömt det som angeläget att närmare granska dessa förhållanden utifrån svenska förhållanden.

## Vardagsmakt i vården

*David Ershammar, projektledare, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa*

Än en gång samlas vi kring problem med samverkan. Hur mycket resurser, tid och tankemöda har egentligen lagts ned på att få de olika myndigheterna att jobba tillsammans?. Tänk om lika mycket energi lagts på att samverka med dem det berör, de enda som har helhetssyn på sin situation och vet vad det innebär att leva med psykiska problem i dagens Sverige. Om detta verkligen skett hade vi antagligen inte behövt sitta här idag. Makten över utvecklingen verkar sitta i väggarna på våra gamla myndigheter som bygger på uråldriga förvaltningstekniska lösningar och gammal kunskap. Jag tror att vi skulle organisera vård- och stödsatserna på ett helt annat sätt om alla tillsammans, brukare och professionella fick börja från scratch och gemensamt sätta oss ned utan oket av förutfattade meningar om "hur det alltid har varit".

Det är lite fult att tala om makt idag och det är synd. Vi kan inte underskatta det problem som psykiatri, kommunen och andra verksamheter har. Det kan kallas för "maktens problem". Det handlar om att så mycket inom dessa organisationer direkt motverkar anledningen till att de finns: att människor ska få mer makt över sin vardag och sina psykiska problem. Det verkar ofta vara svårt att bemöta människor på ett respektfullt sätt, som en individ med unika förutsättningar, att få utrymme för sina idéer och erfarenheter, möjlighet att utveckla kunskap och sociala band med andra och att själv agera för att förändra sin situation.

Men det finns många sätt att hantera "maktens problem". För att realisera principerna om jämlikhet och delaktighet räcker inte god vilja utan det krävs vidareutveckling av metoder och arbetssätt och att man ständigt arbetar med sin yrkesroll och sina fördomar. Inför varje ställningstagande, vare sig det gäller en stor omorganisation eller bedömning av någons behov borde man göra en maktanalys och ställa sig frågor som:

Hur kan denna situation och brukarens funktionshinder kompenseras så att vi blir två så jämbördiga parter som möjligt. På vilket sätt kan vi ge utbildning och stöd för individer och grupper att ta fram kunskap om sin situation? Hur kan jag skapa mig en yrkesroll som innebär att jag bestämmer så lite som möjligt över andra?

Kanske krävs lagförändring för att brukaren ska få en starkare position. I Storbritannien har man infört en sk. "direct payment-system" för de samhällsbaserade stödinsatserna för psykisk funktionshindrade. Man sitter själv på den pott som t.ex. deltagande i en kommunal "sysselsättningsverksamhet" skulle kosta och har möjlighet att välja de kommunala alternativen eller något annat som bättre möter de behov man har. Speciella team, liknande de personliga ombuden, stödjer personer att "köpa" det stöd de behöver.

Men dagens lagstiftning ställer tydliga krav på medbestämmande, valmöjlighet, samråd osv. Något som tyvärr i praktiken ofta inte fungerar. Maktindelning och dialog är extra viktigt när vården riskerar att få inslag av tvång. De maktövergrepp som människor utsätts för i dessa situationer är traumatiska och leder ofta till misstroende mot psykiatrin som helhet och försvårar återhämtningsprocessen avsevärt. Ett sätt att hantera detta är att arbeta fram en *vårdönskan* där personen skriver ned hur han/hon vill bli behandlad, vilken medicinering som föredras, vilka som ska kontaktas om han/hon mår så dåligt att tvångsinsatser anses nödvändiga. Ett annat sätt är sk. *debriefing* där vårdpersonalen tillsammans med patienten och stödperson eller närstående gör en krisbearbetning och utvärdering av vad som hände och vad som kan göras bättre om tvång bedöms kunna bli aktuellt igen. Varför används inte dessa enkla metoder idag?

Ända sedan starten 1967 har RSMH kämpat för att personer som har egen erfarenhet av psykiska problem måste kunna påverka utformningen av den vård och stöd de är beroende av. Idag 35 år och ett antal reformer senare som på olika sätt har haft principen om brukarnas rätt till inflytande och delaktighet i centrum är det dags att vi stannar upp och ser oss omkring. På vilket sätt påverkar idag brukarnas erfarenheter, intresse och kunskaper utvecklingen av verksamheterna? På vilket sätt är deltar man i beslutsfattandet?

Den bild som träder fram visar att vård- och servicegivarna antingen underskattat svårigheterna eller väljer att inte ta dem på allvar. Föreställningen, att demokrati och brukarinflytande uppnås bara man träffas runt ett bord och diskuterar lite, är utbredd. För att ett framgångsrik brukarinflytande/samverkan med brukarna och deras organisationer ska fungera krävs ännu mer tålamod, förankringsarbete, resurser, tydlighet och utbildning än vad som krävs för att psykiatrin, kommun och försäkringskassa ska samverka med varandra. Men det finns väldigt få exempel där dessa ingredienser ingår i kontakten mellan myndigheterna och dem som de är till för.

Det är hög tid att skruva upp ambitionerna och se detta som en del i den övriga professionella verksamhet som bedrivs. Detta krävs för att det som hindrar att brukarnas behov, intressen och kunskaper blir en viktig del när verksamheten skall utvecklas. Vi tror inte att de försvinner om vi blundar utan att man med en gemensam strategisk planering överbryggas dem. Inom projektet Vardagsmakt utbildas hundratals RSMH-medlemmar för att bättre föra sin och sina kamraters talan i olika sammanhang. I framtiden förväntar vi oss att vård- och servicegivarna inte tror att deras uppgift sträcker sig till att skicka en mötesinbjudan. Det finns mycket vi kan lära av andra i när det gäller arbete med brukarinflytande. I Holland, England och USA finns speciella enheter (office of consumer affairs) i vårdadministrationen som arbetar med att garantera att dialogen faktiskt leder till förändring, det är inte ovanligt att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa anställs inom psykiatrin och tydligare lagstiftning för över verklig makt och ansvar till brukargrupper.

Efter årtal av forskning och metodutveckling finns i dessa länder kunskap och många handböcker om hur visionen om delaktighet och jämlikhet kan realiseras. I Sverige lyser detta med sin frånvaro. Det finns stora risker med dagens låt-gå mentalitet. En vård och stöd som inte tar principen om brukarnas rätt till inflytande på allvar ha svårt att hjälpa till återhämtning sig. Personer med psykiska problem kommer då alltid bedömas som en andra klassens medborgare - någon som andra ska bestämma över.

Läs mer om brukarinflytande och projektet Vardagsmakt på:  
[www.rsmh.se/vardagsmakt](http://www.rsmh.se/vardagsmakt)

## Sammanfattning av grupparbeten

Diskussioner kring temat skedde i fyra grupper och i det följande sammanfattas summariskt synpunkter från grupparbetena.

En gemensam frågeställning var om vi inom vård, stöd och service verkligen är överens om att lämna ifrån oss makt till brukarna. Tveksamhet finns på sina håll om den viljan verkligen finns. Varför har vi annars inte kommit längre?

En åtskillnad kan göras på makt som överlämnas på individnivå respektive på kollektiv nivå. Här framkom synpunkter på att en förutsättning för att öka individens makt är att det finns en stark kollektiv organisation, som kan stötta brukaren på individnivå. Det är sällsynt att någon självmant lämnar ifrån sig makt. En kollektiv organisation kan ha många viktiga uppgifter. Exempel är att via brukarrevision granska berörda verksamheter. Ett annat exempel är att ingå i psykiatriens ledningsorganisation. Ytterligare ett exempel är på deltagande i rekryteringen av personal till berörda verksamheter.

Huvuddelen av diskussionerna handlade dock om individnivån.

Dialog, lyhörddhet, delaktighet, respekt framkom som nyckelord. Dessa lyfts också fram som centrala i gällande lagstiftning. Verkligheten innebär emellertid ofta något annat. I grupperna framkom flera erfarenheter av den maktlöshet det innebär att inte ges möjlighet till dialog, att inte känna att personalen lyssnat och förstått. Även anhöriga till brukare redovisade för sin upplevelse av maktlöshet i kontakt med vårdinrättningar. Alltför ofta finns ingen som har tid att lyssna på dem och deras information efterfrågas inte. De äger inte tillträde att delta i behandlingsplanering. Patienternas/brukarnas rätt till att aktivt delta i planeringskonferenser rörande deras egen vård och behandling framhölls som självklara men är inte alltid det.

För att ha en fungerande dialog och förståelse för varandra krävs kulturkompetens. Ett exempel på detta är att man lär sig att både tala och förstå det "språk" som talas inom olika inrättningar och även av "vanligt folk".

Ett exempel på hur en brukare förändrat sin situation från maktlöshet till faktiskt inflytande presenterades i en av grupperna. I det rehabcenter där hon vistades började andra efter en tid betrakta henne som "personal" eftersom hon hade svar på många frågor. Hon upplevde att hon därigenom fick en viss makt eftersom andra började lyssna på henne. Hon lärde sig föreningsteknik och skrev en hel del i tidningarna. Efter en tid fick hon sköta "riktiga uppgifter". Hon ville vara delaktig och kände även att hon fick vara det. Detta belyser vikt av kunskap. För att öka patienternas/brukarnas makt behöver de få hjälp att öka sin kunskap

och ges möjligheter att utnyttja den. Det gavs exempel på att verksamheter ibland försvårat för patienter/brukare att skaffa sig kunskap. Exempel gavs på att förslag till utbildningsprogram till patientgrupper om läkemedel har motarbetats av läkare. Genom att behålla kunskaper inom olika professioner kan deras maktställning bibehållas.

Personliga ombud kan genom sin ställning stärka patientens/brukarens ställning.

Det är emellertid inte bara patienter/brukare som upplever maktlöshet. Exempel gavs även på att professionella grupper upplever sig maktlösa i vissa situationer. Det hjälper inte alltid att vara psykiater och professor och inse att behandling behövs för att hjälpa en patient som själv inte kan inse sitt akuta behov. Det kan också vara ett sätt att abdikera från sitt ansvar genom att "lämna över" alltför mycket makt från professionellt kunniga och utbildade personer.

Psykiatrin befinner sig i en speciell situationen genom att man getts ansvaret för att tillämpa tvångsvårdslagstiftningen LPT. Detta innebär att psykiatern i vissa lägen har att tillämpa ett formellt tvång gentemot en patient – något som kan verka på tvärs med ambitionerna om dialog och delaktighet. Även om syftet alltid måste vara för den sjuke individens bästa riskerar det föra med sig kränkning och bitterhet, som det kan ta lång tid att bearbeta och komma tillbaka ifrån. Därför är det viktigt med stöd och krisbearbetning för att kunna hantera dessa situationer och i efterhand skapa delaktighet.

Även organisatoriska förhållanden kan skapa svåra situationer. Uppdelningen av ansvaret på landsting och kommuner kan tvinga personal att utan brukarens delaktighet fatta beslut om byte av vårdgivare. Verksamheternas anpassning till budgetmässiga förhållanden kan leda till för vårdtagarna negativa beslut, som upplevs som maktspråk av dessa.

En möjlig väg att kontrollera hur målet om delaktighet uppnås är genomförande av återkommande patientenkäter.

Några gemensamma slutsatser från grupparbetena för att åstadkomma förbättringar är

- ökad kunskap om varandra hos alla såväl de som producerar vård, stöd och service och de som konsumerar desamma,
- dialog, lyhördhet och respekt för varandra
- ständigt tänka på att förbättra/uppdatera är bemötande – tillit,
- inse att det är långsiktiga processer som måste få ta tid

## Avslutning

Olle Östman avslutade konferensen med att tacka alla deltagare för aktiva insatser och en stimulerande dialog. Framförda idéer och synpunkter från samtliga avsnitt i konferensen kommer att tillvaratas av Socialpsykiatriskt Forums styrelse i detaljplaneringen av föreningens fortsatta aktiviteter.